



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Programa de Estudos Pós-Graduados

Educação nas Profissões da Saúde

JOSÉ MANOEL AMADIO GUERRERO

**Subsídios Norteadores para a Implementação de Ações Programáticas a Partir
da Necessidade de Atualizar os Protocolos de Atendimento aos Pacientes com
Hipertensão e/ou Diabetes na Perspectiva de Gestores, Médicos e
Universidade**

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA – SP

2014

JOSÉ MANOEL AMADIO GUERRERO

**Subsídios Norteadores para a Implementação de Ações Programáticas a Partir
da Necessidade de Atualizar os Protocolos de Atendimento aos Pacientes com
Hipertensão e/ou Diabetes na Perspectiva de Gestores, Médicos e
Universidade**

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora
como requisito para obtenção do título de Mestre
Profissional do Programa de Estudos Pós-
Graduados Educação nas Profissões da Saúde da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da
PUC/SP, campus Sorocaba-SP.

LINHA DE PESQUISA: Qualificação da Integração
universidade-serviços nas ações e programas em
saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida

SOROCABA – SP

2014

Bibliotecário Responsável: Antonio Pedro de Melo Maricato CRB-8 / 6922
Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

G934 Guerrero, José Manoel Amadio
Subsídios norteadores para a implementação de ações programáticas a partir da necessidade de atualizar os protocolos de atendimento aos pacientes com Hipertensão e/ou Diabetes na perspectiva de gestores, médicos e universidade / José Manoel Amadio Guerrero. -- Sorocaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Fernando Antonio de Almeida.
Dissertação (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Gestão em Saúde. 2. Protocolos Clínicos. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Diabetes Melittus. 5. Hipertensão. I. Almeida, Fernando Antonio de. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

BANCA EXAMINADORA



Dedico este trabalho à minha família, meus pais e meus irmãos que me apoiaram e sempre se fizeram tão perto. De modo muito especial, dedico à minha esposa Cláudia e aos meus filhos Pedro e Gabriela que com paciência estiveram sempre ao meu lado durante todo o mestrado, tornando viável a sua conclusão. Tenho muito que agradecer à eles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este trabalho ao meu amigo e orientador, Fernando que sempre prestativo e atencioso, não mediu esforços para que nosso trabalho conjunto fosse significativo. Nessa parceria, conseguimos realizar uma pesquisa que possibilitou a troca de experiências, muito estudo e muito aprendizado.

Agradeço também às amigas e professoras que fizeram parte da banca de qualificação, Maria Helena e Raquel, que muito contribuíram com a qualidade final deste trabalho e não mediram esforços em nos ajudar durante toda a pesquisa.

A todos os amigos e professores do nosso mestrado! Todos, de forma direta ou indireta, contribuíram com a construção deste estudo. Só tenho que agradecer o apoio, a dedicação, a paciência e o carinho com a nossa turma.

Agradeço também à Heloísa que sempre nos "socorreu" na secretaria da pós graduação com suas orientações, nos lembrou dos prazos e nos ajudou nos momentos de dúvidas e angústias. Obrigado!

Para finalizar, agradeço a Deus, o Grande Arquiteto do Universo, pois sem ele, nada disso seria possível!

RESUMO

Guerrero JMA. Subsídios Nortecedores para a Implementação de Ações Programáticas a Partir da Necessidade de Atualizar os Protocolos de Atendimento aos Pacientes com Hipertensão e/ou Diabetes na Perspectiva de Gestores, Médicos e Universidade.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas degenerativas das mais prevalentes no adulto e responsáveis pelo atendimento de aproximadamente metade dos pacientes na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas complicações clínicas elevam as taxas de internações e de mortalidade e trazem graves consequências pessoais, sociais e para o sistema de saúde. **Objetivos:** 1. Conhecer e entender o Programa de Saúde do Adulto, onde os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus são cuidados, a partir do processo histórico e vivências de alguns servidores públicos envolvidos; 2. Delinear subsídios nortecedores para a implementação efetiva de ações programáticas e protocolos de atendimento na rede de saúde municipal de Sorocaba. **Métodos:** Foi realizada análise documental e entrevistas para levantar o perfil dos médicos, o processo histórico, avanços e desafios para o atendimento programático da hipertensão arterial e diabetes mellitus na rede municipal de saúde de Sorocaba-SP. Foram realizadas entrevistas com 4 gestores que implantaram e coordenaram a assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos na rede de atenção primária do SUS em Sorocaba e 6 médicos que realizavam o atendimento a esses pacientes na rede. As 10 entrevistas foram aprofundadas, seguindo roteiro com perguntas abertas, que foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática que utilizou elementos das técnicas de Bardin e Minayo. Também foi realizada uma entrevista em grupo com 4 coordenadores de unidades da atenção básica em saúde e 2 apoiadores de uma regional municipal de saúde de Sorocaba. Esta entrevista teve características de grupo focal, foi gravada, transcrita e submetida à análise temática com a mesma técnica das anteriores. O estudo teve como referencial a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. **Resultados:** A partir das entrevistas e análise documental registrou-se detalhes da implementação do Programa de Saúde do Adulto de Sorocaba-SP e foram elaborados 72 subsídios nortecedores que poderão contribuir para a implementação de políticas públicas, programas e protocolos de atendimentos. Entre eles, destacamos a importância de ter clara a missão da instituição e verificar se a política pública proposta vem ao encontro dos objetivos da prefeitura; que é necessário avaliar a viabilidade técnica, financeira e política antes de implementar a ação e reavaliá-la a cada troca de governo; que é preciso facilitar os processos envolvidos na consulta médica, reduzindo o tempo gasto com burocracia; utilizar preferencialmente metodologias ativas, tais como a discussão de casos para fazer a capacitação e esta deve ocorrer dentro do horário de trabalho do médico; como habitualmente há rotatividade de pessoal, as capacitações devem ser periódicas; é importante monitorar a execução e os resultados para fazer ao replanejamento e dar *feedback* às equipes periodicamente; é preciso garantir ações que privilegiem também os tratamentos não medicamentosos e a promoção de saúde; a universidade pode ser um importante parceiro na elaboração das políticas públicas, e, para isso, o planejamento do processo de formação de profissionais de saúde e de elaboração de políticas públicas deve acontecer em conjunto. **Conclusões:** Para implantar efetivamente qualquer protocolo é necessário aprimorar a gestão dos serviços para garantir recursos, planejar a implantação, a capacitação das equipes e o monitoramento dos resultados. Os subsídios nortecedores propostos neste trabalho podem ser úteis para se alcançar melhores resultados quando da implementação de ações programáticas em saúde.

Palavras-chave: gestão em saúde, protocolos clínicos, saúde pública, hipertensão, diabetes mellitus, sistema único de saúde; programas governamentais; avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Guerrero JMA. Guiding Subsidies for Implementing Programmatic Actions Based on the Need to Update the Clinical Protocols for Patients with Hypertension and/or Diabetes in the Perspective of Managers, Physicians and University.

Hypertension and diabetes mellitus are the most prevalent adult chronic degenerative diseases, responsible for the care of about half of the patients in the primary care of the Unified Health System (SUS). Their clinical complications increase the rates of hospital admissions and mortality and bring serious personal and social consequences as well as for the health system.

Objectives: 1. Starting from the historical process and experiences of some public servants involved, to explore and understand the Adult Health Program, where patients with hypertension and diabetes mellitus are cared; 2. To draw guiding subsidies for the effective implementation of program activities and clinical protocols in the network of municipal health care of Sorocaba.

Methods: Analysis of documents and interviews were held to raise the profile of the physicians, the historical process, progress and challenges for programmatic care of hypertension and diabetes mellitus in the municipal health care of Sorocaba-SP. We interviewed 4 managers who had implanted and coordinated clinical protocols to attend hypertensive and diabetic patients in the SUS primary care in Sorocaba and 6 doctors who directly performed the care of these patients in the network. The 10 interviews were deepened, following script with open questions, which were recorded, transcribed and subjected to thematic analysis that used elements of Bardin and Minayo techniques. An interview was also conducted with a group of 4 coordinators and 2 supporters of basic health care units of a regional health care network of Sorocaba. This interview had characteristics of focus group, was recorded, transcribed and subjected to thematic analysis using the same technique previously described. The study took as reference the Theory of Social Representations of Serge Moscovici.

Results: From the interviews and documental analysis it was recorded details of the implementation of the of Adult Health Program in Sorocaba-SP and 72 guiding subsidies that may contribute to the implementation of public policies, programs and clinical protocols were developed. Among them, we highlight the importance of having clear the institution mission and verify if the proposal of a given public policy meets the objectives of the municipal healthcare system; it is necessary to evaluate the technical, financial and political feasibility before implementing the action and review it at each change of local government; reducing the time spent on bureaucracy will facilitate the processes involved in medical consultation; preferably use active methods to make the training, such as case discussions, and training must occur during the physician working hours; as there are usually staff turnover, the training must be periodic; is important to monitor the implementation and results to the redesign and give feedback to healthcare team periodically; we need to ensure that care also favors non-drug treatments and health promotion; the university may be an important partner in the elaboration of public policies, and to this end, the planning of the training of health professionals and policy-making process must happen together.

Conclusions: To effectively implement any protocol it is necessary to improve the management of services to ensure resources, deployment planning, team training and monitoring of results. The guiding subsidies proposed in this study can be useful to achieve better results when implementing programmatic healthcare actions.

Keywords: Health management, clinical protocols, public health, hypertension, diabetes mellitus, unified health system, government programs, program evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde (1997).....	43
Figura 2 -	Recorte do Anexo II da Lei Ordinária Municipal nº 10.589 de 3/10/2013 com o organograma da SMS de Sorocaba apresentado na reforma administrativa.....	51
Figura 3 -	Fundamentos para um processo de mudanças.....	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Número de pacientes com idade igual ou superior a 30 anos com hipertensão e/ou diabetes inscritos no PSA da SMS de Sorocaba, com cadastro ativo em 11 de abril de 2014, preservando o código e a descrição do grupo de atendimento no SIS.....	40
Quadro 2 -	Preferências dos médicos e gestores médicos quanto à abordagem de treinamento. Sorocaba, 2012.....	77
Quadro 3 -	As bases e a legitimação da liderança e do poder.....	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Indicador do Pacto pela Saúde nº 20: Taxa de internação por AVC por unidades da Federação e Sorocaba, anos 2007 a 2011..	22
Tabela 2 -	Indicador do Pacto pela Saúde nº 19: Taxa de Internação por diabetes mellitus por unidades da Federação e Sorocaba, anos 2007 a 2011.....	23
Tabela 3 -	Número e qualificação dos médicos que atuavam como clínicos ou generalistas nas UBS/USF de Sorocaba-SP em maio de 2012.	37
Tabela 4 -	Especialização informada pelos médicos clínicos e generalistas que atuavam na rede de atenção básica de Sorocaba-SP em maio de 2012.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE -	Atendimento de enfermagem
AEC -	Atendimento de enfermagem coletivo
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
CAIS -	Centro de Assistência Integrado em Saúde
DAS -	Divisão de Assistência à Saúde
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS
DRS -	Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
EaD -	Educação a distância
EP -	Educação permanente
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FCMS -PUC/SP -	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP.
OEC -	Orientações de enfermagem coletivas
OMC -	Orientações Médicas Coletivas
PA -	Pronto Atendimento
PAC -	Programa de atenção à criança
PAISM -	Programa de atenção integral à saúde da mulher
PSA -	Programa de Saúde do Adulto
PSF -	Programa Saúde da Família
PUC/SP -	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PDCA -	Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action)
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES -	Sigla "oficial" usada pela Prefeitura de Sorocaba para denominar a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba (não confundir com a Secretaria Estadual de Saúde)
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidade(s) Básica(s) de Saúde(s)
UBS/USF -	Unidade (s) Básica(s) de Saúde / Unidade(s) Saúde da Família
USF -	Unidade(s) Saúde da Família
VIGITEL -	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR, DA TEMÁTICA E DO LOCAL DO ESTUDO	15
1.1 Quem sou e porque escolhi este tema.....	15
1.2 Uma visão rápida sobre o local da pesquisa, Sorocaba-SP	18
2. INTRODUÇÃO	20
2.1 A implantação de protocolos	20
2.2 A importância do tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus na saúde pública	21
2.3 Os indicadores de Sorocaba-SP e do Brasil	22
2.4 O bom controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e o protocolo ..	24
3. JUSTIFICATIVA.....	25
4. OBJETIVOS.....	27
5. METODOLOGIA	28
5.1 As Representações sociais como referencial teórico deste estudo.....	28
5.2 Local e Período do Estudo	29
5.3 Adaptações necessárias na metodologia.....	29
5.4 Os entrevistados	30
5.5 Aspectos Éticos	31
5.6 Procedimentos de coleta de dados	31
5.7 Procedimentos de análise	32
5.8 Apresentação das análises das entrevistas	32
5.9 Detalhamento metodológico das etapas da pesquisa.....	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
6.1 O perfil dos médicos que trabalhavam como clínicos na SMS em maio de 2012, início da pesquisa	37
6.2 Levantamento do número de pessoas inscritas no Programa de Saúde do Adulto	39
6.3 Programa de Saúde do Adulto: A história, a organização e o modelo	41
6.4 Resultados das entrevistas com o grupo “Gestores”	55

6.5 Resultado das entrevistas com o grupo “Médicos”	71
6.6 Resultado da entrevista com o grupo “Colegiado”	79
6.7 A triangulação dos dados	94
6.7.1 O que foi comum nos discursos dos três grupos.....	94
6.7.2 O que foi comum nos discursos dos grupos gestores e médicos	95
6.7.3 O que foi comum nos discursos dos grupos gestores e colegiado	95
6.7.4 O que foi comum nos discursos dos grupos médicos e colegiado.....	95
6.8 Discussão do processo histórico, das entrevistas e os subsídios norteadores	96
6.8.1 Discussões sobre a escolha metodológica.....	96
6.8.1.1 <i>A teoria das representações sociais</i>	100
6.8.2 O pano de fundo do processo	104
6.8.3 Discutindo as entrevistas	108
6.8.3.1 <i>Os questionários utilizados</i>	109
6.8.3.1.1 Questionário usado para direcionar as entrevistas do grupo "gestores"..	109
6.8.3.1.2 Questionário usado para direcionar as entrevistas do grupo "médicos" ..	110
6.8.4 Discussão sobre os temas que surgiram nas entrevistas	111
6.8.4.1 <i>O processo histórico e o contexto atual</i>	111
6.8.4.2 <i>Impressos</i>	113
6.8.4.3 <i>Falta de funcionários</i>	115
6.8.4.4 <i>Acolhimento</i>	122
6.8.4.5 <i>Medicamentos</i>	123
6.8.4.6 <i>Capacitações</i>	124
6.8.4.7 <i>Feedback e monitoramento</i>	129
6.8.4.8 <i>Enfermagem</i>	130
6.8.4.9 <i>O processo de trabalho do médico</i>	131
6.8.4.10 <i>O processo de gestão local das UBS/USFs</i>	135
6.8.4.11 <i>O ciclo “PDCA”</i>	137
6.8.4.12 <i>As complicações crônicas e as linhas de cuidado</i>	139
6.8.4.13 <i>As políticas públicas para uma vida saudável</i>	140
6.8.4.14 <i>A equipe e os vários saberes</i>	142
6.8.4.15 <i>Os protocolos</i>	144
6.8.4.16 <i>Os equipamentos</i>	144
6.8.4.17 <i>Os prédios</i>	145

6.8.4.18 <i>A difícil relação com a clientela</i>	145
6.8.4.19 <i>Integração com a universidade</i>	147
6.9 Os subsídios norteadores	149
6.9.1 Visão	151
6.9.2 Valores	152
6.9.3 Estratégia	152
6.9.4 Recursos	156
6.9.5 Capacidade	158
6.9.6 Motivação	158
6.9.7 Feedback.....	160
7. CONCLUSÕES	161
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICE A - TCLE	171
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS	172
APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO GESTORES	173
APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO MÉDICOS	185
APÊNDICE E - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO COLEGIADO...	193
APÊNDICE F - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	204
ANEXO A - PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ELABORADO PELA PARCERIA DA SMS COM A FCMS-PUC/SP	269
ANEXO B - PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ELABORADO PELA PARCERIA DA SMS COM A FCMS-PCU/SP	287
ANEXO C - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	310

1. APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR, DA TEMÁTICA E DO LOCAL DO ESTUDO

1.1 Quem sou e porque escolhi este tema

Nascido em São Paulo-SP, filho de pais sorocabanos e neto de imigrantes italianos e espanhóis, sou o mais velho de seis irmãos. Antes de cursar a faculdade, sempre morei na Zona Leste de São Paulo nas imediações da Mooca. Sou o primeiro médico formado das últimas quatro gerações da minha família. Meu pai é bancário aposentado e minha falecida mãe era do lar. Cursei o primário e o “ginásio” numa escola estadual e o ensino médio e superior em instituições particulares. Mudei para Sorocaba para cursar a faculdade com planos de voltar para São Paulo. Cursei medicina na PUC/SP de 1985 a 1990 e continuei em Sorocaba para fazer a residência em clínica médica. Neste período recebi o convite para cursar o terceiro ano de residência em clínica médica (R3) e posteriormente ingressar como preceptor na disciplina de propedêutica. Declinei do convite porque não planejava continuar em Sorocaba, concluí o segundo ano (R2) e obtive o título de especialista.

Fiquei noivo da minha esposa e, após sofrer muito com o trânsito de São Paulo, decidimos que seria melhor morar no interior. Casamos, viemos morar em Sorocaba e abri um consultório. O meu consultório de clínica médica não era economicamente sustentável e decidi seguir carreira na área da saúde pública. Fui trabalhar em Pronto Atendimento porque era o único processo seletivo disponível na Prefeitura de Sorocaba. Meu trabalho na urgência e emergência aconteceu por necessidade e não por opção, pois, eu gostava da clínica médica ambulatorial. Após dezoito meses trabalhando como plantonista, assumi o cargo de coordenador da unidade de Pronto Atendimento Humberto de Campos e posteriormente coordenei o sistema de urgência e emergência do município de Sorocaba. Essa experiência me mostrou o outro lado do sistema: “a gestão”. Foi um período turbulento e estressante, pois a coordenação na área de urgência e emergência exigia um alto grau de organização para evitar problemas (24h por dia, 7 dias na semana), precisava entender melhor os processos de gestão e fui me aprofundando no conhecimento da administração pública. Esta experiência no serviço de urgência e

emergência foi a porta de entrada para este novo campo na minha carreira e, a partir daí, assumi outras funções ligadas à gestão que demandaram a busca por novos conhecimentos. Inicialmente fiz um curso de Pós Graduação (*lato sensu*) em Administração Pública Municipal pela FATEC Sorocaba em 1999-2000, que me permitiu entender o funcionamento da "máquina pública". Fiz mais duas pós-graduações (*lato sensu*) em Saúde Pública (2004-2005, Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão - IBPEX) e em Gestão Pública de Serviços de Saúde (2008-2010 pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade de Saúde Pública da USP). Julgo que a vida nos traz desafios e nos cabe buscar as ferramentas adequadas para nos aprimorarmos. Minha carreira no setor público não foi diferente e tem sido desafiadora.

Em 2001 deixei a coordenação do serviço de Urgência e Emergência e fui assessorar o secretário da saúde na organização das informações de saúde, no planejamento e no orçamento Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Sorocaba^A. Neste período também apoiava a equipe da Divisão de Assistência em Saúde (DAS) na gestão das unidades de saúde. Em 2002, era responsável pela coordenação da equipe de supervisores das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família (UBS/USFs). De 2003 a 2007 fiquei responsável pela capacitação destes supervisores e coordenadores. Neste período tive a primeira oportunidade de desenvolver o papel de "docente" na gestão pública. Em 2005 participei como aluno do Curso de Aperfeiçoamento em Formação de Facilitador de Educação Permanente (Carga horária: 190h - Escola Nacional de Saúde Pública, 2005 - 2006) e fiz parte do grupo que coordenava a política de Educação Permanente no município por dois anos. Também dava aulas sobre o SUS e a organização do sistema de saúde de Sorocaba aos servidores recém-contratados nos treinamentos de ingresso. Em 2006 também ministrei um curso de gestão pública em saúde, na Secretaria de Saúde de Votorantim-SP, para os gerentes de UBSs e, no ano passado, tive a oportunidade de repetir esta experiência naquele município, agora

^A Acumulo desde 2001 até os dias atuais a função de levantamento e organização de informações da Secretaria da Saúde. Mesmo quando assumi outras funções na SMS, os quatro secretários que ocuparam aquela cadeira determinaram que eu deveria continuar vinculado às atividades ligadas ao planejamento e informações. Isso aconteceu pela experiência que eu acumulava na análise de dados, sistemas, informática e georreferenciamento das informações.

com um novo formato, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a experiência docente adquirida neste mestrado e na docência na PUC/SP^B.

De 2007 a 2010 ocupei o cargo de Diretor da Área de Assistência e Educação à Saúde. Esta diretoria era responsável pela atenção básica e pelas ações programáticas municipais em todas as áreas de atenção. Neste período, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Sorocaba estava apresentando dificuldades na gestão das ações do Programa de Saúde do Adulto (PSA) e convidou a universidade para construírem juntos um novo protocolo para o atendimento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos (ANEXOS A e B). A universidade atendeu prontamente, porém, no decorrer do processo foram surgindo problemas e a ação não se efetivou, os protocolos foram elaborados, mas não implementados.

Em 2010 precisei rever minha carreira, deixei o cargo de Diretor da Área de Assistência e Educação à Saúde e busquei novas áreas de atuação. Por ter desenvolvido várias funções na Prefeitura e por ter cursado algumas especializações, desenvolvi um conhecimento que me abriu as portas da universidade que estava passando por uma mudança curricular que permitia a entrada de especialistas no seu quadro. Já havia recebido convite de professores da PUC/SP para ingressar na vida acadêmica e acabei aceitando. Prestei concurso na PUC/SP para lecionar no curso de medicina e estou na docência desde 2011, no Departamento de Medicina e área de conhecimento da Saúde Coletiva.

Ser docente tem sido uma experiência muito interessante e gratificante, pois, por 20 anos, tive o desafio de motivar servidores públicos para desempenhar melhor suas funções apesar das dificuldades da “máquina pública”. Na docência o processo não é diferente – você tem que encontrar nos estudantes aquilo que os estimula a buscar o conhecimento – dar sentido ao processo de aprendizado. A docência e seus novos desafios despertaram a necessidade de aprofundamento nessa área e por esse motivo iniciei o Mestrado Profissional na Área de Educação nas Profissões da Saúde que tem contribuído para o melhor desempenho das minhas atividades da área pública e da docência. No processo seletivo, quando apresentei meu projeto de

^B Em 2014 repeti esta experiência capacitando sessenta e sete gestores (coordenadores, supervisores e apoiadores) da SMS de Sorocaba. A soma destas experiências tem me afastado da gestão e me aproximando da docência.

pesquisa, a ideia era trabalhar com portfólio dos estudantes. Essa escolha se deu porque meu foco inicial era me aprofundar nas questões relacionadas à vida acadêmica, mas, quando ingressei na pós-graduação, foi sugerido pelo meu orientador que eu desenvolvesse uma pesquisa direcionada à implantação daqueles protocolos para atendimento no PSA que já haviam sido elaborados. Aceitei o desafio.

A pergunta que norteou nosso estudo foi: "Como implantar o protocolo do PSA e tornar seu uso efetivo nas instituições públicas, em especial aqui em Sorocaba?". É disto que trata o nosso estudo.

1.2 Uma visão rápida sobre o local da pesquisa, Sorocaba-SP

A cidade de Sorocaba fica no interior de São Paulo, com população IBGE estimada em 2013 de 629.231 habitantes, extensão territorial de 449,8 km² e densidade demográfica de 1.304,18 hab./km².¹ Localiza-se na região Sudoeste do Estado de São Paulo, a cerca de 90 km de distância da capital e 87 km de Campinas. Sorocaba tem fácil acesso para a capital e interior do Estado de São Paulo, para o Oeste Paulista, Norte do Paraná e para região Centro Oeste do Brasil. Polo de uma região com mais de 2 milhões de habitantes, conta hoje com uma grande diversidade econômica. É servida por rodovias importantes (Castello Branco, SP75 e Raposo Tavares) que permitem o acesso de pessoas, matérias primas e escoamento da produção e por isso a cidade tem sido escolhida para instalação de indústrias, comércios, escolas, universidades e serviços. Isso se repete também em relação à saúde, pois existem vários serviços que atendem a região, como o Conjunto Hospitalar de Sorocaba e o Hospital Oftalmológico. No total, existem treze hospitais no município, dos quais, três são de psiquiatria. Onze hospitais realizam atendimento pelo SUS.

É a 5ª cidade em desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo e sua produção industrial chega a mais de 120 países, atingindo um PIB de R\$ 9,5 bilhões. As principais bases de sua economia são os setores de indústria, comércio e serviços, com mais 22 mil empresas instaladas.² O município de Sorocaba cresceu em torno de 100 mil habitantes nos últimos dez anos e tem a 9ª maior população do

estado de São Paulo e a 32ª maior do Brasil. Esse crescimento se deu por fatores históricos, sociais, econômicos e geográficos inseridos numa conjuntura que contribui com o desenvolvimento, traz vantagens, desvantagens e afeta de forma diferente as classes sociais.

Em 1997 a SMS assumiu a gestão plena do sistema de saúde^C e atualmente tem 31 UBS/USF, 5 delas trabalham com a estratégia saúde da família (ESF) proporcionando uma cobertura de ESF para 10% da população municipal e os outros 90% da população são atendidas por UBS tradicionais. Recentemente foram instituídas regiões de saúde no município denominadas de “Colegiados de Gestão Regional”, seis no total. Mais adiante descreveremos com mais detalhes a estrutura atual dos serviços de saúde do município.

^C Modalidade de gestão instituída pelo Ministério da Saúde na Portaria 2.203 de 05/11/1996 que tornava o município responsável pela gestão de todos os níveis de atenção à saúde do sistema municipal de saúde e alterava a forma de financiamento do SUS nos municípios e nos Estados.³

2. INTRODUÇÃO

2.1 A implantação de protocolos

Por que alguns protocolos implantados não dão o resultado esperado? Não se pode assegurar a eficácia das intervenções se não se souber antes quais são suas características de implantação, ou seja, o grau de implementação e os fatores que favorecem sua dinâmica interna, além disto, não só processos determinam resultados, é relevante analisar em que medida o programa foi adequadamente implementado nas dimensões propostas.^{4,5}

A literatura diz que o emprego responsável e regular de protocolos deve ser consequência de um processo de planejamento.^{4,6} Ele gera a necessidade de que os gestores estejam atentos e deflagrem um movimento de acompanhamento constante, avaliando a efetividade desses instrumentos, bem como as relações produzidas por este processo.⁶ Embora não substitua o planejamento, esperamos que seu emprego facilite a interação entre trabalhadores e gestores e que, em relação aos usuários, seja capaz de possibilitar melhor conhecimento do padrão cultural de suas demandas.⁶ O uso dos protocolos deve gerar também, a construção de um processo de trabalho no qual haja elaboração e pactuação de metas e de indicadores que permitam avaliar processos e resultados, conduzindo a avaliações mais seguras e constantes.⁶ E, finalmente, que leve à incorporação de novas tecnologias de informação.⁶

Outro aspecto relevante refere-se ao acompanhamento constante do emprego dos protocolos – adequação, pertinência, capacidade de induzir novas respostas e atualização.⁶ Esse acompanhamento poderá criar um espaço importante de produção de novas evidências científicas sobre a utilização de protocolos em atenção básica no SUS.⁶ Nesse caso, torna-se fundamental que esse acompanhamento se dê em parceria com instituições de ensino, no bojo de um processo de educação permanente.⁶

2.2 A importância do tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus na saúde pública

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas degenerativas de alta prevalência na população mundial.⁷⁻¹⁰ A hipertensão arterial acomete mais de 30% da população brasileira adulta.^{11,12} Sua prevalência aumenta com a idade, mas já é preocupante mesmo em jovens, particularmente naqueles com antecedentes familiares de hipertensão e excesso de peso ou obesidade.¹¹⁻¹³ A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, aumentando em até 7 (sete) vezes o risco de acidente vascular cerebral (AVC), que é, individualmente, a maior causa de morte em adultos em nosso país.⁸ Quanto ao diabetes mellitus, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, estima-se que, no Brasil, acomete aproximadamente 12 milhões de pessoas.

Segundo o Vigitel Brasil,¹⁴ um estudo do Ministério da Saúde, realizado por telefone em todas as capitais dos 26 estados brasileiros, com objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis, a frequência de adultos que referiam diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 12,9% em Palmas e 29,8% no Rio de Janeiro. Na cidade de São Paulo 22,5% da população maior de 17 anos referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (19,6% do sexo masculino e 24,9% do sexo feminino).¹⁴ Quanto ao diabetes, este mesmo estudo encontrou a frequência de adultos maiores de 17 anos que referiam diagnóstico médico prévio variando entre 2,7% em Palmas e 7,3% em Fortaleza.¹⁴ Na cidade de São Paulo, 5,9% dos adultos referiam diagnóstico médico de diabetes (7% do sexo masculino e 6,4% do sexo feminino).¹⁴ Tendo em vista que ambas podem ser assintomáticas (ou oligossintomáticas), a prevalência real destas doenças na população é maior que a revelada pela pesquisa Vigitel Brasil, pois boa parte dos indivíduos efetivamente portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus tipo 2 desconhecem o diagnóstico. Assim, o diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial representam atualmente grandes problemas de saúde pública para o Brasil.^{14,15} Existe importante deterioração da qualidade de vida dos portadores destas doenças quanto

desenvolvem complicações.¹⁵ O poder público tem desenvolvido estratégias enfatizando a prevenção e o tratamento destas doenças e suas complicações.¹⁶⁻¹⁸

2.3 Os indicadores de Sorocaba-SP e do Brasil

De 2007 a 2011 o Ministério da Saúde através do Pacto pela Saúde acompanhou com seus indicadores de pactuação anual as internações relacionadas ao controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes na população de 30 a 59 anos.¹⁹

Tabela 1 - Indicador do Pacto pela Saúde nº 20: Taxa de internação por AVC por unidades da Federação e Sorocaba, anos 2007 a 2011.

Ano:	2007	2008	2009	2010	2011
BRASIL	6,64	6,16	6,72	6,62	6,77
Sergipe	3,16	1,98	2,15	2,63	2,88
Amazonas	3,01	4,30	3,86	3,27	3,84
Rio Grande do Norte	4,05	3,86	5,00	4,61	5,29
Rio de Janeiro	6,35	4,65	4,87	5,27	5,29
Amapá	4,33	4,69	6,62	4,86	5,34
Ceará	4,95	4,55	5,43	5,37	5,48
Pará	6,00	5,81	6,67	5,65	5,65
SOROCABA	5,13	5,24	4,55	4,61	5,72
Acre	5,18	3,60	6,94	5,96	5,74
Rondônia	5,46	4,07	5,96	5,26	5,84
Roraima	4,93	4,40	6,19	7,41	5,94
Distrito Federal	5,68	6,70	6,65	5,67	5,96
Paraíba	7,33	6,33	8,41	6,93	6,06
Mato Grosso	8,47	6,05	6,29	6,08	6,30
Goiás	6,24	6,39	6,71	6,41	6,30
São Paulo	6,01	5,79	6,23	6,25	6,31
Mato Grosso do Sul	5,50	5,67	7,06	6,91	6,64
Piauí	7,78	6,26	7,73	7,12	6,89
Maranhão	6,57	5,76	6,22	6,87	7,12
Bahia	6,94	5,52	6,61	6,74	7,31
Tocantins	7,74	8,09	8,83	7,80	7,36
Minas Gerais	8,61	8,09	8,05	7,73	7,52
Espírito Santo	7,44	5,56	6,35	5,97	7,67
Paraná	7,71	7,47	7,82	8,15	7,86
Santa Catarina	7,90	8,69	8,84	8,21	8,10
Pernambuco	5,36	4,51	5,32	6,51	8,32
Alagoas	8,69	4,95	6,94	6,36	8,61
Rio Grande do Sul	7,71	9,33	10,17	9,63	9,20

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS

Os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostram que a taxa de internação por AVC (acidente vascular cerebral) na população de 30 a 59

anos em Sorocaba em 2011 (calculada através do número de pessoas residentes em Sorocaba com idade entre 30 e 59 anos que foram internadas por causa de um AVC, dividido pela população total da mesma faixa etária de Sorocaba X 10.000) foi de 5,72, abaixo da taxa de internação por AVC do Estado de São Paulo (6,31).²⁰ Em relação ao diabetes esta situação também se repete. A taxa de internação por diabetes em Sorocaba em 2011 (número de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos, residentes em Sorocaba dividido pela população desta faixa etária X 10.000) foi de 1,07 contra 3,72 do Estado de São Paulo.

Tabela 2 - Indicador do Pacto pela Saúde nº 19: Taxa de Internação por diabetes mellitus por unidades da Federação e Sorocaba, anos 2007 a 2011.

Ano:	2007	2008	2009	2010	2011
BRASIL	7,41	6,58	6,64	6,58	6,27
SOROCABA	3,17	2,64	1,52	1,69	1,07
Sergipe	4,19	3,42	3,47	3,29	2,79
São Paulo	5,30	4,25	4,04	3,95	3,72
Rio de Janeiro	7,81	5,94	6,00	5,66	4,62
Ceará	5,67	4,82	4,85	4,77	4,67
Santa Catarina	7,02	6,24	6,11	5,32	4,90
Amazonas	4,07	4,59	4,62	4,24	4,91
Rio Grande do Norte	4,37	3,68	4,16	4,39	4,95
Espírito Santo	5,59	5,27	6,25	6,21	5,72
Pernambuco	7,53	6,41	6,69	6,81	6,40
Mato Grosso do Sul	7,89	5,96	6,74	6,94	6,58
Distrito Federal	9,72	7,94	6,76	6,68	6,74
Paraíba	6,44	6,76	7,11	7,68	7,07
Minas Gerais	8,50	7,74	7,26	7,28	7,11
Paraná	7,90	8,04	8,16	8,43	7,22
Amapá	6,22	6,97	8,37	6,31	7,46
Pará	7,29	7,28	7,74	7,14	7,47
Acre	6,59	8,68	8,23	6,72	7,74
Rio Grande do Sul	10,45	9,53	8,93	8,84	7,83
Bahia	8,22	7,18	8,07	8,43	8,84
Maranhão	6,25	6,41	7,58	7,99	9,17
Alagoas	7,75	7,30	9,32	8,32	9,23
Tocantins	9,54	9,27	10,35	9,69	9,25
Mato Grosso	9,71	9,05	10,01	9,15	9,37
Goiás	14,26	13,14	11,55	11,37	9,71
Roraima	9,46	8,32	10,79	9,85	10,20
Rondônia	11,78	12,10	13,21	11,03	11,98
Piauí	9,05	8,94	11,12	12,96	12,20

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Nos últimos anos, Sorocaba sempre apresentou estes indicadores abaixo do Estado de São Paulo. Os valores apresentados por Sorocaba são melhores que muitos estados brasileiros.

Analisando os dados de internação disponíveis no site do DATASUS e pinçando algumas doenças relacionadas com o controle da hipertensão e diabetes (AVC, diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e insuficiência renal), o SUS gastou com a população residente em Sorocaba em 2012 R\$ 2.451.682,09 (1.705 internações das 23.364 que ocorreram no período) que corresponderam a 7,9% do total gasto com todas as internações SUS no município.²⁰ O gasto total com internações de residentes em Sorocaba em 2012 foi de R\$ 30.986.493,76.²⁰

2.4 O bom controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e o protocolo

O bom controle dessas doenças certamente vai melhorar a qualidade de vida da população e elevar os níveis de saúde do município.¹⁵ Vai também representar menor gasto com internações possibilitando utilizar estes recursos em outras áreas.¹⁶ Os valores apresentados anteriormente com internações não representam a dimensão total da importância do bom controle dessas doenças, pois existem outros gastos relacionados às complicações crônicas, tais como a perda da visão, amputações, perda da capacidade motora e outras que tem impacto social importante e reduzem a qualidade de vida do portador da doença e de seus familiares.

Para haver o bom controle é preciso que a rede de assistência seja bem estruturada, com equipes competentes e em número suficiente para criar vínculo com a comunidade.⁶ Precisa também estar preparada para abordagem integral privilegiando a promoção da saúde e prevenção das complicações, dispor de medicamentos, exames e outros recursos de maior complexidade, além de ter um protocolo clínico atualizado e sendo aplicado. Para que isto ocorra é recomendado o envolvimento das equipes e o monitoramento das ações desenvolvidas e seus resultados.^{6,21}

3. JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu da possibilidade de contribuir com a melhoria dos processos de gestão na área da saúde da Prefeitura de Sorocaba (e outras prefeituras) possibilitando melhores resultados das políticas públicas, contribuindo com melhora na assistência da população. Atualmente trabalho na área de educação e na gestão pública e este estudo deve contribuir com estes dois campos de atuação. Pretendemos dar ferramentas às equipes gestoras e à universidade para desempenharem melhor seu papel na proposição e implementação de protocolos. Para resolver este problema iremos analisar quais os fatores que contribuíram com os resultados obtidos no PSA, a partir da perspectiva histórica e da vivência dos envolvidos, propondo soluções ou subsídios norteadores que servirão de esteio às novas propostas de implementação de protocolos.

Este estudo também possibilitará o registro da história do PSA no contexto da gestão pública e pode servir como base para novos estudos, logo, ele interessa à universidade, aos gestores e aos trabalhadores da saúde. Trabalhar com pessoas e suas relações enriquece o estudo apontando na prática dimensões que nem sempre são mensuráveis objetivamente e por isso escolhemos como referencial teórico metodológico a teoria das representações sociais de Serge Moscovici.

Não cabe a essa pesquisa julgar se o desempenho das equipes, de secretários ou prefeitos foi adequado ou não. Cada gestão foi ocupada por pessoas que procuraram desempenhar suas funções da melhor maneira possível com os recursos disponíveis na época. Vale lembrar que ao longo dos anos muito mudou. Houve alterações no cenário político-econômico nacional e mundial. As conjunturas foram diversas, houve ampliação das responsabilidades dos municípios, amadurecimento das equipes e do SUS, oscilação na disponibilidade de recursos e a própria evolução da sociedade. Ver o recorte de um momento numa fotografia é diferente de assistir o filme. Assistir o filme é diferente de viver aquele momento.

Como educador, entendemos que a proposta de subsídios norteadores para implantação de um protocolo atualizado deve, sempre que possível, apontar para metodologias que valorizem o processo de trabalho do médico integrado à equipe, à criatividade e à relação médico paciente. Neste sentido, devemos valorizar a

problematização e Educação Permanente (EP). Citando Paulo Freire: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.²²

Outro ponto a ser destacado é que a velocidade das transformações nas sociedades contemporâneas num contexto onde a produção do conhecimento é extremamente veloz torna ainda mais provisória as verdades construídas no saber-fazer científico.²³ Essa realidade é uma das molas propulsoras da mudança no método de ensino de algumas universidades que procuram privilegiar as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nossa proposta de intervenção segue nesta direção.

O foco deste trabalho não foi o protocolo em si, apesar dele ser fundamental para as nossas discussões e poderá sofrer adaptações a partir do resultado deste trabalho, mas o caminho a ser percorrido para fortalecer a mudança no processo de trabalho das instituições. Acreditamos que o planejamento adequado da implementação dos protocolos deve contribuir com um melhor atendimento, maior envolvimento das equipes e melhora das condições de saúde da população atendida.

4. OBJETIVOS

Conhecer e registrar detalhes sobre a implementação do Programa de Saúde do Adulto a partir do processo histórico e vivências de alguns servidores públicos envolvidos.

Elaborar subsídios norteadores para a implementação efetiva de programas, protocolos de atendimentos, em especial no PSA, e capacitação da equipe médica, respeitando o atual processo de gestão municipal regionalizado de Sorocaba.

5. METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa e com propostas para intervenção.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se por basear-se na premissa de que o conhecimento sobre pessoas só é possível a partir da descrição de experiência humana, tal como ela é vivida, e tal como ela é definida pelos seus próprios atores. Já a abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificação de incidências e correlações, entre outros pontos de interesse.²⁴

5.1 As Representações sociais como referencial teórico deste estudo

As representações sociais manifestam-se em palavras, sentimentos e condutas que se institucionalizam, despontando como uma nova maneira de interpretar o comportamento dos indivíduos e dos grupos sociais. Portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas de comportamentos sociais.²⁵

A representação não é um simples reflexo da realidade, carrega em sua construção o contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, história do indivíduo e do grupo, determinantes sociais, sistemas e valores.²⁶

A Teoria das Representações Sociais surgiu da obra de Serge Moscovici intitulada: *La Psychanalyse: son image et son public*, publicada na França em 1961.²⁷ As Representações Sociais possuem suas raízes na sociologia, atravessam a psicanálise de Freud e se desenvolvem na psicologia social de Moscovici; elas são um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no desenrolar das comunicações interpessoais.²⁸

Com o propósito de contribuir para a elaboração de estratégias que garantam a implantação de protocolos atualizados para o atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e com o desafio de diminuir a distância entre o conhecimento científico às práticas da assistência, vislumbramos como

possibilidade para a interpretação das informações colhidas a utilização da Teoria das Representações Sociais. Nesse sentido, neste estudo, buscou-se nos discursos das experiências vividas dos médicos, gestores e equipes de saúde, levando, dessa forma, a compreensão e a contribuição destes atores na direção de propostas de intervenções mais específicas, como descrito no método. No momento da discussão iremos nos aprofundar mais nos motivos e na importância da escolha deste referencial.

5.2 Local e Período do Estudo

O estudo se deu na cidade de Sorocaba-SP envolveu as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e uma regional municipal de saúde. Todos os serviços envolvidos estavam sob gestão da SMS de Sorocaba. As entrevistas foram realizadas entre setembro e dezembro de 2012 (médicos e gestores) e em dezembro de 2013 (colegiado) e o término da discussão aconteceu em junho de 2014.

5.3 Adaptações necessárias na metodologia

Quando iniciamos o projeto de pesquisa em abril de 2012, não havia como prever quais seriam as mudanças no cenário político do município. Na elaboração do projeto a proposta inicial foi planejada considerando uma estrutura única e centralizada de gestão do PSA (que era o formato organizativo da SMS daquela época) que iria atualizar o protocolo para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes com dois núcleos a serem abordados: 1) aqueles que faziam a gestão do PSA (grupo "gestores") e; 2) aqueles que executavam as ações (grupo "médicos"). Como já dito, as entrevistas com estes grupos aconteceram em 2012.

Entre 2012 e 2013 ocorreram duas trocas de secretários municipais de saúde e também se iniciou o período de campanha eleitoral. O trabalho de atualização do protocolo estava praticamente terminado, mas a necessidade de fazer a implantação foi colocada em segundo plano frente às mudanças de governo e novas demandas

que ocorreram. Estes fatos exigiram alterações na pesquisa que já estava sendo executada e no cronograma do projeto que tiveram que ser repensados.

O momento não permitia propor intervenções experimentais, pois, existia orientação expressa de que as unidades de saúde não poderiam parar suas atividades para reuniões no período eleitoral. Todas as novas atividades com potencial de gerar "filas de espera" deveriam ser evitadas e os coordenadores das UBS/USFs deveriam evitar sair das unidades para participar de reuniões. Era preciso aguardar o final deste período e a definição política para repensar um caminho que poderia contribuir com o serviço municipal de saúde.

Passado o período eleitoral, o novo governo realizou durante os primeiros oito meses de 2013, uma reforma administrativa reorganizando a atenção à saúde. Foram criadas seis regionais de saúde com maior autonomia para o planejamento e gestão. A estrutura centralizada de gestão do PSA (e de outros programas) deixou de existir. As decisões técnicas passaram a serem discutidas em comissões com papel de direcionar a política de saúde do município. Este processo todo era muito novo e os técnicos do nível gestor ainda estavam se organizando e aprendendo como fazê-lo. Como tudo isso era muito dinâmico, a nossa proposta teve que ser revista e adaptada algumas vezes. Frente aos acontecimentos decidimos que o melhor seria traçar subsídios norteadores para ajudar os colegiados (regionais municipais de saúde) a fazerem a implantação do protocolo atualizado. Por este motivo incluímos no estudo um novo grupo a ser pesquisado: o "colegiado".

5.4 Os entrevistados

Para atingir os objetivos foi necessário entrevistar três grupos de pessoas: a) os responsáveis pela implantação e gestão do PSA em 2012; b) os responsáveis pela execução das ações previstas no protocolo do PSA em 2012; e c) os novos responsáveis pela gestão do PSA em 2013. O grupo "a" chamamos de "gestores", composto por três médicos e um enfermeiro. O grupo "b" chamamos de "médicos" e foi composto por seis médicos que atuavam na execução das ações do PSA em 2012 em UBS/USFs. O grupo "c" chamamos de "colegiado", que eram os responsáveis pela gestão do PSA em uma região do município de Sorocaba em

2013. Mais a frente quando falarmos das etapas daremos maiores detalhes sobre os critérios de escolha das pessoas e grupos entrevistados.

5.5 Aspectos Éticos

Antes do início da pesquisa em campo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUC/SP (reunião ordinária do Comitê realizada em 11/09/2012) e que pressupunha o aceite pela Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba (ANEXO C). Para participação da pesquisa todos os envolvidos receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) apresentado no APÊNDICE A.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

Este estudo para ser realizado utilizou-se de análise documental, busca de informações em bases de dados nacionais e municipais, pequenas reuniões com pessoas chaves para esclarecimento de dúvidas quanto ao processo histórico e entrevistas individuais e em grupo. Deixaremos os detalhes metodológicos de cada procedimento de coleta de dados quando apresentarmos a descrição das etapas para que o documento não fique repetitivo.

Segundo Bauer e Gaskell²⁹ existem quatro dimensões metodológicas na pesquisa social (delineamento da pesquisa; obtenção de dados; análise de dados; e interesse do conhecimento) e o processo de pesquisa pode combinar elementos ao longo das quatro dimensões. Segundo estes autores para obtenção de dados podem ser combinados a entrevista individual, o questionário, os grupos focais, filmes, vídeos, observação sistemática, coleta de documentos e gravação de sons. Para análise dos dados pode ser utilizado a análise de conteúdo, a indexação, a análise semiótica, a análise da retórica e a análise do discurso. No nosso caso, a coleta de dados foi realizada utilizando a análise documental, entrevistas individuais e entrevista em grupo com elementos característicos de grupo focal, todos os métodos também reconhecidos por Spink e Souza Filho.^{30,31}

5.7 Procedimentos de análise

A análise das entrevistas, como detalharemos mais adiante, se deu utilizando elementos das técnicas de análise de conteúdo de Minayo e de Bardin.^{25,32} A discussão das entrevistas foi realizada utilizando a teoria das representações sociais e também buscando apoio em outros autores.

De acordo com Bardin,³² a análise de conteúdo (e de discurso) apresenta duas funções complementares: a tentativa exploratória que amplia a descoberta dos conteúdos aparentes e a confirmação ou informação das hipóteses. Para a análise das entrevistas pela técnica de Bardin e Minayo utilizamos como referencial teórico a teoria das representações sociais de Moscovici como já dissemos.^{25,32,33} Segundo Spink³⁴ a coleta de dados exige longas entrevistas semiestruturadas acopladas aos levantamentos do contexto social e dos conteúdos históricos dos grupos estudados. A análise, centrada na totalidade do discurso, é demorada e, conseqüentemente, utiliza-se poucos sujeitos. Segundo Reis e Bellini,³⁵ o trabalho de interpretação do discurso segue os seguintes passos: 1) transcrição da entrevista; 2) leitura/escuta, intercalando a escuta de material gravado com a leitura do material transcrito. Nessa etapa, é necessário ficar atento às características do discurso: a variação (versões contraditórias); a detalhes sutis, como silêncios, hesitações, lapsos (investimento afetivo presente); retórica, ou organização do discurso de modo a argumentar contra ou a favor de uma versão dos fatos; 3) tendo apreendido os aspectos mais gerais da construção do discurso, é preciso, em um terceiro momento, retornar aos objetivos da pesquisa e, especialmente, definir claramente o objeto da representação. No início da discussão daremos mais detalhes justificando a escolha deste referencial.

5.8 Apresentação das análises das entrevistas

Apresentamos a análise das entrevistas em três textos, um para cada grupo. Estes textos foram elaborados a partir dos temas que surgiram na análise temática das entrevistas e foram apresentados trechos das falas mais significativas dos entrevistados. Escolhemos este formato porque permite fluidez na leitura, possibilitando o envolvimento do leitor nos discursos dos grupos. As explicações do

pesquisador foram colocadas como nota de rodapé para não segmentar o fluxo de ideias.

5.9 Detalhamento metodológico das etapas da pesquisa

A 1ª etapa foi a **apropriação do tema**, delineando sua importância. Antes de realizar a pesquisa de campo, analisamos os dois protocolos para o tratamento da hipertensão arterial - o vigente e a atualização e esclarecemos as dúvidas junto às pessoas que participaram da elaboração de ambos. Também fizemos levantamento bibliográfico sobre o assunto nas bases indexadas e um levantamento epidemiológico buscando série histórica das internações por essas doenças e os gastos com essas internações em Sorocaba. Este levantamento foi realizado através da consulta às bases de dados do DATASUS e tabulação no programa Microsoft Excel for Mac 2011.²⁰

A 2ª etapa foi o **levantamento do perfil dos médicos** que trabalhavam na atenção básica de Sorocaba em abril de 2012. Para isso realizamos duas pesquisas: na primeira buscamos a relação de médicos que trabalhavam nas UBS/USF como clínico geral em dezembro do ano 2000 (data final do grande treinamento para os médicos sobre o protocolo vigente) e abril de 2012 (início deste estudo) e utilizando o programa Excel comparamos as duas listas para ver o percentual de médicos que passaram pelo treinamento do protocolo vigente do PSA em 2000 e que ainda estavam trabalhando em 2012; na segunda levantamos a formação dos médicos que atuavam como clínico-geral e generalista de UBS/USF em abril de 2012 através de planilhas recebidas das UBS/USF pelo PSA para atualização do cadastro dos clínicos.

A 3ª etapa foi a pesquisa sobre o **processo histórico**. Nesta etapa utilizamos a vivência do autor, documentos públicos oficiais (Planos de Saúde, relatórios, circulares e ofícios) e consultas pessoais com profissionais que viveram o processo (micro reuniões).

A 4ª etapa foi a realização de **entrevistas** com quatro pessoas classificadas neste estudo como **"gestoras do PSA"**, sendo dois ex-gestores (do ano 2000) e dois gestores do PSA de 2012 (momento do início da pesquisa de campo). Foram

realizadas entrevistas aprofundadas, com perguntas abertas utilizando um roteiro (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A escolha destas quatro pessoas foi por conveniência. Os dois médicos ex-gestores (G1 e G2) foram os principais artífices da implantação do protocolo vigente no ano 2000 e como clínicos de UBS em 2012 estavam tendo oportunidade de vivenciar a prática da proposta que elaboraram. O outro médico (G3) era o gestor do programa no início de 2012, teve a iniciativa de convidar a universidade para a atualização dos protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus e participou com os professores da FCMS-PUC/SP na atualização. No ano 2000 este médico trabalhava como clínico geral de uma UBS e participou do processo de capacitação como médico. O quarto entrevistado (G4) foi um enfermeiro que assumiu a gestão do PSA no segundo semestre de 2012 e não participou da elaboração e implantação do protocolo vigente, mas era responsável pela gestão do programa. Nesta entrevista buscamos informações atuais sobre as características do PSA e as dificuldades enfrentadas, e também uma visão "não médica" do processo.

A 5ª etapa foi a realização das **entrevistas com médicos que atuam como clínicos gerais ou generalistas** e que utilizam o protocolo vigente do PSA. Foram entrevistados seis médicos com a finalidade de entender como o programa estava sendo desenvolvido nas UBS/USF. No momento da análise das entrevistas foi incluída também neste grupo a segunda parte das entrevistas com os dois gestores citados anteriormente (G1 e G2) que atualmente atuam como clínicos gerais em UBSs, totalizando oito entrevistas com médicos. O critério de escolha destes médicos foi por sorteio, porém, procurando garantir uma amostra de profissionais com especializações variadas incluindo generalistas, cirurgiões, clínicos gerais, especialistas e recém-formados que refletisse o universo dos médicos que atuam na atenção básica. Para isso foram separados em grupos (pela especialização) e o sorteio se deu em cada grupo. Todos os participantes consentiram em participar do estudo, consignado pela assinatura no TCLE. Os médicos foram designados neste estudo como M1, M2, M3, M4, M5 e M6. Como o sorteio focou o médico, as oito unidades de saúde envolvidas (incluindo as do G1 e G2) foram também aleatórias, pois, dependiam do local de trabalho do médico. Um médico trabalhava em mais de uma UBS e sua entrevista refletiu as duas, porém, como uma das unidades também

era local de trabalho de outro médico entrevistado o total de unidades envolvidas continuou sendo oito.

A 6ª etapa correspondeu a **análise das entrevistas** - Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. O objetivo do estudo não foi fazer uma análise de conteúdo profunda das entrevistas, mas, sim, buscar informações para propor o conjunto de subsídios norteadores para implantação do protocolo atualizado. Para a análise das entrevistas foram utilizados elementos das técnicas de análise de conteúdo de Minayo e de Bardin.^{25,32} As entrevistas foram lidas e revisadas exaustivamente e destacados os pontos mais importantes e/ou mais representativos de cada resposta. Destes pontos mais importantes foram pinçadas as expressões chaves, a ideia central e o tema relatado de cada entrevistado. Em seguida as respostas (de todos os entrevistados do grupo) foram agrupadas pelos temas para explicar as perguntas do estudo e construir discurso que refletisse a ideia dos médicos e dos gestores em relação ao tema. Como havia perguntas diferentes, os grupos foram tratados separadamente. Os roteiros que direcionaram as perguntas estão no APÊNDICE B.

A 7ª etapa foi uma **entrevista** em grupo com características, mas sem a pretensão formal de um grupo focal, envolvendo o pesquisador, o orientador e um **grupo de gestores de uma regional de saúde** composto por: três coordenadores de unidades básicas de saúde, um coordenador de unidade saúde da família e dois supervisores. O ponto chave desta etapa (como acontece nos grupos focais) foi o uso explícito da interação entre as pessoas para produzir dados que seriam difíceis de conseguir fora desta situação, pois o grupo permitiu a troca de ideias sobre o tema.³⁶ A abordagem de um colegiado procurou complementar as nossas entrevistas anteriores atendendo o novo processo organizativo da SMS. Esta reunião foi realizada para ouvir os atores envolvidos no processo, perceber as dificuldades operacionais, reforçar a disposição da universidade em contribuir com a melhoria do serviço e também perceber a receptividade daquela equipe às propostas. A reunião teve o áudio gravado, foi transcrita e analisada utilizando elementos das técnicas de análise de conteúdo de Minayo e de Bardin.^{25,32} A transcrição e análise foram realizadas como descritas para os demais conjuntos de entrevistas. A escolha deste colegiado foi por conveniência porque é responsável por uma região aonde existe o predomínio de população adulta e idosa - principal

público do PSA e as equipes do colegiado estão discutindo como reorganizar a assistência. A reunião foi realizada na sede da regional aonde fizemos uma roda de conversa, explicamos os objetivos do encontro e abrimos a palavra para ouvi-los.

A 8ª etapa foi a discussão dos dados coletados e a elaboração dos **subsídios norteadores**. Foram analisadas todas as entrevistas e a partir da análise do seu conteúdo foram feitas as propostas de subsídios norteadores apresentados junto com as discussões porque separá-las tornaria o processo repetitivo e menos consistente. A elaboração dos subsídios se fez utilizando a experiência de vários autores apontados na bibliografia e também dos atores envolvidos no processo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O perfil dos médicos que trabalhavam como clínicos na SMS em maio de 2012, início da pesquisa

Realizamos um levantamento com objetivo de avaliar o perfil dos médicos que trabalhavam como clínicos gerais e generalistas em maio de 2012 e atuavam no PSA. Esta avaliação inicial não tinha a pretensão formal de ter um perfil acurado da equipe, mas sim, buscar subsídios para o direcionamento das próximas ações da pesquisa. O primeiro dado que obtivemos comparando as listas de médicos que passaram pela capacitação do PSA que aconteceu no ano 2000 e a relação de profissionais de maio de 2012 foi que 31,2% ainda trabalhavam como clínicos na rede básica. Daí concluímos que, em 12 anos, 68,8% dos médicos foram substituídos e não passaram por aquela capacitação.

O segundo passo foi analisar as fichas de cadastro dos médicos que atuavam como clínicos gerais ou generalistas, para verificar qual era o perfil de especialização desses profissionais. As informações sobre a especialização dos médicos, coletadas pela equipe gestora do PSA para o cadastro dos clínicos gerais, são fornecidas pelos médicos sem comprovação com documentos, logo não são adequadas para uma análise formal, porém, permitem a aproximação do perfil deste grupo. A tabela 3 mostra que 50,9% dos médicos que atuavam como clínicos ou generalistas na rede de atenção básica de Sorocaba, em maio de 2012, informaram ter formação em especialidades que exigem pelo menos um ano de residência em clínica médica ou medicina de família. O levantamento mostra também que 27,7% dos médicos não tinham especialização.

Tabela 3 - Número e qualificação dos médicos que atuavam como clínicos ou generalistas nas UBS/USF de Sorocaba-SP em maio de 2012.

Áreas de Formação	Total	%
Áreas que exigem um ano de residência em clínica médica	57	50,9%
Áreas sem exigência de 1 ano de residência em clínica médica	24	21,4%
Sem especialização	31	27,7%
TOTAL	112	100,0%

Fonte: SMS, equipe gestora central do PSA.

A tabela 4 mostra as especialidades informadas pelos clínicos gerais e médicos generalistas e a quantidade de médicos, número absoluto e percentual, de cada especialidade informada. A especialidade mais presente foi geriatria, seguida de endocrinologia.

Tabela 4 - Especialização informada pelos médicos clínicos e generalistas que atuavam na rede de atenção básica de Sorocaba-SP em maio de 2012.

Especialização informada pelos médicos	Número de médicos	Percentual
Nenhuma	31	27,7%
Geriatria	10	8,9%
Endocrinologia	9	8,0%
Médico do trabalho	8	7,1%
Cardiologia	6	5,4%
Pneumologia	6	5,4%
Cirurgia Geral	5	4,5%
Gastrenterologia	5	4,5%
Medicina de família	5	4,5%
Intensivista	4	3,6%
Nefrologia	4	3,6%
Reumatologia	4	3,6%
Cirurgia Plástica	3	2,7%
Dermatologista	3	2,7%
Homeopatia	2	1,8%
Infectologia	2	1,8%
Cirurgia Vascular	1	0,9%
Clínica Médica	1	0,9%
Nutrólogo	1	0,9%
Pediatra*	1	0,9%
Psiquiatria	1	0,9%
Total	112	100%

Fonte: SMS, equipe gestora central do PSA. * Apesar de pediatra, trabalhava como clínico geral de UBS.

Dados de um levantamento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 2007 mostram que menos da metade dos profissionais têm a formação especializada através da residência médica.³⁷ Segundo este estudo, no PSF 65,9% dos médicos não têm residência médica e na atenção básica tradicional 45,9% também não têm esta formação.³⁷ O mesmo estudo coloca esta informação como uma constatação preocupante, pois configura a atenção básica como atenção à saúde de baixa qualidade técnica.³⁷

6.2 Levantamento do número de pessoas inscritas no Programa de Saúde do Adulto

Realizamos um levantamento do número de pacientes inscritos no PSA que estavam em acompanhamento nas UBS/USF (classificadas no sistema "SIS" como "ativos"). O SIS é um sistema informatizado utilizado pela prefeitura de Sorocaba para ajudar na gestão das informações da SMS. Foi adquirido em 2011 e sua implantação ainda está ocorrendo "em módulos", sendo previsto como último o prontuário eletrônico para 2014. O sistema tem sofrido customizações para atender as necessidades da SMS de Sorocaba. Como ainda está sendo implantado, as equipes frequentemente passam por capacitação para novas funcionalidades do sistema. Os cadastros ainda são falhos por problemas "no sistema" (equipamentos, comunicação e software) e por dificuldades operacionais das equipes que utilizam incorretamente, ou não utilizam plenamente seus recursos. Este sistema funciona em rede e o banco de dados é centralizado em um "*Data Center*"^D, possibilitando que todas as unidades de saúde da prefeitura tenham acesso ao banco de dados. Todas as UBS/USF devem realizar o cadastro dos seus pacientes (e manter atualizado) e os atendimentos realizados no sistema.

Os pacientes quando são cadastrados no sistema, podem ser vinculados a um ou mais "grupos de atendimento" criados pelos gestores no SIS para facilitar a análise epidemiológica. No caso do PSA, estes grupos de atendimento estão separados de acordo com o grau de risco que varia em função do surgimento de complicações da hipertensão arterial ou diabetes ou associação com outras doenças. Quanto maior o grau de risco (expresso com algarismos romanos após o nome do grupo), maior é o número de consultas médicas programadas que o paciente passa ao longo do ano. O paciente com diabetes mellitus, pelas características da doença, já inicia com grau de risco III. Os critérios de classificação estão estabelecidos no protocolo do PSA. Se houver mudanças no protocolo que envolvam alterações na classificação de risco, todos pacientes deverão ser reavaliados e classificados de acordo com os novos critérios.

^D Também conhecidos pelo nome em inglês, "*Data Center*", um **Centro de Processamento de Dados (CPD)**, é o local onde são concentrados os equipamentos de processamento e armazenamento de dados de uma empresa ou organização.

Quadro 1 - Número de pacientes com idade igual ou superior a 30 anos com hipertensão e/ou diabetes inscritos no PSA da SMS de Sorocaba, com cadastro ativo* em 11 de abril de 2014, preservando o código e a descrição do grupo de atendimento no SIS.

GRUPO DE ATENDIMENTO	PACIENTES
107 - HIPERTENSAO RISCO I	4.126
108 - HIPERTENSAO RISCO II	11.929
109 - HIPERTENSAO RISCO III	13.664
110 - HIPERTENSAO RISCO IV	5.701
130 - HIPERTENSÃO E DIABETES IV	11.476
Total de Hipertensos	46.896
111 - DIABETES RISCO III	3.545
112 - DIABETES RISCO IV	2.424
130 - HIPERTENSÃO E DIABETES IV	11.476
Total de diabéticos	17.445
Total de inscritos no PSA	52.865

Fonte: SMS - sistema SIS. * Ativo = paciente cadastrado, vivo e residente em Sorocaba.

Um problema recorrente na SMS de Sorocaba é a dificuldade em obter dados considerados "confiáveis" para fazer gestão. A prefeitura buscou uma solução informatizada com objetivo de atender a esta necessidade. Esta experiência tem mostrado que para a implantação de novos sistemas é preciso acontecer a revisão dos processos de trabalho e mudanças na cultura da organização. É preciso também ter processos estabelecidos para capacitação das equipes, principalmente quando existe alta rotatividade de pessoal. Estes processos ainda são falhos. Frente às dificuldades apontadas é muito provável que haja sub-registro de inscritos no PSA. Logo, como subsídio norteador podemos dizer que é preciso envolver as equipes para a utilização dos dados gerados, despertando a necessidade de ter dados confiáveis e a busca pelas melhorias nos sistema e nos registros de informações.

Qual é a cobertura do PSA em Sorocaba? Esta pergunta é difícil de responder com os sistemas e informações disponíveis atualmente. Certamente o que dissermos poderá ser alvo de questionamentos, e, na falta de informações mais acuradas, vamos contribuir com algumas informações apenas para ilustrar os dados que encontramos. Segundo o IBGE a população de Sorocaba com 30 anos ou mais gira em torno de 316 mil habitantes. Segundo a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), em dezembro de 2013 em Sorocaba, existiam 160.457 pessoas com idade de 30 anos ou mais com cobertura por plano privado de assistência médica. Isto significa que aproximadamente 156 mil pessoas nesta faixa etária não tem plano privado de saúde. Se no universo de atendimento das UBS/USF todas essas pessoas fossem atendidas (o que provavelmente não é verdade) e se não houvesse atendimento de pacientes que têm planos privados de saúde (o que também certamente não é verdade), hoje a prevalência da hipertensão arterial seria de 30,12% da população acima de 30 anos de idade e a de diabéticos seria de 11,21% na mesma faixa etária. Estes percentuais correspondem aos que são descritos na literatura.^{11,12,14,15} O fato é que sabemos que muitas pessoas que têm plano privado de saúde utilizam-se dos serviços das UBS/USF, logo, o percentual de população coberta pelo PSA certamente é mais baixa do que apontado. Ter dados confiáveis sobre diabetes e hipertensão arterial é uma urgência na opinião do pesquisador, pois são doenças crônicas degenerativas prevalentes e a prevenção e o tratamento tem impactos importantes na saúde pública como já dissemos na justificativa. O setor público não pode fugir desta responsabilidade.

6.3 Programa de Saúde do Adulto: A história, a organização e o modelo.

Os dados apresentados a seguir foram obtidos nas pesquisas documentais, na vivência do pesquisador e no encontro com pessoas que tiveram participação ativa no processo e que puderam esclarecer pequenas lacunas. A partir de 1988 a SMS se tornou independente, pois era Secretaria de Promoção Social e Saúde e na época tinha 350 funcionários e nove centros de saúde municipais (ou municipalizados). Neste momento, foi também promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil e subsequentemente, com a criação do SUS, houve a descentralização das ações de saúde do âmbito federal e estadual para o municipal.³⁸

Com a necessidade de ampliar a “assistência médica” para as Ações Integradas de Saúde (AIS)^E, os Centros de Saúde estaduais, cujas atividades se

^E As Ações Integradas de Saúde (AIS) visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Tinha o objetivo de integrar os serviços

restringiam aos programas de vacinação, aleitamento e de pré-natal, foram municipalizados e todos reconhecidos como unidades de atendimento primário de toda a população. Posteriormente, iniciaram-se as “Ações Programáticas de Saúde” com a instituição dos diferentes programas: “PAC” - Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente, “PAISM” – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, mais tarde, “PSA” – Programa de Saúde do Adulto (controle das doenças crônicas não transmissíveis com foco na hipertensão arterial e diabetes mellitus). A partir da implantação do SUS, vieram anos de crescimento importante e significativo na estrutura de saúde municipal^F com o fortalecimento dos municípios proposto pela nova constituição.

No início do SUS a Secretaria Estadual de Saúde estava muito preocupada com o desenvolvimento das ações programáticas pelos municípios e elaborou e disponibilizou uma série de protocolos e treinamentos. Os médicos da SMS participaram do treinamento e multiplicaram para os demais. A gestão dos programas estava direcionada para a análise de relatórios de produção, pois o município recebia por produtividade. Esta situação foi alterada 8 anos depois, quando o SUS mudou a sua forma de remunerar os municípios, financiando a atenção básica com valores proporcionais ao número de habitantes e, a partir de então, o município procurou ter uma preocupação maior com resultados.

O PSA iniciou no município de Sorocaba em 1989 quando um clínico foi convidado para estruturar o tratamento da hipertensão arterial e implantou uma linha mestre no tratamento. Ficou por 18 meses nesta função e depois se mudou de Sorocaba. A SMS ficou sem um coordenador exclusivo da área de clínica médica pelos próximos 8 anos. Neste período os gestores do "PAC" e do "PAISM", um ginecologista e um pediatra, acumularam também a coordenação do PSA.

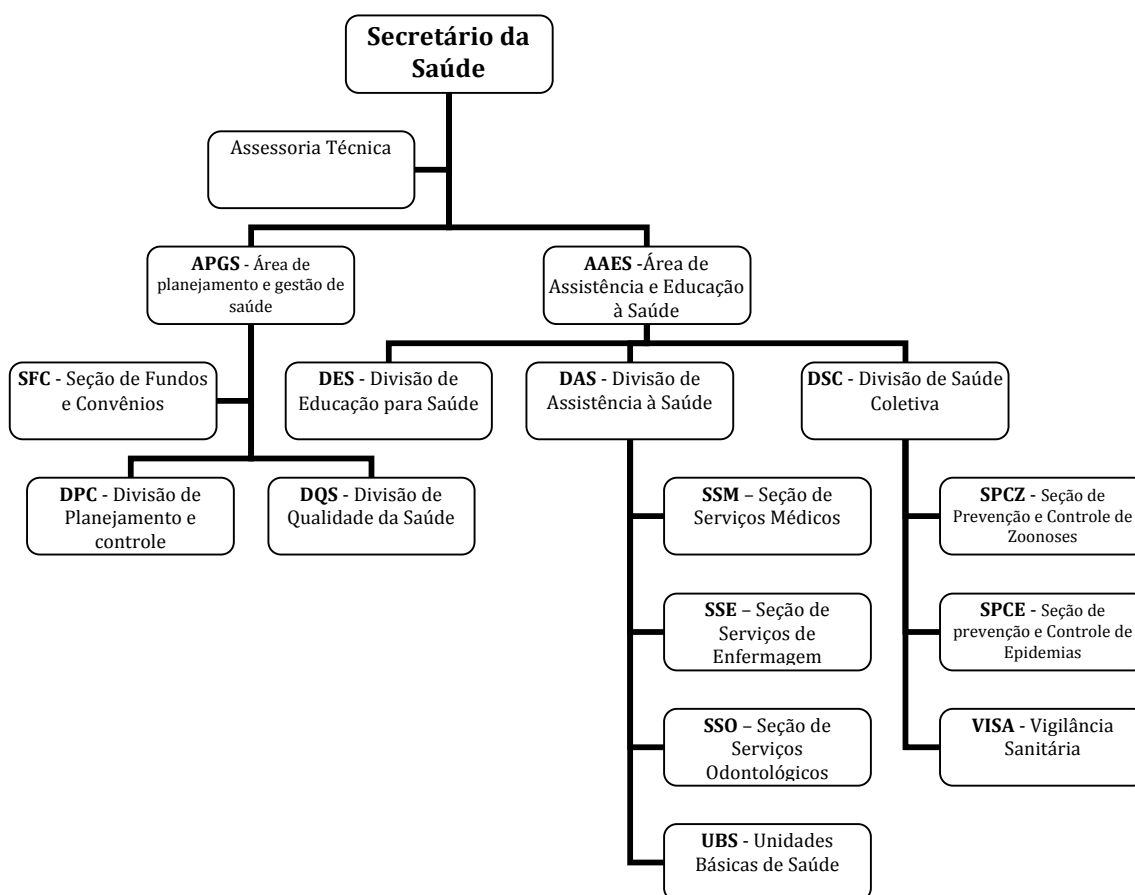
Desde o início do SUS, a SMS está organizada administrativamente para elaborar e desenvolver políticas de saúde, fazer gestão de contratos, dar estrutura, capacitar, garantir recursos e apoio técnico às unidades de saúde. O arcabouço

que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio.

^F De 1988 até 2013, segundo o IBGE, a população sorocabana cresceu de 349.398 para 629.231 habitantes (aumentou em 0,8 vezes), o número de funcionários da SMS foi de 350 para aproximadamente 3.500 (aumentou em 10 vezes) e o número de UBS/USF foi de 9 para 31 (aumentou em 3,4 vezes).

administrativo (corpo gestor) da secretaria é dividido em "Seções", "Divisões", "Diretorias", "Assessorias" e o "Secretário da Saúde". Durante o texto iremos nos referir a esta estrutura genericamente como "equipe do nível central". Ainda fazendo parte do "corpo gestor" da secretaria existem os "coordenadores das unidades de saúde", um em cada unidade, que compõe as equipes "da ponta" do sistema e os "supervisores dos programas", elos do "nível central" da SMS com as equipes da "ponta", compostos por técnicos responsáveis pelas ações programáticas, entre elas o PSA. As equipes do "corpo gestor" têm o papel de planejar, desenvolver, monitorar, avaliar e realinhar as políticas públicas de saúde. Cinco anos após assumir a gestão plena do sistema de saúde, surgiu também a figura do "supervisor de área" cuja função de elo era semelhante à do "supervisor de programa", porém o direcionamento era para integração de todas as atividades da UBS/USF e não apenas para um programa específico. A partir deste momento os "supervisores de área", passaram a ser chamados de "equipe de supervisores" e os demais como "equipe dos programas", apesar de todos terem o cargo comissionado de supervisor.

Figura 1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde (1997)



Com a publicação da NOB/SUS de 1996^G os municípios tiveram que assumir novas responsabilidades e em 1997 houve o processo da municipalização da gestão do sistema de saúde e Sorocaba optou por ser gestor pleno do sistema municipal de saúde.^{3,39} Isso implicou em ser responsável pela gestão de todos os níveis de atenção à saúde (da atenção básica até a hospitalar) desencadeando a reestruturação da SMS de forma a atender essa nova responsabilidade^H. Era preciso mudar o modelo de prestação de serviços de saúde. O município sozinho não teria condições de oferecer assistência com os serviços próprios que dispunha e foi preciso comprar e auditar serviços de terceiros e aumentar a rede própria, principalmente nas áreas de urgência e emergência e especialidades médicas. Também foi preciso caminhar na mudança do modelo assistencial centrado no médico para o modelo de "Vigilância à Saúde"^I.⁴⁰

A municipalização da gestão trouxe novas demandas e foi importante mola propulsora no aperfeiçoamento do PSA e, ao mesmo tempo, foi responsável pela sua desestruturação, na medida em que trouxe ao município a necessidade de direcionar seus esforços às novas responsabilidades assumidas neste processo. A equipe gestora do PSA, além da responsabilidade por aprimorar o programa, teve que dividir tempo e recursos com outras prioridades, entre elas a redução da mortalidade materna e infantil e a ampliação da rede de urgência e emergência e de especialidades médicas que competiam diretamente com a absorção de médicos disponíveis no mercado, reduzindo as equipes médicas da atenção básica.

^G Norma Operacional Básica de 1996 -A NOB/SUS 96 - publicada no DOU de 6/11/96, por meio da portaria n.º 2.203 e alterada pela portaria 1882 de 18/12/97- foi resultado de amplo e participativo processo de discussão. O foco central da NOB é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam. Esse marco se expressa, em especial, na finalidade da Norma: "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes...".O gestor municipal irá, por conseguinte, prover aos seus munícipes a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda, no qual se desloca poder (gestão), atribuições e decisões para o nível local do Sistema.³

^H Antes do processo de municipalização da gestão, a prefeitura era responsável apenas pela atenção básica e oferecia algumas consultas especializadas em oito especialidades médicas. A atenção secundária e hospitalar ficava sob gestão estadual.

^I O modelo de Vigilância à Saúde: O SUS trouxe novas responsabilidades para os municípios. Entre elas, a transição do modelo hegemônico médico-assistencial ainda direcionado ao assistencialismo e na doença para um novo modelo que vê o indivíduo de forma integral, dirigido às necessidades preventivas, curativas e de promoção da saúde, inserido num território aonde o sujeito mora, trabalha e se relaciona, denominado "Modelo de Vigilância à Saúde"⁴⁰ A Estratégia Saúde da Família tem a proposta de reorganizar a atenção básica para trabalhar neste modelo.

A necessidade de contratação de novos serviços de saúde ampliou o número de contratos com prestadores do SUS (terceirizados) e, para auditar esses contratos, foi necessário desestruturar o setor gestor que avaliava a “produção” das UBS/USF e direcionar os seus esforços à avaliação da produção e pagamento dos prestadores. Isto contribuiu com a falta de controle das ações desenvolvidas pelas unidades próprias do município, dificultando o trabalho de monitoramento da assistência que era de responsabilidade da equipe gestora do PSA.

No início do processo de gestão plena do sistema a SMS teve bastante dificuldade para assumir as novas responsabilidades e o município contratou uma empresa de consultoria^J para facilitar a mudança do modelo assistencial para vigilância à saúde e ajudar no processo assumido de gestão plena do sistema.³⁹ Esta consultoria, junto com técnicos da SMS, realizou a capacitação das equipes de gestores e a territorialização^K de todas as áreas de abrangência de UBS/USFs com mapeamento das situações de risco. Fruto deste processo, as UBS/USFs sistematicamente realizaram reuniões para elaboração de propostas de intervenção sobre as situações levantadas na territorialização pelas equipes das UBS/USFs e, posteriormente, foi necessário "criar" a figura do "supervisor de área" para apoiar esta política. Esse processo envolveu todos os trabalhadores da secretaria da saúde e o planejamento ocorria no nível central e nas unidades de saúde. Existia uma dicotomia entre as equipes da assistência que desejavam ser treinadas e trabalhar a mudança do modelo e alguns diretores e assessores da SMS que entendiam que a unidade não deveria "parar o atendimento" para ser capacitada. Essa dicotomia ainda perdura e reemerge em vários momentos deste processo até os dias atuais quando os gestores do PSA hesitam se "podem" suspender o atendimento para capacitar a equipe. Esta situação é reflexo da cultura do assistencialismo e do movimento da "Administração Científica", fundada por Taylor e seus seguidores.⁴¹

^JGestão Consultoria, Planejamento e Pesquisa S/C Ltda. Empresa de consultoria que trabalhava com a proposta de ajudar os municípios a desempenhar as responsabilidades assumidas no processo de municipalização da gestão do sistema de saúde.

^K Territorialização: ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência. O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância à saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde, com objetivo de atuar sobre as situações de risco.

Paralelamente ao esforço de assumir as responsabilidades impostas pela nova situação vivida pela SMS, em junho de 1997, um clínico ficou designado para fazer a gestão do PSA e, a partir de então, foi dado um enfoque diferente ao programa. Houve nova iniciativa de sistematizar o atendimento, elaborando um roteiro a ser seguido na anamnese e no exame físico. Para facilitar o acompanhamento dos pacientes, foram implantadas rotinas organizando o atendimento. Esta sistematização foi realizada junto com os médicos da rede básica e posteriormente (1998) foi somado à equipe gestora do PSA um nefrologista e um endocrinologista, ambos oriundos da rede básica.

O PSA foi estruturado com a valorização do enfoque "não medicamentoso". Era um momento em que o país se mobilizava para fortalecer o "Programa Saúde da Família" que valorizava a equipe e a atenção integral. Com a incorporação do nefrologista e do endocrinologista à equipe gestora, surgiu uma proposta de rever todo o programa, desta vez com o objetivo de aprimorar a abordagem com oferta de novas opções terapêuticas, sistematização do atendimento focando a prevenção destas doenças e priorizando os hábitos saudáveis. A SMS, na ocasião, não dispunha de muitas opções para o tratamento medicamentoso. Desde o começo havia preocupação em fazer o diagnóstico precoce das doenças e suas complicações e as orientações eram apoiadas nas diretrizes e consensos mais atuais à época.

A equipe do programa do adulto, com a ajuda de técnicos da Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Marília (pela experiência que tinham no assunto), realizaram um treinamento no ano 2000 para 100% das equipes médicas e de enfermagem da atenção básica. A capacitação foi realizada através de estudo de casos e aulas teóricas adaptados aos diversos profissionais de saúde das unidades e envolveu os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos. A escolha deste formato com discussão de casos se fez objetivando o "aprendizado significativo". Relatos sobre este treinamento estão mais detalhados nas entrevistas com "G1" e "G2" e não vamos nos aprofundar aqui para não tornar repetitivo.

O primeiro grande impacto negativo que o programa sofreu após a sistematização e treinamento que ocorreram no ano 2000 foi a perda de uma parte da equipe de enfermagem que já estava capacitada. Isso aconteceu porque, ao assumir a Prefeitura de Sorocaba em 1997, o prefeito demitiu novecentos

funcionários municipais por questões financeiras. Com a extinção dos cargos, a prefeitura ficou impedida de realizar concurso público por quatro anos e passou a contratar funcionários sem concurso público, em regime emergencial, através de vínculos empregatícios com duração máxima de dois anos. Esses funcionários com contrato temporário correspondiam a 35% da equipe de enfermagem que participaram do processo de territorialização e da capacitação do ano 2000 do PSA. Após dois anos os contratos venceram e grande parte destes funcionários não voltou a ser contratado porque não foi aprovada no concurso público.³⁹ Novos funcionários foram incorporados aos quadros funcionais da SMS sem a devida capacitação, comprometendo o desempenho do PSA.

O segundo impacto negativo sobre o desenvolvimento das ações de implementação e acompanhamento do PSA foi a mudança no processo de trabalho das equipes do nível central, com a incorporação dos "supervisores de área". Em 2002, foi designado um grupo de supervisores denominados como "supervisores de área", que ficaram sob minha coordenação e tinham por função acompanhar o trabalho das unidades e dar apoio às mudanças do modelo de assistência repensando as práticas assistenciais e os processos de trabalho junto com os coordenadores das UBS/USFs, consolidando o "Modelo de Vigilância à Saúde". Os problemas operacionais do programa, incluindo a quantidade de funcionários, entre eles médicos, ficava a cargo das equipes gestoras dos programas. A criação dos supervisores de área teve como efeito colateral o distanciamento das equipes gestoras dos programas das UBS/USF que passaram a atuar de forma fragmentada, sem ter a visão da UBS/USF como um todo. O trabalho dos supervisores de área também pressionava as equipes gestoras dos programas que se frustravam por não conseguir dar resposta à falta de funcionários em todas as áreas, principalmente médicos. Isso contribuiu com a mudança no foco do programa que se tornou menos técnico e mais administrativo.

O desenvolvimento das ações programáticas dividiam recursos (pessoal) com outras ações. O objetivo era trabalhar as ações programáticas em menor escala e fortalecer a visão integral do indivíduo. Isso enfraqueceu a importância do PSA. O novo modelo de vigilância à saúde exigia mais recursos para atividades externas à unidade, que não foram disponibilizados.

Em 2004 o nosso secretário da saúde foi candidato a prefeito e a Secretaria da Saúde tornou-se alvo de críticas. A prioridade dos supervisores era trabalhar junto à rede para reduzir possíveis problemas que pudessem comprometer a continuidade do processo de transformação do modelo assistencial em andamento. Nesta mobilização existia preocupação em garantir que não houvesse falhas no funcionamento das unidades e as equipes gestoras de nível central e local eram as principais artífices, pois aquele grupo não gostaria de ter sua imagem maculada no processo político.

O Secretário da Saúde foi eleito prefeito e neste cenário a equipe tinha o desejo de se estruturar melhor agora com mais apoio da máquina pública. Com as mudanças de secretário da saúde e de prefeito as ações passaram a ser direcionadas ao modelo de gestão e a discussão foi voltada ao trabalho multidisciplinar. Havia a necessidade de trabalhar com maior integralidade e as estruturas vigentes verticalizadas de "programas" não ajudavam nesse sentido. O PSA continuou sem receber investimentos em capacitação das equipes.

Em 2005 a cidade foi dividida em cinco regiões de saúde apenas operacionais, não houve uma divisão institucional formalizada por lei como acontece nos dias atuais. As equipes gestoras dos programas e as equipes de supervisão tiveram que se dividir para trabalhar nesta configuração regional, porém, ainda mantendo suas responsabilidades frente à organização do programa no nível central.

Parte da equipe não estava convencida de que o caminho era reduzir o papel das ações programáticas e fortalecer o cuidado integral. A adesão formal não acompanhou a adesão "de fato". Esse novo modelo organizativo precisava de investimentos em número de horas de supervisão e não recebeu. Isso contribuiu com o enfraquecimento das equipes dos programas que tiveram que assumir precariamente essa configuração. No decorrer dos próximos anos a atuação desta equipe alternava entre aproximar-se da rede básica, trabalhar com a responsabilização pelo território e fazer a gestão do quadro de funcionários. O monitoramento das atividades das UBS/USF e a capacitação das equipes foi insipiente devido à falta de supervisores para atuar neste modelo proposto.

Em 2009, o território foi dividido em seis regiões de saúde, agora com cinco Unidades Básicas em cada subdivisão. A ideia foi "copiada" do "Pacto Pela Saúde

2006”, substituindo o que seriam os municípios do “CGR” (Colegiado de Gestão Regional) por UBS/USF.¹⁹ O nome “Colegiado de Gestão” foi preservado porque trazia nas entrelinhas a sugestão de decisões compartilhadas e colaboração entre as partes. A divisão territorial partiu dos Coordenadores de UBS/USF que foram coautores no processo.

Para cada conjunto de dois Colegiados de Gestão havia o apoio de profissionais do nível central chamados de “Núcleos Técnicos”. Essa configuração se deu com objetivo de trazer o coordenador da UBS mais próximo do nível central e permitir trocas de experiências e ajuda mútua. Nos colegiados o coordenador tinha o mesmo status do supervisor - juntos - os coordenadores e os supervisores trabalhavam as questões de saúde da região, inclusive as relacionadas ao PSA. A Política Nacional de Educação Permanente foi fator motivador dessa configuração.⁴² Este desenho é o embrião da atual configuração do sistema de saúde de Sorocaba.

Neste período foi retomada a discussão sobre o papel de todos os programas. Estava claro que era um assunto mal resolvido a discussão do papel dos programas e também a aproximação “nível gestor central” com as “UBS/USFs”. Os programas atuavam propondo rotinas sem checar a viabilidade técnica com os recursos disponíveis nas UBS/USF e, em outros momentos, se omitiam de situações importantes que deveriam ser abordados.

Algumas equipes estavam bem estruturadas, outras não. A equipe gestora do PSA dividia suas ações em: hipertensão arterial e diabetes, Projeto Caminhada^L, acolhimento^M, asma no adulto e atenção ao idoso. Cada técnico era responsável por um “eixo” de ação e havia pouca articulação entre eles dentro do próprio programa.

^L O Projeto Caminhada apresentava como estratégia a criação de grupos de pessoas nas UBS/USF que se reuniam, no mínimo três vezes por semana, junto com um funcionário da unidade, para realizar 30 minutos de caminhada. O objetivo é estimular a prática da atividade física regular e a convivência.

^M Acolhimento: Essa estratégia é uma proposta de reorganização dos processos de trabalho das unidades para ouvir a clientela que a procura com demandas que não foram agendadas previamente e procurar atender de maneira oportuna de acordo com o tipo de necessidade. Fruto da dificuldade de acesso imediato às consultas na área de clínica médica, o prefeito estimulou a utilização de uma estratégia que aperfeiçoasse a utilização das consultas médicas envolvendo a equipe multidisciplinar. A estratégia do “acolhimento” foi desenvolvida com protocolos próprios que permitiam aumentar a capacidade de resolução dos casos mais simples pela equipe de enfermagem e, com isso, o cliente que buscasse a unidade teria atendido sua queixa no dia, sempre que possível e de acordo com a gravidade, evitando a busca por consultas nos Pronto-Atendimentos da cidade. Os casos que necessitavam de atendimento médico teriam “garantidos” nas agendas diárias dos clínicos, vagas para esse atendimento.

Havia problemas de integração entre os gestores das ações programáticas. Era comum uma equipe, com o objetivo de organizar seu processo de trabalho, implantar "novas rotinas" comprometendo horas de trabalho das equipes das UBS/USF que eram a mesma para desenvolver todas as ações programáticas, não existia discussão em conjunto. Na mesma época o principal compromisso político na área da saúde era reduzir a mortalidade infantil, por isso, as equipes das unidades acabavam priorizando o atendimento ao pré-natal e o materno-infantil, deixando, em alguns momentos, de desenvolver as ações do PSA por "falta de tempo". O mesmo enfermeiro responsável pela atenção ao adulto dividia as tarefas com o acolhimento, saúde da mulher, atendimento infantil e supervisão das equipes de enfermagem. Para fazer o enfrentamento, num primeiro momento, foi solicitado que os responsáveis pelos programas realizassem o diagnóstico com o levantamento dos indicadores de saúde da sua área e os recursos disponíveis para atingir as metas e apresentassem esse diagnóstico para os demais. Posteriormente foi discutido em cada grupo gestor de ações programáticas, qual era a missão, a visão de futuro, pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades; quais problemas deveriam ser enfrentados para garantir que cumprissem com a missão e chegassem aonde desejavam com a visão de futuro. A partir desta discussão foi traçado um plano de ação para cada programa de forma integrada, fazendo o planejamento em conjunto.

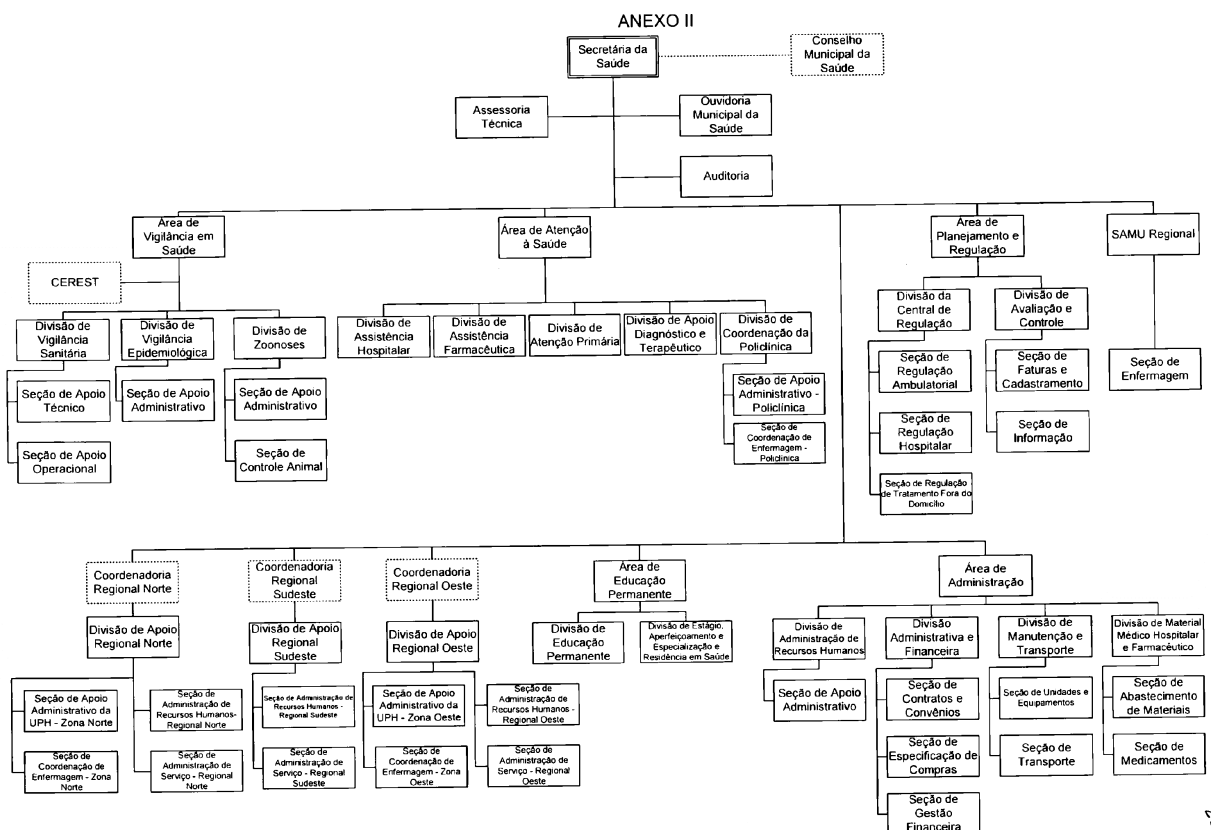
A discussão com o programa do adulto envolvia a ideia de que só organizar a rede para os programas isolados não garantiria a atenção integral ao adulto. Perguntávamos: o adulto adoecia somente de hipertensão arterial, diabetes e asma? Era preciso organizar vários pontos da atenção, inclusive a hipertensão e diabetes além de fortalecer a promoção da saúde. Fruto desta discussão surgiu a oportunidade de rever o protocolo para o tratamento destas doenças e foi feita uma parceria com a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP para este desafio. O programa do adulto estava desarticulado, era composto por pessoas extremamente capazes tecnicamente, mas, que não tinham momentos para alinhar o trabalho. Os horários de trabalho dos integrantes eram fragmentados e pouco coincidentes. Cada um "se especializou" numa parte do processo. O próprio processo de elaboração do novo protocolo ocorreu desta forma. Havia um protocolo médico e um da enfermagem com pouca integração dos documentos. Hoje, com um

olhar mais distante deste processo, observamos que faltou investir nas relações interpessoais deste grupo.

Como pano de fundo deste cenário surgia a questão da mudança de governo em 2013. Em 2012 ocorreu por novo processo eleitoral acompanhado das incertezas para o próximo ano. O candidato da situação foi eleito e trouxe consigo novos desafios para a SMS.

Iniciou-se outra gestão com novas ideias sobre as questões do modelo de assistência. Até a elaboração do projeto desta dissertação (abril e maio de 2012) não sabíamos qual seria a proposta do novo governo e já tínhamos consciência de que seriam necessárias algumas adaptações na pesquisa. Somente em 3 de outubro de 2013 a prefeitura aprovou a Lei Ordinária Municipal nº 10.589 que trouxe a reforma administrativa para a nova gestão e a propositura atual de organograma da SMS em seu anexo II.

Figura 2 - Recorte do Anexo II da Lei Ordinária Municipal nº 10.589 de 3/10/2013 com o organograma da SMS de Sorocaba apresentado na reforma administrativa.



Em 2013, com a mudança no governo, a nova administração propôs o fortalecimento da atenção integral e o processo de regionalização do município. Isso implicou em descentralização da gestão e das ações programáticas. As ações programáticas, como estavam organizadas, deixaram de existir sendo substituídas pela atenção integral do indivíduo com fortalecimento da atenção primária em saúde que envolve a atenção básica, atendimento de urgência e emergência e atendimento das especialidades.

O atendimento programático continuou acontecendo nas UBS/USFs, porém a gestão do PSA, dos outros programas e os treinamentos passou a ser de responsabilidade das equipes dos "Colegiados"^N, agora integrando essas ações. Esta organização extinguiu a estrutura centralizada de gestão do PSA, ficando exclusivamente sob responsabilidade dos Colegiados.

A cidade manteve as seis regiões de saúde que já possuía preservando inclusive os nomes dos "Colegiados". Nesta proposta de regionalização do município, o enfoque foi fortalecer as regiões com envolvimento das outras secretarias. As Secretarias da Educação, de Meio Ambiente e de Cidadania passaram a utilizar a mesma divisão territorial da SMS.

O novo Secretário Municipal da Saúde propôs a criação do CAIS (Centro de Assistência Integrado em Saúde) com objetivo de descentralizar ao máximo a assistência e atender as demandas em locais mais próximos à residência do munícipe, trazendo para os Colegiados as especialidades médicas mais requisitadas. Desta forma, Sorocaba passou a oferecer de forma regionalizada, consultas médicas de especialidades que tem alta demanda e baixa agregação tecnológica sendo possível realizar o atendimento nas UBS/UFS. O horário de funcionamento de algumas unidades tem sido ampliado também para facilitar o acesso ao trabalhador. Cada colegiado tem no mínimo um CAIS e se pretende ampliar este número até o final desse governo. As unidades de urgência e

^N Os "Colegiados", atualmente seis, são responsáveis pela gestão das ações de saúde no território municipal. É composto por técnicos da área administrativa, das "vigilâncias" (epidemiológica e controle de zoonoses), da assistência e da gestão. São responsáveis por discutir, planejar e implementar as ações de saúde da sua região, envolvendo os serviços públicos de saúde e articulando com serviços privados, ONGs e outras secretarias municipais que atuam naquele território sob sua responsabilidade. Cada Colegiado, guardando as devidas proporções, é como se fosse uma "mini secretaria da saúde" no que tange o planejamento e execução das ações.

emergência, as ações de vigilância epidemiológica e de zoonoses também ficaram sob responsabilidade dos Colegiados.

O Plano de Governo da administração atual aponta para a construção de um Hospital Público em parceria com as outras esferas de governo e com a iniciativa privada. Existe a intenção de fortalecer as "linhas de cuidado", ou seja, garantir cuidado a tudo o que se relaciona a determinada área prioritária nos diversos níveis de atenção à saúde, p. ex. cuidado à criança no primeiro ano de vida. Deverão também ser construídas novas unidades básicas de saúde, todas trabalhando na ESF, novas unidades pré-hospitalares (UPH) e unidades de pronto atendimento (PA).

Na área de psiquiatria o município está investindo na “desospitalização” dos pacientes com a implantação de residências terapêuticas e regionalização dos serviços de saúde mental.

Na área da gestão a proposta é ampliar as parcerias público-privadas e fortalecer o processo da gestão com a “contratualização”^O dos serviços.

Também foi criada, na SMS, uma Área de Educação em Saúde, responsável pela “Residência Multidisciplinar” e ações de capacitação dos trabalhadores da saúde do município. Mesmo com a existência desta área, a capacitação das equipes continua também sob responsabilidade dos Colegiados e deve ocorrer preferencialmente nos moldes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.⁴² Esta área, em parceria com instituições de ensino, está implantando a Residência Multiprofissional contribuindo com a formação de profissionais preparados para atuar no SUS. A Câmara Municipal de Sorocaba aprovou a lei elaborada pelo poder executivo municipal (Lei nº 10.578/2013) onde ficou instituído o Sistema Municipal Saúde Escola - SMSE do Município de Sorocaba, composto pelos serviços de saúde próprios do Município em parceria com instituições de ensino e serviços de saúde.⁴³ Com essa lei, todas as unidades de saúde da Prefeitura de Sorocaba passam a funcionar como campo de estágio para a formação de profissionais de saúde.

^O Contratualização: expressão que vem sendo utilizada para denominar um conjunto de regras ou acordos negociados entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços para o SUS onde se estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.⁴⁴

Em sua totalidade, os serviços de saúde apresentam a seguinte composição (janeiro de 2014): trinta e uma UBS sendo cinco com ESF; três Unidades Pré-Hospitalares, três Unidades Mistas (UBS e Pronto Atendimento); um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; um Pronto Socorro Municipal (Santa Casa de Sorocaba); uma Policlínica Municipal; um Ambulatório de Saúde Mental e 11 Centros de Assistência Psicossocial; um Serviço de Assistência Municipal Especializado; o Centro de Orientação e Apoio Sorológico; Programa de Atendimento aos Acamados; um Laboratório Municipal de Análises Clínicas; um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; serviços de Vigilâncias Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Zoonoses. Cada um destes serviços é gerenciado por um Coordenador de Unidade de Saúde responsável pela administração técnica, pessoal e organizacional de sua equipe. Contudo, as conexões efetivas entre eles são ainda incipientes e os Colegiados têm a missão de fazer a coordenação, articulação e integração entre eles.

O processo histórico relatado serve como pano de fundo para entender as informações coletadas nas entrevistas. O que passa no imaginário das pessoas pode interferir no sucesso de implementação de novas rotinas e protocolos e tem relação estreita com as experiências aqui relatadas. Max Weber⁴⁵ remete a importância da compreensão das ideias e de sua eficácia na configuração da sociedade e introduz a história como construtora de especificidades e de determinações importantes neste processo como já observei anteriormente.

A estrutura centralizada de gestão do PSA deixou de existir e surge o Colegiado como principal responsável por garantir a atualização e a utilização dos protocolos. Seria irresponsável elaborar uma proposta de atualização e implantação do protocolo sem compreender melhor as dimensões envolvidas e foi preciso entender qual era a conjuntura e desafios na época da implantação do protocolo vigente e o momento atual. Analisamos as entrevistas com gestores, médicos e Colegiado, para propormos os subsídios norteadores para a implantação de um protocolo atualizado, que possa contribuir com a organização do PSA, integrado com as outras ações programáticas.

6.4 Resultados das entrevistas com o grupo “Gestores”

O texto a seguir relata exclusivamente as opiniões do grupo "Gestores" e as considerações do pesquisador estão como nota de rodapé. Como pesquisador, fiz o esforço de ficar distante para relatar apenas a opinião do grupo (o que foi difícil em alguns momentos por já ter feito parte deste grupo). Para posterior análise à luz do nosso referencial teórico, é necessário ressaltar que as entrevistas deste grupo (e do grupo médicos) foram realizadas antes de existir os Colegiados atuais, momento no qual a gestão do PSA era centralizada nas equipes do nível central da gestão da SMS. Como já dissemos na metodologia, mas vamos repetir para lembrar o leitor, os dois médicos ex-gestores (G1 e G2) foram os principais artífices da implantação do protocolo vigente no ano 2000 e como clínicos de UBS em 2012 estavam tendo oportunidade de vivenciar a prática da proposta que elaboraram. O outro médico (G3) era o gestor do programa no início de 2012, teve a iniciativa de convidar a universidade para a atualização dos protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus e participou com os professores da FCMS-PUC/SP na atualização. No ano 2000 este médico trabalhava como clínico geral de uma UBS e participou do processo de capacitação como médico. O quarto entrevistado (G4) foi um enfermeiro que assumiu a gestão do PSA no segundo semestre de 2012 e não participou da elaboração e implantação do protocolo vigente, mas era responsável pela gestão do programa. Acreditamos que ele poderia contribuir com informações atuais sobre as características do PSA e as dificuldades enfrentadas, além de fornecer uma visão "não médica" do processo. O texto a seguir foi elaborado a partir das ideias centrais das análises das entrevistas realizadas com estes gestores e suas falas mais significativas. É importante deixar claro que o objetivo ao entrevistar o grupo foi buscar elementos que nos mostrem detalhes ainda não registrados do processo histórico do PSA, como foi a implantação do programa vigente e quais dificuldades operacionais na gestão e na execução. O roteiro das entrevistas está no APÊNDICE B e a transcrição na íntegra está no APÊNDICE C. Dois entrevistados, G1 e G2, responderam também enquanto médicos atuando nas UBS/USFs e esta parte das entrevistas foi agrupada com as entrevistas do grupo Médicos e não fazem parte do relato a seguir (grupo Gestores). Na transcrição das falas dos três grupos, as explicações do entrevistador aparecem entre colchetes.

O que disseram os gestores:

De acordo com o grupo "Gestores", o PSA é organizado com foco na atenção sistematizada do paciente hipertenso e diabético. Foram desenvolvidas versões do programa com objetivo de aprimorá-lo para chegar ao estágio atual. Em 1997 foi elaborada a primeira versão do programa a partir de reuniões que envolviam o gestor do PSA e alguns médicos das UBS. A primeira versão apresentava uma estruturação da história clínica e do exame físico do paciente, sem padronização da medicação e de impressos. Foi implantada em 100% das UBSs. A sistematização inicial do programa gerou resistência por parte de alguns profissionais médicos devido ao aumento na carga de trabalho. A abordagem dessa resistência foi mostrando aos profissionais a importância do programa, deixando claro que seria definitivo e que seria melhor para o paciente. Posteriormente o processo de informatização dos dados através do Programa HiperDia^P facilitou o mapeamento das unidades e profissionais que não estavam aderindo ao programa e permitiu uma abordagem direta da equipe gestora.

Os gestores ainda relatam que antes do programa o atendimento não era sistematizado e esses pacientes ocupavam mais de 50% da agenda. O atendimento programático, por ser repetitivo, fazia com que alguns médicos não gostassem de atender esses pacientes e o trabalho nas UBSs acabava sendo dividido de acordo com o perfil do médico. Quem era mais envolvido com os problemas da saúde pública pode aproveitar melhor o programa. Após um ano, o coordenador do PSA sentiu a necessidade de avaliar a proposta inicial do programa e, em 1998, os médicos foram chamados para opinar. A receptividade dos profissionais da rede foi positiva e a partir desta experiência foram convidados especialistas das UBSs, que trabalhavam como clínicos, para fazer parte da equipe gestora da SMS para aprimorar e implantar novas versões desta política pública de saúde. Nesta ocasião foram incorporados à equipe gestora um nefrologista e um endocrinologista.

G2: "[...] foi feito um conjunto de reuniões onde foi pensado numa estratégia primeiro em conversa com os profissionais [médicos], [...] opinião sobre quais medicamentos deveriam ser usados..."

^P Política pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde que permitia o monitoramento dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes, através do cadastro dos pacientes e dos atendimentos realizados em software desenvolvido pelo DATASUS, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma sistemática, garantindo insumos a todos pacientes cadastrados e acompanhados.

G1: “[...] eu era médica clínica da UBS. Nós fomos chamados para uma reunião e o programa foi apresentado [...] tinha uma estrutura de história clínica que a gente tinha que cumprir, exame físico, [...] naquela época não tinha uma medicação padronizada como hoje [...] e depois nós fomos chamados novamente para dizer o que nós achávamos do programa...”

Eles relatam ainda que em 1999 o programa foi reavaliado pela equipe agora composta também por especialistas das UBSs convidados para conduzir esse processo. Percebeu-se que a cobertura do programa no município era muito baixa – em torno de três mil pessoas cadastradas^Q entre hipertensos e diabéticos que estavam acompanhando nas 26 UBSs existentes. Provavelmente havia muitas pessoas com hipertensão arterial e diabetes sem tratamento. A estratégia inicial para aumentar a cobertura foi “sensibilizar” os coordenadores das UBSs mostrando com o cálculo de prevalência, o quanto a cobertura estava baixa.

G1: “Vim para cá, mais ou menos 98, 99 [...] fizemos inicialmente, uma avaliação de quantas pessoas havia inscritas no programa. Tínhamos um total de três mil pessoas inscritas, era super baixinho, tanto de hipertensos quanto de diabetes; a cidade na época tinha mais ou menos quatrocentos mil habitantes, [...] na época eram 26 unidades de saúde e a gente fez todo o trabalho para estimar a população adulta do local e fazer os cálculos de prevalência de hipertensão e diabetes, e mostrar para o coordenador: “olha quantas pessoas você ainda tem para o seu programa de hipertensão e diabetes.”

Outra estratégia foi de “sensibilizar” as equipes através de uma série de palestras com “*experts*” no assunto, reconhecidas nacionalmente (Prof. Nabil Ghorayeb e Prof. Joel Heimann). Destacou-se a importância da atividade física como método de prevenção e tratamento da hipertensão arterial e diabetes entre outros temas. Existiu um cuidado especial neste treinamento – foi escolhido um ambiente universitário para ministrar o treinamento e como havia a preocupação de se discutir a importância da alimentação saudável, os lanches oferecidos também eram “saudáveis”- lanches naturais e sucos de frutas. Era uma maneira diferente de receber o pessoal e valorizar a abordagem. Segundo os gestores, foi nesta ocasião que surgiu o Programa Caminhada, uma iniciativa bem sucedida para incentivar a atividade física, tendo como referência um auxiliar ou técnico de enfermagem de “cada” UBS.

^Q A população total de Sorocaba era de 466.825 habitantes (IBGE), logo, deveria existir um número muito maior de pessoas cadastradas como já explicamos no item: “Levantamento do número de inscritos no PSA”.

Os gestores falaram que como as reuniões de sensibilização não foram suficientes, decidiram fazer um treinamento, que teve a duração de um ano, envolvendo todos os profissionais das UBS/USFs que realizavam atendimento aos hipertensos e diabéticos – auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Os auxiliares de enfermagem tiveram 30 horas de treinamento, os enfermeiros 24 horas e os médicos 8 horas. Esse treinamento foi realizado aproveitando a experiência “de quem já fazia”. Por isso, no ano 2000 os gestores de Sorocaba foram buscar apoio da equipe da Regional Estadual de Saúde de Marília (DRS Marília). Segundo os gestores o saldo do treinamento foi positivo apesar de ter sido cansativo.

G1 [na época gestor]: “[...] foi feito um grande treinamento que durou um ano e que envolveu todos os profissionais das unidades básicas de saúde. Então nós tivemos o auxiliar de enfermagem que teve trinta horas de treinamento, a enfermeira que teve vinte e quatro horas de treinamento e médico que teve oito horas de treinamento [...] o formato do treinamento foi “igual” para todos os profissionais...”

G3 [na época médico da rede]: “[...]foi um longo período que a gente se encontrava várias vezes, repetidas vezes num curto período de tempo. Uma imersão no treinamento para o acompanhamento de doenças crônicas [...] havia entre uma palestra e outra umas dinâmicas de grupo para “desestressar” um pouco, para aliviar um pouco. Era relaxar e voltar pro estudo. O saldo foi muito positivo.”

Esse treinamento foi realizado com a discussão de casos e reflexão sobre a prática diária. A discussão de casos clínicos era adaptada para cada público alvo (auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) e o enfoque foi discutir que somente a abordagem medicamentosa não era suficiente para o tratamento dessas doenças. O treinamento foi ministrado por especialistas que já trabalhavam na prefeitura de Sorocaba – endocrinologistas, nutricionistas, nefrologistas, cardiologistas e clínicos. Foram discutidos os fatores de risco presentes nestas doenças – obesidade, sedentarismo, *stress*, dislipidemia e outros. Focou também a nutrição saudável e outros fatores comportamentais importantes na abordagem do indivíduo com hipertensão e diabetes. Após todos esses temas serem discutidos as equipes das unidades eram convidadas a refletir como deveriam então abordar esses pacientes a partir daquele momento. Foi elaborado então um novo protocolo para o atendimento tomando como base as diretrizes nacionais para a abordagem dessas doenças.

G1: “[...] e por último nós discutíamos o mesmo caso, que discutimos no começo, de hipertensão e diabetes, agora com todo este conhecimento que o pessoal tinha adquirido, como eles se comportariam frente a este mesmo caso [...] não só medicamento, tinha que orientar as pessoas na alimentação saudável, [...] fizemos um protocolo [...] já tínhamos um de noventa e seis, mas, nós fizemos um outro protocolo, baseado, se eu não me engano, no segundo consenso brasileiro de hipertensão arterial ...”

Foram elaborados impressos com a coparticipação das equipes das UBS/USFs e o programa estruturado que existe hoje (2012) na rede de atenção básica foi colocado em prática. Houve o cuidado de elaborar impressos que fossem de fácil preenchimento, porém completos.

Ainda segundo os gestores, o programa ao ser implantado, logo produziu impacto epidemiológico, pois permitiu identificar a população alvo que até então era desconhecida. Vários grupos de caminhada foram formados e criou-se, nestas equipes, uma cultura da atividade física como promoção de saúde. Na época, havia um envolvimento pessoal do secretário da saúde e do próprio prefeito que valorizavam essas ações incentivando a prática da atividade física regular. O Projeto Caminhada orientava e estimulava as pessoas a caminhar 30 minutos por dia e a manter essa atividade física como modo de prevenção e tratamento de doenças. Os gestores afirmam que, em 2012, este programa tinha mais de 1.500 pessoas inscritas que aderiram ao programa e faziam caminhadas regularmente com o acompanhamento de um monitor da UBS (habitualmente da equipe de enfermagem) pelo menos três vezes por semana e mais duas vezes por semana sem acompanhamento de funcionários da UBS. Ressaltam que seria importante na equipe a presença do educador físico para orientar os praticantes.

G1: “[...] outro programa que aconteceu foi o projeto caminhada em que orientávamos as pessoas a caminhar 30 minutos [...] Esse projeto vingou com certeza, tem pelo menos 1500 pessoas inscritas nesse programa que fazem a caminhada com acompanhamento da UBS pelo menos três vezes por semana e a gente orienta que eles façam cinco vezes, mais dois dias da semana sem acompanhamento.”

G2: “[...] acompanhamento com educador físico [...] precisa junto com ela uma pessoa que ensine a fazer alongamento, que brinque com o pessoal, que bote uma música naquela praça central... é fundamental aprender a alongar [...] resolveria metade dos problemas [de dores osteoarticulares]...”

Foi elaborada uma abordagem de alimentação saudável que envolveu muitas pessoas e acabou não sendo incorporado na rede de atenção. Esse programa

ocorreu em parceria com universidades em algumas unidades. A SMS não teve no seu quadro nutricionistas e continuava não tendo em 2012, esses profissionais eram emprestados da Secretaria da Educação. As universidades desenvolviam seu trabalho durante o período letivo de forma pontual sem maior comprometimento com o programa e envolvimento com as equipes de saúde, dificultando a continuidade.

G1: "Eu acho que nós tivemos grandes avanços, nós conseguimos fazer um programa de orientação de alimentação saudável mas que infelizmente não foi pra frente, era muito bem estruturado, envolveu muitas pessoas, mas acabou."

No entendimento dos gestores, num primeiro momento, o impacto da implantação do PSA vigente foi intenso, depois foi ficando mais lento. O ritmo de ampliação da cobertura foi reduzindo e o número de casos novos diagnosticados também. O programa em 2012 estava num estágio onde a sua aceitação na rede já tinha sido incorporada. Eles relatam também que às vezes, pela vontade de melhorar ainda mais o programa, as equipes gestoras acabam criando regras que dificultam o processo de trabalho.

G3: "[...] É muito mais difícil depois de se ter conseguido grandes resultados conseguir pequenos resultados a partir daí, porque a gente já parte de um resultado muito bom ou pelo menos um resultado muito melhor [...] Em relação aos programas de diabetes e hipertensão hoje estamos nesse estágio onde o sistema já incorporou a necessidade do controle [...] mais, às vezes, a gente passa um pouco da mão, porque querendo aperfeiçoar, cria regras que às vezes complicam.

Os gestores afirmam que o grande desafio encontrado ao longo dos anos no programa foi a rotatividade e a falta de profissionais em todas as áreas da saúde, principalmente médicos, e a baixa capacidade da SMS de treinar de maneira oportuna os novos funcionários. As equipes gestoras ao longo desses anos têm privilegiado o trabalho na manutenção do atendimento à população^R, devido à escassez de profissionais. Como reflexo da escassez de médicos, os esforços eram direcionados ao fortalecimento do acolhimento, onde priorizavam o acesso de forma proporcional ao risco do paciente, qualificando a demanda e racionalizando a ocupação das consultas médicas. Ainda segundo os gestores, a canalização das energias para esses problemas tem roubado o foco do aprimoramento do programa. Referem que a falta de médicos sempre existiu, mas, atualmente está pior. Quando foi implantado há 20 anos, o programa de atenção ao adulto dispunha de mais médicos do que atualmente, considerando a proporção médico / população alvo.

^R Na cobertura das escalas médicas e ao acolhimento

Afirmam que faltam médicos para atender as doenças crônicas na rede pública de Sorocaba. A prefeitura tem se esforçado para contratar, mas não há interesse por parte dos médicos. A necessidade de atendimento das demandas agudas pela atenção básica contribui com a piora deste quadro. As estratégias escolhidas pela SMS para promover uma aproximação maior do nível gestor central com as unidades também acabaram dificultando o processo de aprimoramento do programa. A SMS dividiu a cidade em cinco regiões de saúde^S e a equipe gestora central se dividiu nessas regiões com o objetivo de fortalecer a aproximação das UBS/USFs. Essas equipes passaram a se dedicar a todos os programas de saúde, porém, não foram ampliadas - foi uma tentativa de fazer mais com o mesmo. Os gestores passaram a acumular responsabilidades e essa situação estava gerando desgastes nas equipes gestoras.

G3: "[...] Eu já passei, [...] por várias tentativas de fazer esta aproximação e sempre esbarramos na velha dificuldade de recursos humanos [...] dividimos a cidade, [...] com um representante de cada área de atenção à saúde em cada uma, aproximando a área meio da área fim [...] o PSA até se envolveu nas atividades de outras áreas de atenção para fazer valer a ideia de que o representante do nível central deveria conhecer todas as áreas para levar uma informação de mais qualidade para a ponta. [...] as outras áreas não [...] é uma ideia boa, que é possível melhorar, mas que a quantidade de RH não tem sido suficiente para aquilo que se propôs inicialmente."

Relatam ainda que desde a implantação houve vários avanços quanto à disponibilidade de medicamentos como a introdução do captopril e da insulina humana em substituição à de porco na rede de atenção primária. Mais recentemente o Programa Farmácia Popular^T do Ministério da Saúde disponibilizou novas classes terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

^S No tópico processo histórico já foi relatado mais detalhes deste momento.

^T O Programa Farmácia Popular do Brasil é uma iniciativa do Governo Federal que tem objetivo de ampliar o acesso de toda população aos medicamentos cumprindo uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. As farmácias conveniadas contam com um elenco de 112 medicamentos, mais os preservativos masculinos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo representando uma redução de até 90% do valor de mercado. A condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas farmácias, neste caso, é a apresentação do CPF juntamente com uma receita médica ou odontológica. No Brasil, a hipertensão arterial é diagnosticada em cerca de 33 milhões de brasileiros. Destes, 80% (ou aproximadamente 22,6 milhões de hipertensos) são atendidos na rede pública de saúde. Entre os 7,5 milhões de diabéticos diagnosticados no país, seis milhões (o equivalente a 80% do total) recebem assistência no SUS. Dessa maneira, em fevereiro de 2011 foi lançada a campanha Saúde Não Tem Preço (SNTTP), após um intenso trabalho de articulação do Ministério da Saúde com produtores e distribuidores da

G3: "O fato de estar disponível na rede a maioria dos medicamentos para hipertensão e diabetes é muito bom [...] estão disponíveis no Programa Saúde Não Tem Preço do Governo Federal, nas farmácias, e sem custo para o paciente."

Segundo os gestores, apesar das políticas para ampliar a oferta de medicamentos do Governo Federal, ainda é preciso aprimorar, pois faltam disponibilizar aos pacientes da rede pública medicamentos para alguns casos específicos e de maior dificuldade no controle da pressão arterial e da glicemia. Outra observação dos gestores é que a dificuldade (burocracia) no processo para prescrever e receber o medicamento da "farmácia de alto custo"^U dificulta a adesão do médico e do paciente. Pensando sobre o momento da implantação do PSA vigente e o momento atual afirmam que a oferta de medicamentos ainda deve ser melhorada e a burocracia para retirada do medicamento deve ser reduzida para melhorar a adesão.

G2: "[...] poderiam disponibilizar o "Puran"! [...] Sinvastatina e o Bezafibrato são oferecidos de uma forma tão complicada, tão complexa [...] o indivíduo tem que preencher um monte de papeis, tem que ir uma vez por mês pra pegar [...] isso só atrapalha [...] Tudo que complica impede a adesão do paciente "

Segundo os gestores, o protocolo inicial partia do princípio que realizar um bom controle da pressão arterial e da glicemia associados às práticas saudáveis de estilo de vida iriam contribuir com a redução das complicações dessas doenças, porém, não tinham rotinas de rastreamento das complicações. A preocupação com a doença renal não fazia parte do protocolo inicial do programa (apesar do controle adequado dessas doenças contribuírem com a prevenção). Mais recentemente foi implantado o programa de detecção da doença renal em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP com protocolo específico. O

Indústria Farmacêutica, com o objetivo de viabilizar a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil, beneficiando os brasileiros hipertensos e diabéticos, além de ajudar no orçamento das famílias mais humildes que comprometem 12% de suas rendas com medicações. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/9678-farmacia-popular-do-brasil>. Acessado em: 25 de abril de 2014.

^U A Assistência Farmacêutica Especializada fornece gratuitamente os medicamentos destinados ao tratamento de doenças específicas, seguindo a orientação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Os medicamentos da Assistência farmacêutica Especializada são popularmente conhecidos por "Medicamentos de Alto Custo" e são dispensados pelo SUS mediante protocolos que exigem o preenchimento de impressos próprios e a solicitação de exames especializados e são dispensados em poucos locais ("Farmácias de Alto Custo").

treinamento do ano 2000 já chamava a atenção para as complicações apesar de não ter uma abordagem sistematizada na época.

G1: "[...] nós falávamos da possibilidade de insuficiência renal, mas como protocolo nós não tínhamos esta preocupação."

G2: [à respeito do diagnóstico precoce das complicações] "Talvez não como hoje, mas já tinha essa visão de você diminuir o número de internações, melhorar a situação e o controle da medicação [...] isso houve, com certeza houve."

Os gestores afirmam que um dos maiores problemas enfrentados pela Secretaria da Saúde estava na capacitação das equipes devido à rotatividade de profissionais, principalmente médicos, e pela dificuldade de realizar treinamentos tanto no horário de trabalho como também fora do horário de trabalho. Para alguns gestores, o quadro de médicos insuficiente dificultava a paralisação do atendimento porque já existia uma demanda reprimida e parar o atendimento para capacitar o médico implicava em dificultar mais ainda esse acesso.

G3: "[...] hoje o médico não tem recebido treinamento, outras categorias da UBS sim, porque não se pode parar o atendimento para treiná-lo."

Defendiam também que era preciso tirar o médico da UBS para treinar, mesmo que para isso o atendimento ficasse comprometido, caso contrário, o programa seria prejudicado. O médico não estava sendo treinado nem no momento da sua contratação.

G3: "[...] Temos treinado o corpo de enfermagem, os administrativos [...] até os coordenadores têm tido oportunidades de treinamento, na esperança de que os conhecimentos possam ser distribuídos quando estes profissionais retornam para as suas unidades. [...] não tem sido efetivo em relação aos profissionais médicos [...] É preciso entender que o médico tem que sair da linha de frente para treinar e nós não estamos conseguindo fazer isso sequer no momento da sua contratação."

Após a atualização do protocolo no ano 2000 não teve mais qualquer treinamento abrangente do PSA como a anterior. Por outro lado houve grande remodelação da equipe - após doze anos - muitas pessoas que passaram por aquele treinamento não trabalham mais na rede básica.

G1: "Olha, nós fizemos o treinamento e depois de um ano metade do pessoal foi embora porque era um pessoal contratado, [...] houve uma grande remodelação da equipe [...] Nós tivemos atualização do protocolo, mas nunca houve depois disso uma grande reunião que nós conversássemos com os clínicos [...] de doze anos pra cá não teve nada."

Como estratégia, a SMS optou por realizar o treinamento dos novos médicos no momento da contratação, sempre que possível, mas segundo os gestores, isso se mostrou ineficaz e deixou de ocorrer devido à alta rotatividade de médicos. No momento da contratação, o médico recebia informações de várias atividades da prefeitura, além da rotina do PSA, era uma capacitação rápida direcionada aos vários temas administrativos e operacionais do serviço público junto com as questões técnicas e os protocolos. Alguns médicos que eram admitidos em regime de contrato temporário - não concursados - habitualmente não recebiam esse treinamento de entrada.

G1: "Nós procuramos fazer no treinamento de entrada [...] é uma parte de um treinamento geral que fala tudo da prefeitura, [...] então ele é uma parte assim muito pequena, umas três horas no máximo [...] tenho que falar da hipertensão, diabetes e do protocolo da asma [...] quando o profissional que vem com contrato temporário CLT emergencial a gente não tem como fazer esse treinamento, ele entra trabalhando direto."

G2: "Não houve treinamentos sobre o HiperDia, hipertensão e diabetes. – Somente sobre complicações renais e vasculares, porém, não desenvolvidas pela prefeitura – foram as videoconferências do Ministério da Saúde [...]"

G3: "Ele é contratado pelo serviço e quando muito a gente entrega o material pra ele estudar em casa [...]"

G4: "[...] minimamente o que o profissional recebe de capacitação, ao ingressar na rede básica é uma orientação sobre os protocolos existentes na rede [...] É uma orientação mínima para que ele tenha conhecimento do que está preconizado pela SMS [...]"

Outras estratégias para capacitação foram utilizadas como o envio de informes e protocolos, treinamentos presenciais só foram realizados para o pessoal não médico. O objetivo era que o médico, quando contratado, pudesse iniciar imediatamente o trabalho dentro das rotinas das UBS/USF. Outra estratégia foi a realização de "oficinas de discussão e planejamento" nas UBSs utilizadas para treinamento das equipes. Surgiu aos moldes da Educação Permanente, e a equipe do nível central tinha o papel de promover a discussão e o planejamento na UBS direcionando para temas específicos como acolhimento, programa de hipertensão e diabetes, mortalidade infantil, dengue e outros.

G4: "[...] em relação à saúde do adulto quanto à capacitação, [...] atualização dos profissionais através das oficinas, que a gente acaba fazendo treinamento in loco na unidade para reorganizar o programa, bem como, o acolhimento."

Segundo os gestores, as oficinas ocorreram em função da necessidade de implantar a “Estratégia do Acolhimento” que foi a mola propulsora destas oficinas. As unidades que apresentavam problemas foram priorizadas. Para ocorrer o acolhimento era preciso ter vagas livres nas agendas dos clínicos. Como o programa do adulto ocupava a maior parte das vagas era fundamental organizá-lo para que isso ocorresse e para isto era realizado um planejamento prévio com levantamento de possíveis dificuldades para a realização da oficina. Nas oficinas eram apresentados às equipes: a) o protocolo; b) as rotinas; c) o papel e a importância dos membros da equipe; c) a importância do atendimento; d) como estavam os indicadores da UBS/USF; e) o que estava avançando; f) as oportunidades de melhoria; e g) a cobertura do programa. Os profissionais participavam bastante. O direcionamento estava na organização dos processos de trabalho para reduzir a agenda médica, priorizando a atenção para os pacientes de maior risco, o fortalecimento do autocuidado e da abordagem multidisciplinar. Também deixavam claro que numa intercorrência aguda o paciente deveria ser priorizado no atendimento, independente do risco que ele estivesse classificado.

G4: “[...] são realizadas algumas visitas na unidade antes que ela [oficina] aconteça, para identificar os possíveis problemas, reclamações, dificuldades de equipe. A gente conversa com o coordenador, com os enfermeiros, muitas vezes com os médicos, quando existe essa possibilidade, antes dessa oficina acontecer [...] a equipe técnica de saúde do adulto faz a apresentação do protocolo, de como são os agendamentos, o atendimento em si, a função da equipe multidisciplinar, a função de cada um, a importância do atendimento, comenta-se também sobre os indicadores, [...] o que precisa avançar, a questão da cobertura, o pessoal tem bastante dúvida também nessas reuniões, mas, eles participam bastante [...]

Os gestores reconhecem que seria importante que todas as unidades passassem por esse processo, mas devido às limitações do quadro de funcionários do nível central (e das UBS/USFs) a prioridade foi para as unidades que os gestores consideravam “problemáticas”^V. As capacitações “para a equipe inteira de uma UBS/USF”^W foram se tornando mais raras devido ao período eleitoral. Os treinamentos foram “interrompidos” porque não podia haver reclamações de falta de atendimento nas unidades! Relatam também que se os médicos fossem retirados do serviço para serem capacitados, não haveria médicos disponíveis para atender as

^V Na entrevista não foi apresentado um critério objetivo para classificar a unidade como problemática.

^W Neste caso quando os gestores referem: “capacitações para uma equipe inteira de uma UBS/USF”, estão se referindo às “oficinas de discussão e planejamento”.

agendas. O último treinamento para todos os clínicos era o de "prevenção da doença renal" em 2011. Em 2012 a equipe do nível central do PSA havia planejado treinamentos e não puderam efetuar por causa do contexto eleitoral. A prioridade era oferecer consultas médicas e não capacitar as equipes. O contexto político dificultou o processo capacitação das equipes.

G4: " [...] a gente investiu bastante nas unidades com a implantação do acolhimento, não tem como falar em acolhimento se não reorganizar a saúde do adulto, [...] evidentemente que todas as unidades precisam ser capacitadas no protocolo de saúde do adulto e acolhimento."

G4: "[...] devido a esse período que a gente começou a viver desde o começo do ano (ano eleitoral) é [...] estamos com dois treinamentos parados por "n" motivos e também pela situação atual do RH [falta de] de médicos, nós estamos com dificuldade de tirá-los da rede para fazer algum treinamento por conta de não ter quem assuma a agenda, [...]"

Os gestores afirmam que não existia uma rotina de monitoramento do trabalho dos médicos e isso, na opinião deles, foi uma grande falha do PSA. As equipes do nível gestor eram reduzidas e não conseguiram criar uma estratégia para esse monitoramento, se sentiam afastadas das equipes da atenção básica e entendiam que deveriam estar mais próximas destes profissionais para solucionar problemas. As oficinas de planejamento foram uma estratégia de aproximação.

G1: [à pergunta: existe monitoramento do processo de trabalho médico?] "Não. Isso foi uma grande falha [...] no começo pensávamos em fazer isto, uma grande avaliação do que tinha acontecido com esse protocolo, como as pessoas foram classificadas, o que cada grupo médico encontrou lá na maioria dos seus pacientes [...] mas, nós não tivemos pernas para fazer isso."

Não existia também um canal de comunicação regular e formalizado entre o médico das UBS/USFs e a equipe central da SMS. A equipe do nível central reconhecia a importância desta aproximação, mas não sistematizou esse canal. Eram tomadas medidas no nível central sem prévia comunicação com os médicos e isso gerava problemas no processo de trabalho. Um exemplo disso foi a alteração no *layout* do impresso de acompanhamento dos atendimentos médicos que gerou confusão nas UBS/USFs. Relatam ainda que os médicos das unidades são também resistentes a este relacionamento com os gestores. Um médico que era gestor na época e hoje trabalha como clínico em uma UBS admite que mesmo convocando os médicos para um treinamento eles não vão! Algumas vezes o médico recebe *feedback* da própria população ou da coordenação das UBS/USFs, mas não existe

um canal estabelecido para dar *feedback* dos resultados das ações médicas para os colegas.

G4: [à pergunta sobre canal de comunicação com os médicos] "Formalizado, não. Todas as unidades têm o nosso telefone, e-mail, celular para a qualquer momento que eles precisem, [...] eles têm livre acesso de se comunicar conosco."

G2: "[...] tem alguns impressos que eles tiraram coisas que a gente usa e fica um impresso pouco operacional [...] isso poderia ser mais estudado, com certeza, trocar ideia, [...] não tem essa troca de [...] opinião. É assim [...] mas se convocam os médicos [para discussão, eles] não vão [...] aquele paciente que você mandou com suspeita de infarto foi pro hospital e morreu. Não tenho essa resposta se ele morreu, se está melhor, eu não tenho retorno do que tá acontecendo."

A equipe gestora refere que a falta de pessoal, nas equipes do nível central e na ponta do sistema, foi um dos fatores responsável pela falta de comunicação e aproximação da rede porque dificultou a organização das equipes gestoras do PSA. A estratégia de dividir a cidade em regiões com o objetivo de aproximar-se mais dos profissionais da ponta foi insuficiente, pois era preciso adequar a estratégia ainda com os recursos disponíveis. As oficinas de planejamento foram um canal importante de comunicação e aproximação das equipes de trabalho como dito anteriormente. O sistema informatizado (SIS) facilitou o monitoramento. Era possível ver qual unidade não estava registrando a classificação de risco dos pacientes e realizar uma visita técnica para dar orientações. Os indicadores de resultado (p. ex. redução ou aumento nas internações) ainda não eram trabalhados nas unidades como deveriam.

Os gestores afirmam que uma dificuldade era a falta de adesão de alguns médicos^x para fazer a classificação de risco dos pacientes. A classificação do risco era fundamental porque ela determina a rotina de atenção ao paciente com hipertensão e/ou diabetes, estabelecendo o número de atendimentos médicos individuais e coletivos, assim como o número de atendimentos de enfermagem individuais e coletivos que o paciente recebe ao longo do ano. Se não houvesse a classificação, o paciente não teria a atenção proporcional à gravidade do caso.

G4: "[...] a classificação segundo o risco dos hipertensos e dos diabéticos, isso vai promover um retorno muito frequente de consulta médica [desnecessário], o que acarretará sobrecarga nas agendas, gerando atendimento sempre aos mesmos pacientes, dificultando o acesso aos novos pacientes que devemos captar e incluir no programa."

^x Os gestores não quantificaram quantos médicos não aderiam.

Outra dificuldade é a mudança do paradigma da consulta médica. O médico tinha dificuldade de dividir o espaço com a equipe e a população desejava “passar com o médico” preferencialmente. Isso motivou alguns profissionais da área médica a mudar a classificação de risco para “forçar” um retorno mais breve do paciente com o médico.

G3: “Mas é preciso garantir ao médico as coisas que são exclusivas da categoria.”

Os gestores afirmam também que, a partir do programa implantado no ano 2000, a consulta médica passou a ter um registro de informações padronizado em impressos onde era anotada a anamnese, o exame físico, a medicação em uso, a classificação do risco do paciente e os resultados dos exames. Os exames subsidiários eram anotados em uma folha única para facilitar o acompanhamento de forma cronológica, mas alguns médicos não utilizavam as folhas para anotação porque tomavam muito tempo da consulta. A falta de organização dos prontuários também tomava muito tempo do médico na consulta. Em algumas unidades a anotação da enfermagem e a médica não ocorriam como deveriam e as informações se perdiam. Algumas vezes, surpreendentemente, o nível de anotação nos prontuários era satisfatório em algumas unidades de acordo com um gestor^Y.

G2: “Eu acho que podia melhorar muito, tá havendo um impresso só de anotação de exame, esse impresso [...] deveria ficar inclusive separado pra não se perder no meio das folhas. Eu hoje quando tem resultado de exames eu ponho na evolução. Se eu quiser ver um outro exame eu me perco num monte de papeis.”

Os gestores afirmam também que uma parte das fichas para o atendimento que deveria ser preenchida completamente (exame físico, etc.) não era utilizada. Na opinião deles a ficha, apesar de importante, demorava para ser preenchida pelo grande número de informações e também existia a hipótese de que alguns médicos não tinham conhecimento técnico e/ou não realizavam anamnese, exame físico e outras anotações.

G1: “[...] só que eu não tenho visto esta folha de evolução anexada no protocolo, às vezes existe uma folha, mas lá tem exames antigos e depois não tem mais anotado [...] porque não está vendo a praticidade, a necessidade dessa folha de resumo de exames.”

G2: “[...] outros médicos mais resistentes não queriam preencher aquela ficha [...] que devia ser completa, com palpação, tudo, ainda não é preenchida, [...] acho que em primeiro lugar pelo

^Y Não existia uma rotina de monitoramento do trabalho médico que avaliasse as anotações em prontuário, mas, em visitas ocasionais de supervisão isto acontecia.

trabalho que dá. Em segundo lugar, muitos deles, eu acho, que tinham um pouco de receio de se expor, de fazer coisa errada, não saber um exame clínico [...]"

Como já foi relatado, dois gestores entrevistados que implantaram o programa vigente em 2000 agora estão atuando como médicos. Algumas críticas surgiram em relação aos impressos utilizados no PSA relacionadas ao *layout* e devido às alterações sem prévia comunicação. Eles afirmam que o impresso de evolução do paciente deveria ser adaptado com espaços diferentes para consultas médicas e da enfermagem, o impresso ideal deveria permitir que os profissionais pudessem acompanhar a evolução dos pacientes de forma rápida – “num bater de olhos”. Também afirmam que os impressos do programa são utilizados de forma errada, para registro de atendimentos não programáticos (queixas não relacionadas à hipertensão ou diabetes) e isso dificulta a visualização do médico durante o atendimento programático.

G1: “[...] ele vem pra mostrar um exame, de uma outra coisa e vem lá o impresso do programa, então o impresso do programa é usado pra tudo, [...]"

G1: “[...] eu acho que o impresso tem que ser o mais simples possível, é assim, de fácil manuseio, que você não precise escrever muito, que você coloque um X.”

Os gestores que estão atuando como clínicos se queixam que o processo de solicitação de exames é burocrático e exige preenchimento de códigos pelo próprio médico^Z. Alguns médicos, para contornar essa dificuldade, confeccionaram carimbos para realizar a prescrição de medicamentos e para o preenchimento de pedidos de exames. De acordo com eles, era difícil abordar o problema, pois não pedir o exame que poderia fazer o diagnóstico precoce de uma complicação também seria algo grave, além disto, via-se também que as medidas eram tomadas porque os médicos não seguiam as rotinas, ou elas não existiam. Repensando o processo, hoje eles teriam facilitado a solicitação.

G2: “[...] tem que ter um carimbo [...] isso facilita não se perde muito tempo preenchendo [...] mas aí pede demais [...] o pior é pedir de menos [...] o que é pior? [...] um diabético que de vez em quando passa e está há um ano e meio sem pedir exames [...]"

Fazendo uma reflexão sobre o que fariam diferente do que foi realizado no ano 2000, os gestores afirmam que a valorização dos profissionais naquela época foi adequada. Acreditam que hoje falta proximidade - "não é a melhor estratégia ficar

^Z Essa medida foi tomada em determinado momento para inibir o excesso de pedido de exames e também para reduzir o risco de fraudes dos prestadores.

dando ordens", é preciso envolver os profissionais da rede no processo de forma mais ativa, inclusive na atualização do protocolo e uma nova capacitação abrangente. Outro ponto destacado foi que é importante dar mais atenção à orientação médica coletiva (OMC) colocando pessoas com perfil adequado para desempenhar esse papel nas UBS/USFs, investir nos protocolos e permitir que o médico possa tomar conduta fora do protocolo, desde que justificado. Também seria importante garantir na rede de atenção básica aparelhos para realização de eletrocardiograma e aparelhos oxímetros de pulso^{AA}. Um gestor reforça que qualidade dos equipamentos é importante, pois falhas nos equipamentos são utilizadas como desculpa para a não utilização ou para justificar falhas no atendimento. Para encerrar a reflexão afirmam que é preciso avaliar o que é possível fazer e efetivamente por em prática. Falta ação. Falta implementar as ideias.

Questionamos os gestores sobre o que pensam sobre novos protocolos e afirmam que ele deve ser mais prático, voltado às possibilidades operacionais das UBS/USFs, sem deixar de lado o conhecimento científico. Afirmam ainda que faltam protocolos para condutas nas alterações agudas e crônicas da hipertensão arterial e diabetes mellitus e provavelmente os médicos estão tomando condutas sem evidências científicas para a abordagem. Devem ser elaborados também protocolos para atendimentos de doenças com alta prevalência como o hipotireoidismo. Apesar do programa prever o atendimento de enfermagem (AE), isso não ocorre em todas as UBS/USFs, pois em algumas, o problema é "falta de espaço físico". É muito importante ter o AE para dar um tratamento diferenciado e as orientações poderiam ser intensificadas às pessoas com maior grau de risco, logo, concluem que o protocolo isolado sem rever todos os processos de trabalho da unidade não adianta. Afirmam ainda que é preciso melhorar a relação entre os membros da equipe. Hoje eles trabalham de forma isolada e sem o foco central no paciente, precisaria conversar mais e utilizar a educação permanente realizando oficinas com discussão de casos nas UBS/USFs com todos os membros da equipe com foco no cliente.

G4: " [...] insumos para diabetes, que é um grande investimento, então esse insumo tem que ser bem utilizado e vai depender de quem? De toda a equipe na orientação, seja enfermagem, seja médica [...] tem muito paciente dentro da unidade e, não tem o diagnóstico, ele entra e sai da

^{AA} Equipamento portátil utilizado para avaliar a saturação de oxigênio dos pacientes, contribuindo com o monitoramento do tratamento da insuficiência respiratória.

unidade sem que ninguém tenha ao menos pensado nos fatores de risco para hipertensão e para o diabetes, sem ter orientado e, feito pelo menos uma verificação de pressão, um teste de glicemia, uma orientação mais detalhada."

6.5 Resultado das entrevistas com o grupo "Médicos"

O texto a seguir relata exclusivamente as opiniões do grupo "Médicos" e as considerações do pesquisador estão como nota de rodapé. Como já foi dito, as entrevistas foram realizadas com seis médicos que denominamos de: M1 (generalista); M2 (cirurgião plástico); M3 (cardiologista); M4 (cirurgião geral); M5 (cirurgião geral); M6 (generalista recém-formado). As entrevistas abertas e aprofundadas seguiram o roteiro do APÊNDICE B e aparecem na íntegra no APÊNDICE D. A finalidade desta etapa foi de entender como o programa estava caminhando nas UBS/USFs e como os médicos se sentiam desenvolvendo-o. No momento da análise das entrevistas foi incluída também neste grupo a segunda parte das entrevistas com os dois gestores citados anteriormente (G1 e G2) que atualmente atuam como clínicos gerais em UBSs, totalizando oito entrevistas com médicos. Lembramos que o critério de escolha destes médicos embora tenha sido por sorteio deveria refletir o universo dos médicos que atuam na atenção básica. Excetuando o médico recém-formado, os demais trabalhavam na rede pública de Sorocaba há mais de 5 anos. A opinião destes profissionais reflete a vivência em oito das 30 UBS/USFs (2012).

O que disseram os médicos:

De acordo com os médicos entrevistados, a proposta de organização do atendimento no PSA era bem estruturada com fluxos que priorizavam o trabalho da equipe multidisciplinar e procurava dar atenção integral à clientela. O programa havia melhorado nos últimos 10 anos, seguia diretrizes nacionais e fluía a contento, apesar de necessitar de alguns investimentos e alguns ajustes para que pudesse atender as necessidades da atenção básica como um todo. Em algumas UBS/USFs apresentava problemas porque havia falta de médicos para atender as consultas programáticas e isso aumentava o tempo de retorno dos pacientes, descumprindo o preconizado no protocolo. Diziam ainda que os profissionais não médicos estavam recebendo treinamentos e o médico não, pois não poderiam parar o atendimento

devido à falta desses profissionais. A falta de médicos também interferia na divisão do trabalho na unidade básica, sobrecarregando alguns profissionais, e era agravado quando o trabalho da equipe de enfermagem não acontecia a contento, sobrecarregando as agendas médicas. Queixavam-se também que o tempo disponível para consulta médica era insuficiente para fazer abordagem medicamentosa e não medicamentosa. Seria preciso envolver as demais equipes das UBS/USFs para trabalhar a orientação não medicamentosa, mas, ainda assim, o tempo disponibilizado para consulta médica continuava insuficiente.

M1: "[...] o atendimento é bem estruturado com consultas de enfermagem, atendimentos de enfermagem, consultas médicas, procurando dar uma atenção integral ao paciente, trabalhando a parte educativa, a parte de orientação e também a parte médica, medicamentosa, etc. Eu acho que está bem estruturado."

M4: " [...] quem trabalhou na rede pública há 10 anos atrás e trabalha hoje viu o quanto houve de investimento, o quanto houve de mudança, o quanto houve de agregação de valores [...]"

M3: "[...] Às vezes o paciente precisa vir num retorno mais rápido e acaba não tendo vaga, [...] precisaria de [...] mais profissionais médicos nos postos, [...] o tempo do médico não é o eficaz, não é suficiente pra gente falar das dietas, atividade física, [...] eu acho que a enfermagem poderia atuar melhor, não sei como é nos outros postos, mas aqui eu vejo essa dificuldade, [...]"

M5: "[...] temos um número diminuído de profissionais na rede, [...] se nós tivéssemos mais médicos, logicamente os retornos ficariam até melhores, a divisão destes pacientes ficaria até igualitária, [...]"

Os médicos entrevistados referiram também que se sentiam despreparados para atender casos de maior complexidade e precisavam então de apoio multidisciplinar com nutricionistas, preparadores físicos e especialistas de outras áreas médicas. Além disso, o excesso de burocracia para conseguir "vaga extra" no ambulatório de especialidades (Policlínica) atrapalhava na priorização do encaminhamento dos pacientes mais graves. Alguns médicos relataram que devido à sua especialização na área cirúrgica se sentiam limitados para resolver determinadas demandas clínicas que chegavam à atenção básica. Essa situação gerava stress para o médico e para o paciente quando faltava retaguarda nas especialidades da Policlínica. Os médicos também sentiam a necessidade de ter maior proximidade dos especialistas e acreditavam que alguns atendimentos

deveriam ser descentralizados para as UBS/USF^{BB}, pois, isso permitiria um acesso maior do paciente e a possibilidade de dar vazão aos casos mais graves.

M4: “[...] continuam tendo dificuldade de ter acesso às especialidades com um tempo muito prolongado para as consultas [...] [poderia haver] nos postos de saúde [...] cardiologista, ortopedista, dermatologista, e se puder outras especialidades, isso acaba diminuindo a demanda reprimida e fluindo melhor a dinâmica de tratamento nas unidades básicas, [...]”

M2: “[...] eu não sou nutricionista, então às vezes eu preciso de uma nutricionista, [...] eu preciso às vezes de um professor de educação física [...] eu acho que o atendimento multidisciplinar é extremamente interessante e é muito importante.”

Referiram também que para usar melhor o sistema, seria importante que os usuários soubessem como funciona o SUS e suas limitações, pois, alguns pacientes faltavam às consultas programáticas e utilizavam o acolhimento ou os serviços de urgência e emergência para pegar uma nova receita. Outra queixa dos médicos era a recorrência da baixa adesão da clientela ao tratamento, agravada pelo fato dessas doenças, a hipertensão arterial e o diabetes, serem assintomáticas na maior parte do tempo. Eles reforçavam que os clientes precisavam cuidar melhor da própria saúde e o sistema deveria direcionar seus esforços nesta ação.

M4: “[...] não é só você atender o paciente em uma sala de consultório, dar uma receita, passar um remédio novo sem você fazer que o paciente viva, entenda o por que da unidade básica da saúde, tem que entender o por que daquilo, senão ele acaba vindo aqui somente para buscar o remédio e vai embora, né [...]”

M6: “[...] eles só vem pra trocar receita não estão preocupados se estão evoluindo bem ou não com o controle da doença porque eles não sentem nada, [...]”

Segundo a percepção dos médicos entrevistados, os pacientes tinham também baixa adesão às orientações coletivas por várias razões, desde as rotinas de agendamento até do perfil inadequado dos profissionais para fazer a orientação. A orientação médica coletiva (OMC)^{CC} era um espaço importante onde o paciente poderia tirar suas dúvidas e compartilhar com outros pacientes e essas orientações deveriam ser dinâmicas para não se tornarem cansativas e repetitivas. Sugeriram também que seria importante mudar o formato da reunião dando mais espaço para o

^{BB} Em 2013 parte do atendimento especializado foi descentralizado para algumas unidades (CAIS) como já relatado. Quando a entrevista foi realizada ele ainda estava todo centralizado na Policlínica de especialidades.

^{CC} Nas rotinas previstas no protocolo de atendimento do PSA está incluído o trabalho de orientação a grupos de pacientes desenvolvido por médicos - orientação médica coletiva (OMC) e pela enfermagem - orientação de enfermagem coletiva (OEC).

paciente falar e colocar suas dúvidas, inclusive, um dos médicos entrevistados tinha mudado para este formato e julgava ter sido bem sucedido.

M2: “[...] talvez a gente pudesse achar uma outra forma pra que o paciente não se canse de ouvir sempre a mesma coisa [...] eu prefiro que o paciente me traga dúvidas sobre a doença, sobre a forma da medicação, sobre a dieta, sobre exercício, então, quando os pacientes trazem mais dúvidas, eu consigo responder e eu consigo uma reunião melhor [...]”

Ainda no campo das inovações nesta área outro médico introduziu na OMC outros temas como o funcionamento do SUS e da atenção básica, buscando valorizar o atendimento, melhorar a adesão dos pacientes ao programa e melhorar o uso do sistema de saúde. Afirma que era uma forma de dar mais conhecimento e responsabilidade para o paciente aumentando “sua cumplicidade” no tratamento. Percebeu haver muita desinformação. Em relação ao tratamento, explicava o que era uma consulta eletiva, uma consulta eventual, a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e reforçava a questão da boa utilização da atenção básica.

M4: “[...] Eu tenho feito reuniões de OMC – orientação médica coletiva, e ali eu acabei agregando e introduzindo [...] vários conceitos [...] senão ele acaba vindo aqui somente para buscar o remédio e vai embora, né [...] Eu comecei nas reuniões com os pacientes, [...] a explicar desde como funciona o posto, pra que existe o posto de saúde, quais são os tipos de programa, refinando mais o que diz respeito ao programa do adulto [...] os tipos de consultas que existem no posto, a consulta eletiva [...] a consulta emergencial, a consulta programada, o acolhimento, então, tudo isso é ensinado ao paciente pra que ele saiba como usar o posto de saúde [...]”

Este médico referiu que passando a informar melhor o paciente houve melhora na adesão ao tratamento, pois isso mudou a visão do usuário em relação à UBS que deixava de ser uma fornecedora de medicamentos para ser uma instituição que estava ali para ajudá-los no tratamento e ser apoio para eles. Outra orientação que ele dava era sobre pedidos de exames e as limitações da UBS alertando que a UBS estava inserida num sistema maior. Todo este trabalho trazia um aprendizado significativo aos pacientes.

M4: “[...] eles começaram a ficar cúmplices, [...] eles começaram a ver a unidade básica de saúde não como postinho que vai lá para pegar medicamento, [...] e sim como uma [...] entidade séria [...] pra ajudar que é o ponto de apoio deles [...]”

M4: “[...] exames laboratoriais, exames de imagem. Então eles passaram a entender depois das nossas explicações que não há necessidade de a cada mês, a cada dois meses, pedir exames,

existe uma normatização – os exames tem um preço, tem um custo que sai do bolso deles através dos impostos então tudo isso é colocado [...]”

Os médicos entrevistados afirmaram também que a orientação de enfermagem coletiva (OEC) era muito importante para o programa porque a abordagem multidisciplinar trazia novos saberes para o paciente e ajudava a reforçar as orientações médicas, mas, algumas unidades atrelavam o agendamento da consulta médica à participação do atendimento coletivo de enfermagem com objetivo de aumentar a adesão do paciente nas diversas atividades do programa. Segundo os médicos, isto prejudicava o tratamento de alguns pacientes porque a unidade impedia o agendamento de consultas médicas programáticas aos pacientes que faltavam no atendimento de enfermagem, forçando-os a passar primeiro na consulta de enfermagem, independente da gravidade dos casos, gerando atraso na entrega de resultados de exames e de novas avaliações médicas.

M2: “[...] Essa questão da marcação do paciente eu sei que ela foi atrelada às reuniões que é uma forma de forçar a vir nas reuniões, mas, quando o paciente não vem por qualquer motivo, você meio que deixa esse paciente de lado, [...] não consegue voltar no programa por falta na reunião [...]”

De acordo com os médicos entrevistados era difícil saber se o paciente estava aderindo ao tratamento e o envolvimento da equipe multidisciplinar seria importante aliado nesse processo. Seria preciso rever as rotinas criando mecanismos de monitoramento da adesão, principalmente nas USFs onde existe a presença do agente comunitário de saúde. Por outro lado, havia UBS/UFSs que deixavam de executar atividades previstas no protocolo como o atendimento de enfermagem coletivo (AEC) e o "Projeto Caminhada", justificando que havia falta de funcionários ou falta de espaço físico na unidade.

M1: “[...] Talvez, se tivesse algum método da gente acompanhar [...] os agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem pra ir atrás desses pacientes pra ver se eles tão tomando esses remédios, ver a prescrição.”

M3: “[...] aqui no meu posto especificamente isso não acontece [OEC], não sei como é nos outros postos, [...] a gente vê o paciente muitas vezes praticamente sem nenhuma orientação ele sai daqui com a receita e só, a função dele, ele acha que é só tomar a medicação, não sabe como que é a dieta, um programa de atividade física. Começou agora o “Projeto Caminhada” [...] acho que tudo isso é importante, não só o atendimento médico, mas o atendimento multidisciplinar como foi colocado.”

Os médicos reivindicaram também que era preciso ampliar a oferta de medicamentos disponibilizados nas UBSs. Quando somado aos medicamentos oferecidos na farmácia popular a oferta ficava adequada para a maioria dos pacientes. Segundo eles, os medicamentos oferecidos na UBS, na sua maioria, eram desatualizados para tratar certas doenças e suas complicações e às vezes insuficientes. O paciente teria que comprar ou passar por uma série de burocracias que dificultam a adesão ao tratamento. Alguns medicamentos tinham muitos efeitos indesejáveis. A rede não dispunha de tratamento para dislipidemia que era um fator de risco cardiovascular importante. A oferta de medicamentos na farmácia de alto custo^{DD} trazia uma série de burocracias para o médico e para o paciente e isto reduzia a adesão de ambos a esta opção. A limitação na oferta de medicamentos fazia com que os médicos encaminhassem seus pacientes à Policlínica onde oferta de alguns medicamentos era ampliada. A entrada dos medicamentos da Farmácia Popular melhorou bastante para o médico e para o paciente. Alguns médicos entrevistados afirmaram que não existem problemas com as medicações oferecidas.

M2: “[...] A medicação, considerando que não é só a fornecida no posto, mas tem também a medicação da Farmácia Popular, [...] melhorou bastante.”

M3: “[...] eu acho que muitos medicamentos estão desatualizados, precisaria melhorar [...] para o tratamento não só de programa, mas, para os fatores de risco não tem no posto, [...] medicamento para o tratamento de colesterol, é uma coisa hoje fundamental para a prevenção cardiovascular, [...] e outros medicamentos [...] para tireoide, outras classes de medicamentos que a gente não encontra no posto [...]”

M5: “[...] mas a oferta de medicamentos pela rede poderia ser ampliada, do ponto de vista dos medicamentos para diabetes oferecendo talvez uma alternativa numa eventual falha, [...]”

G2: “[...] hoje estamos vivendo uma epidemia de problemas de tireoide, hipotireoidismo [...] Puran [...] tem que ter a Sinvastatina, tem que ter um Benzafibrato [...]”

Alguns médicos disseram que preferiam não utilizar os impressos padronizados para atendimento no PSA porque eles restringiam a visualização dos outros atendimentos (da enfermagem e atendimentos não programáticos) dificultando a visão do paciente como um todo. Ainda em relação aos impressos, uma queixa dos médicos é que não existiam impressos para orientações dietéticas nas UBS/USFs e se o médico desejasse utilizar, deveria providenciar por conta

^{DD} No caso do atendimento clínico das UBS/USFs, os medicamentos de alto custo mais procurados eram as estatinas e os medicamentos para o tratamento da asma brônquica.

própria. A maior parte dos médicos não tiveram queixas sobre os impressos e também não deixaram claro se utilizam adequadamente.

M2: “[...] Se eu abro uma folha do programa [PSA], eu tenho só o meu atendimento de quatro meses atrás, ou de seis meses, mas às vezes eu não tenho a informação do que a enfermagem escreveu, do acolhimento da enfermagem.”

M4: “[...] Na parte de impressos, de medicamentos, sem problemas nenhum, não tenho tido problemas.”

M5: “[...] eu pessoalmente trago dietas comigo, mas, isso eu faço na minha residência e número limitado de cópias, é óbvio, tanto pelo custo e pelo próprio tempo, [...]”

Em relação à forma de receber treinamentos, a preferência foi muito pessoal e não ficou evidente uma forma preferida hegemônica. O quadro a seguir reflete a preferência dos médicos entrevistados (inclusive os médicos do grupo “gestor”):

Quadro 2 - Preferências dos médicos e gestores médicos quanto à abordagem de treinamento. Sorocaba, 2012.

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	G1	G2	G3
Apostila em papel (para poder anotar)	X	X	X						
Poderia ser por meio digital - CD ROM / e-mail	X		X			X			X
Aula presencial no horário de trabalho (curtas focadas no cotidiano, objetivas)	X	X	X	X		X			
Aulas online com possibilidade de tirar dúvidas na hora - Videoconferência		X							
DVD com vídeo aula								X	
Tipo educação à distância com uso do Moodle (desde que no horário de trabalho)	X	X			X			X	X
Usando um software autoexplicativo com teoria, estudo de caso, perguntas e respostas								X	

Na entrevista G1 não expressou uma forma preferida. Alguns médicos preferiam por escrito em papel no formato de apostila, outros disseram que poderia ser também por escrito via eletrônica (e-mail ou CD-ROM). A maior parte preferiu aula presencial para tirar dúvidas com pequenos módulos focados às demandas cotidianas, aulas pequenas e objetivas, no horário de trabalho. Essas aulas presenciais poderiam ser no formato de videoconferência. Alguns entrevistados achavam inviável tirar todos os médicos do atendimento para participar de

treinamentos, então, o melhor seria utilizar outro método, o mais fácil possível. Quanto ao horário ficou evidente que deveria ser durante o horário de trabalho e se acontecer em horário diferente o médico precisaria ser remunerado por isso, pois, o médico tinha uma vida corrida e não teria disponibilidade de horários diferentes para participar de treinamentos sem comprometer plantões, outros serviços e outras atividades. Quanto à educação a distância, segundo os médicos o impedimento estaria relacionado mais ao horário do que com o fato de ser "a distância". O problema é que dedicar-se ao estudo num horário diferente das suas atividades na prefeitura de Sorocaba para aprender sobre protocolos ou rotinas implicaria em deixar de fazer outras atividades que lhe trazem retorno financeiro e isso seria difícil de ser absorvido por muitos médicos. Por outro lado, para alguns profissionais isso foi visto como importante e entendiam que o médico já fazia e se sentiriam valorizados com a oportunidade, desde que dentro do horário de trabalho. Outros médicos acham que se o treinamento for relativo às rotinas da prefeitura, devem ser passadas necessariamente durante o horário de trabalho.

M1: "Eu acredito que sim, desde que esse tipo de curso contasse para curriculum, na carga horária dele [de trabalho]."

M3: "[...] poderia ser feito palestras dentro do horário do serviço, mas, uma vez ou outra fora do horário também é válido [...] desde que não seja uma rotina, [...] um horário noturno, EVENTUALMENTE poderia acontecer, mas acho que vale a pena fazer atualizações dentro do horário de serviço do médico [...] é muito importante, a gente precisa de atualização [...]"

M4: " [...] para dispor a outro tipo de atividade pra mim é impossível, então teria que ser no horário de trabalho."

M5: "[...] teria que ser na hora que eu estaria na rede [...] um horário reservado do atendimento, da mesma maneira como eu faço o programa de orientação coletiva [...]"

Em relação à frequência que deveriam ocorrer os treinamentos as opiniões dos médicos foram bem variadas, acreditavam que dependia dos avanços do programa e do surgimento de novas alterações nos protocolos.

M1: "[...] uma vez por ano seria interessante fazer uma atualização."

M3: " [...] , dependendo do conteúdo que vai ser dado bimestral, trimestral, atualizações, eu acho que isso sempre tem, a medicina está se atualizando muito, evoluindo muito e a gente fica sempre meio parado aqui nas unidades, em relação a atualizações."

M6: "Eu acho que uma vez a cada seis meses estava bom, porque não tem grandes mudanças assim de tratamento de hipertensão, é uma vez por ano, lançam novos editais, lançam novas diretrizes [...]"

Os médicos também afirmaram que o trabalho multidisciplinar era fundamental e permitia mudar o modelo focado no médico contribuindo com a integralidade das ações e fortalecendo as ações não medicamentosas para a abordagem dessas doenças, complementando a ação da consulta médica. Seria importante oferecer na rede básica acesso a nutricionista, assistente social e educador físico para contribuir com essa abordagem, pois, o médico se sentia incapaz de acolher todas as demandas só com o seu conhecimento. Algum tipo de atenção multidisciplinar poderia ocorrer fora da UBS nos ambulatórios de especialidades para abordagens mais específicas.

M1: " [...] você tem que sair daquele atendimento medicocêntrico para o atendimento multiprofissional [...]"

M2: "[...] Quando falo de multidisciplinar, não falo só de especialista, falo também da questão da nutrição [...] eu preciso às vezes de um professor de educação física para orientar exercício para um monte de idosos com artrose e com lombalgia [...] não tem como suprir a falta de um assistente social [...] mas eu não sou a assistente social responsável por isso, eu tenho limite na questão do exercício, na questão da nutrição."

6.6 Resultado da entrevista com o grupo "Colegiado":

Antes de apresentar os resultados propriamente ditos é preciso fazer algumas considerações iniciais. O texto a seguir relata as opiniões do grupo "Colegiados"^{EE}. Em alguns momentos também vão surgir as intervenções do pesquisador e do orientador, pois tiveram participação pontual no grupo, suscitando o surgimento dos temas de interesse da pesquisa. Quando isto aconteceu, deixamos claro no texto

^{EE} Para sermos coerentes, usamos nos resultados a denominação utilizada pela SMS. Sabemos que o uso do termo "colegiado" pode gerar confusão porque este termo poderia ser confundido com "reunião de pessoas", mas, não é este o caso. Segundo o dicionário Aurélio da língua portuguesa, enquanto substantivo colegiado significa: "Órgão dirigente cujos membros têm poderes idênticos" e enquanto adjetivo significa: "Reunido ou organizado em colégio". No nosso caso, o termo é utilizado como substantivo para denominar a estrutura, a organização regional da SMS, e quando surgir nos resultados o termo: "na opinião do colegiado", isto representa a opinião ou fala daquele grupo de gestores, excluindo os pesquisadores daquela fala.

para melhor entendimento dos resultados. Os esclarecimentos e considerações do pesquisador, após a análise da entrevista, aparecem como nota de rodapé. Quando nos referimos ao "colegiado" nos referimos apenas àquela equipe, excluindo os pesquisadores. É importante salientar que as visões destes gestores, aqui denominados como "colegiado", não se limitam apenas à vivência no papel atual de gestor, mas também refletem as experiências vividas ao longo dos anos que trabalham na atenção básica de Sorocaba. O indivíduo para ser nomeado coordenador ou supervisor obrigatoriamente deve ter três anos ou mais de tempo de serviço no vínculo atual com a prefeitura, ou seja, têm que ter sido aprovado no estágio probatório, logo, os profissionais entrevistados têm mais que três anos de experiência na prefeitura e todos já trabalharam em mais de uma unidade de saúde. Estes cargos também só podem ser ocupados por servidores públicos concursados, apesar de serem "cargos de confiança" do prefeito. Neste grupo, todos possuíam o cargo "enfermeiro", todas eram do sexo feminino e exerciam atualmente a função de coordenador de unidade de saúde ou de supervisor da regional. O fato de serem todos enfermeiros foi coincidência já que escolha deste colegiado foi por conveniência, pois era responsável por uma região aonde existia o predomínio de população adulta e idosa, principal público do PSA e também os gestores deste colegiado estavam discutindo como reorganizar a assistência. Desta forma, fica esclarecido que a formação das pessoas que ocupavam cargo no setor não fez parte do critério de escolha.

Esta entrevista foi realizada em grupo com características, mas sem a pretensão formal, de um grupo focal e envolveu o pesquisador, o orientador e o grupo de gestores da regional de saúde composto por: três coordenadores de unidades básicas de saúde (C3; C4 e C6), um coordenador de unidade saúde da família (C5) e dois supervisores (C1 e C2). Como já dissemos, o ponto chave desta etapa (como acontece nos grupos focais) foi o uso explícito da interação entre as pessoas para produzir dados que seriam difíceis de conseguir fora desta situação, pois o grupo permitiu a troca de ideias sobre o tema. A abordagem de um colegiado procurou complementar as nossas entrevistas anteriores atendendo o novo processo organizativo da SMS a partir de 2013. Também é preciso contextualizar que esta entrevista retrata como estava a SMS quinze meses após as entrevistas realizadas com os grupos gestores e médicos, pois aconteceu no final de dezembro

de 2013. A reunião foi realizada na sede da regional e nesta etapa não foi utilizado roteiro porque a proposta foi apresentar o problema (necessidade de atualizar o protocolo vigente) e discutir com eles qual seria a melhor alternativa para a implantação a partir do novo desenho organizativo da SMS. Esta entrevista foi realizada para ouvir os atores envolvidos no processo, perceber as dificuldades operacionais, reforçar a disposição da universidade em contribuir com a melhoria do serviço e também perceber a receptividade daquela equipe às propostas. A transcrição na íntegra destas entrevistas está no APÊNDICE E.

O que disseram os membros do Colegiado:

Após a explanação do pesquisador e do orientador sobre o objetivo daquela entrevista, o colegiado iniciou sua fala nos contando as dificuldades que enfrentavam com as equipes médicas e a necessidade de ter um envolvimento maior deste grupo com o trabalho. De acordo com elas, poucas UBS/USFs usavam o protocolo para o atendimento no PSA e seria necessário garantir a utilização para ampliar a efetividade do programa. Um dos grandes desafios a ser enfrentado naquele momento seria o envolvimento de alguns médicos para trabalhar em equipe, atualizar-se e desenvolver adequadamente o PSA seguindo um protocolo. Elas referiram que na equipe existiam alguns “médicos problema” que agiam de forma inadequada comprometendo muito a assistência e o trabalho em equipe. O profissional com esse perfil exigia uma atenção especial da gestão e sempre que possível as equipes evitavam agendar consultas do PSA para estes profissionais. De acordo com elas, algumas atitudes destes médicos refletiam a magnitude do desafio, pois alguns mudavam a classificação de risco dos pacientes para burlar a rotina de agendamento das consultas e reduzir o tempo de retorno enchendo a agenda com pacientes programáticos, outros, faziam o oposto para esvaziar a agenda programática espaçando os retornos. Relataram ainda que alguns médicos forçavam a redução da agenda em detrimento do tratamento do usuário através da não prescrição de remédios da Farmácia Popular para evitar o retorno do cliente para a troca periódica da receita, mesmo que esses medicamentos oferecessem vantagens. De acordo com algumas coordenadoras, o trabalho de alguns médicos deixava claro que existia uma despreocupação com a vida do outro e como faltava compromisso, não tinham preocupação com o produto do seu trabalho.

C6: “[...] Eu trabalhei com vários com perfil diferente e tinha aqueles que sempre classificavam grupo “4” não como classificação de risco, mas sim, porque ele queria encher a agenda dele [...]”

C4: “[...] Tenho o problema que ela comentou também, tem profissional que classifica tudo como risco 3 ou 4 para antecipar o retorno e outro classifica tudo em 2 para espaçar o retorno [...]”

C6: “[...] tem uns que prescrevem os medicamentos que tem só na rede porque esse negócio de Farmácia Popular é uma complicação, tem que ficar trocando receita e sempre tem essa dificuldade com eles de entenderem que a medicação evoluiu e é muito melhor usar a Losartana que o Captopril por exemplo.”

Elas também falaram que faltava o envolvimento do médico com as outras equipes e não existia valorização do trabalho dos outros membros. Alguns médicos especialistas não tinham segurança em fazer contra referência para alguns colegas da atenção básica porque não acreditavam que o paciente iria receber o atendimento adequado. De acordo com o colegiado, alguns médicos não viam o sistema como um todo e estavam somente preocupados com o “melhor para eles”. Faltava a eles entender a razão do trabalho em equipe direcionado no melhor para o paciente. Em alguns casos ocorria a desvalorização do trabalho da enfermagem, pois algumas ações contribuíam com o aumento das agendas médicas.

C6: [um médico diz na reunião de equipe sobre a ação da enfermagem] “precisa acabar essas reuniõezinhas do programa do adulto [...] vai à reunião e vê lá que está hipertenso e fica então enchendo a minha agenda de atendimento assim, eu não vou dar conta [...] [comenta o coordenador] é muito egoísta [...] uma visão muito pequena do todo.”

C6: “o médico diz que esses exames ele não vai ver porque foi o enfermeiro que pediu, [...] Não fui eu que pedi [...]”

Elas referem que o seguimento de protocolos era outro problema, existiam médicos que discordavam do protocolo ou que não queriam segui-lo. Algumas unidades tinham falta de médicos e os poucos que tinham não aceitavam utilizar o protocolo agravando o problema. De acordo com o colegiado, isso iria contribuir com a antecipação do aparecimento das complicações crônicas e também com a falta de diagnóstico em tempo oportuno destas complicações. Grande parte dos pacientes não estava sendo avaliada com exames subsidiários porque os médicos não estavam seguindo o protocolo. Elas afirmavam que a palavra do médico tinha uma importância grande para o paciente e se ele dava orientação diferente da existente no protocolo o restante da equipe tinha dificuldades para retomar a rotina

programada. A população percebia que existia diferenças nos pedidos de exames durante atendimento médico e acabavam exigindo determinados profissionais que pediam exames. Isso reforçava necessidade de seguir o protocolo.

C6: “[...] quando fiz o levantamento [descobriu que] tem pacientes que não fizeram nenhum exame neste um ano [...]”

C6: “[...] tem uma médica que discorda do protocolo, entende que o risco deveria ser diferente. Não é uma questão de achar! E aí quando você vê o perfil dos pacientes e compara com o da equipe de supervisores do PSA dá tudo risco quatro - é o inverso do esperado por conta disso, descobri na oficina de planejamento.”

C6: “[...] [o que] o médico fala tem um peso muito grande para o paciente, então se ele sai da sala do médico e ele falar que o retorno tem que ser em três meses e a gente falar que não é, tentar orientar de acordo com o protocolo choca. E aí você perde a confiança do paciente, adesão [...]”

Também existiam bons médicos, elas afirmaram que as ações programáticas ainda aconteciam em algumas unidades porque muitos médicos prestavam um bom atendimento e eram envolvidos com o trabalho no serviço público. Estes profissionais eram participativos e contribuíam positivamente com as reuniões de equipes, realizavam as orientações médicas coletivas (OMC) com maestria, conseguiam envolver a clientela e valorizar o trabalho em equipe. Existiam também médicos da rede de atenção básica dispostos a dar treinamento para os colegas e para a equipe de enfermagem.

C6: “[...] eu tenho um recém formado na unidade que demora vinte minutos para atender, o paciente sai super bem avaliado, nossa, os pacientes não faltam, só querem passar com ele, é uma beleza o atendimento dele comparado com outros né.”

C1: “[...] Na época o grupo [gestores] discutiu que eles [os médicos] nem queriam participar de treinamento, imagine treinar o outro [...] e aí, para a surpresa, vários se ofereceram para falar sim! Falar sobre alguns assuntos com os demais colegas.”

O grupo discutiu que o grande desafio era encontrar uma forma de envolver os médicos problemáticos. Foi sugerido utilizar softwares (SIS) no atendimento médico para “forçar o médico a cumprir o protocolo”, mas, o próprio grupo concluiu que sem o envolvimento, provavelmente ele acabaria “burlando” o processo como ocorria na questão do retorno do paciente vinculado à classificação de risco. Era

preciso em alguns casos avaliar melhor o que motivava o médico, talvez aplicar um “motivograma”^{FF}.

Ainda segundo o colegiado, o PSA não era feito só por médicos, dependia do trabalho em equipe que deveria estar preparada para garantir a qualidade da atenção. Afirmam ainda que como existia grande rotatividade de profissionais em todas as áreas, o treinamento deveria ser frequente e o protocolo único. Outros espaços da unidade poderiam ser utilizados para reflexões sobre a prática, por exemplo, na hora do cafezinho.

C1: “[...] Tem até um artigo que diz que a cozinha da unidade tem sido um grande lugar para a pessoa discutir o próprio trabalho.”

As coordenadoras de UBS/USF afirmaram que quando existia o envolvimento do nível gestor na capacitação das equipes, estas ficam mais motivadas. Disseram ainda que a logística para treinar toda equipe era complexa, exigia repetir a atividade em horários diferentes, fechar as agendas diárias de atendimento e, por outro lado, a falta de continuidade levava ao descrédito, desgaste e desmotivação. Também disseram que em algum momento a continuidade do processo de capacitação foi delegada à coordenação da unidade básica que não conseguiu dar sequência pelas rotinas próprias do trabalho.

Pesquisador: “Deixou sob responsabilidade da UBS fazer a retomada (do treinamento)?”; C4: “Sim.”; Pesquisador: “E na rotina das atividades, vocês conseguiram fazer isso?”; C4: “Não.”

C4: “[...] fez um treinamento com a equipe – oficina [para acolhimento] - preparando por dois meses, revezando o pessoal o pessoal dos turnos administrativos, enfermagem, a equipe da manhã cobria a da tarde, a da tarde cobria a da manhã, foi discutido sobre AE coletivo, montagem de agenda, o bom que a equipe do programa do adulto [supervisores do nível central] naquela época esteve muito presente, nestes três anos estamos numa fase que a equipe está muito desestimulada, desgastada, ficou meio que repetitivo, até os temas [...]”

Elas afirmam ainda que para o coordenador delegar à equipe o monitoramento e o planejamento de atividades do PSA na unidade, é preciso antes capacitar esta equipe e o matriciamento^{GG} poderia ser uma estratégia.

^{FF}O motivograma é um teste que pode ser aplicado para conhecermos a natureza da motivação que existe potencialmente em cada um de nós. Uma das áreas de pesquisa mais complexas é o estudo do comportamento humano – seja dentro ou fora das organizações. Entre as variáveis causais mais importantes do comportamento humano destaca-se o nível de motivação das pessoas. Abraham Maslow, o psicólogo americano, foi o pioneiro a quem se deve as pesquisas mais profundas que se conhece sobre a natureza humana.⁴⁶

C1: “[...] Então, como a gente forma essa equipe multi lá dentro para que ela possa assumir esse papel? Então acho que matriciamento é uma outra coisa que poderia estar ajudando [...] .”

Ainda sobre o tema capacitação, o colegiado afirma que nas discussões, a própria equipe médica admite que o PSA estava desorganizado e que seria necessário capacitar a equipe, pois só deixar o protocolo disponível não bastava. Elas ainda afirmaram que existiam muitas falhas no atendimento quando o médico era inexperiente e sem treinamento sobre o PSA. Além disso, seria muito importante garantir a capacitação destes profissionais, inclusive dos que vinham de outros serviços como o Pronto Atendimento para atender na rede básica, principalmente para evitar a criação de vícios no atendimento, melhorar a qualidade da atenção e para que o coordenador pudesse cobrar o cumprimento do protocolo.

O colegiado afirma que a atualização médica deveria focar a prática (atitudes) e técnica, deveria ter momentos com sustentações teóricas e momentos de reflexões junto com a equipe. Uma coordenadora relatou uma experiência onde ela envolveu os médicos da unidade na solução de problemas relacionados à rotina de atendimento e foi muito positivo. Acreditava que deveria haver continuidade, porém, não poderia ser muito frequente para não prejudicar o atendimento. O colegiado afirma que muitos médicos estavam desatualizados o que causava falhas na assistência. Elas também disseram que a capacitação dos médicos precisaria ser bem estruturada, pois apresentava particularidades que deveriam ser consideradas. O ideal seria que ela ocorresse no horário de trabalho, porém alguns momentos de sustentação teórica e/ou discussão de casos poderia ser necessário acontecer fora da unidade de saúde. A heterogeneidade de horários de trabalho dos médicos dificultaria o processo de capacitação.

C6: “[...] Olha, eu acho que é capacitação mesmo, no horário de trabalho, fechar a agenda dele. É a única forma que a gente vai fazer com que eles ouçam pelo menos e comecem a refletir cada um no seu íntimo por que é muito difícil.”

^{GG} O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.²¹

Além da hipertensão arterial e diabetes, existiam outros temas importantes, solicitados pelos próprios médicos, a serem abordados em capacitações. Como existiam demandas de capacitação pedidas pelos médicos e outras que a gestão achava importante, o grupo discutiu que a capacitação precisaria atender os dois públicos.

C1: “[...] A gente analisou os temas que eles sugeriram e a hipertensão e diabetes surgiu com um grande peso, surgiu também a psiquiatria, então a gente já marcou essa data para começar esse diálogo permanente [...]”

O Colegiado já tinha um planejamento de capacitação periódica das equipes de todas as áreas, inclusive a médica^{HH} e como estratégia realizou algumas reuniões para ouvir as demandas de treinamentos solicitadas pelas equipes das UBS/USFs, que foram divididas por categorias profissionais. O PSA foi apenas um dos temas solicitados pelos médicos, havia também outras demandas como treinamento em dermatologia e psiquiatria entre outros. As supervisoras tinham dúvidas, pois, se incluíssem os temas do PSA nos encontros de educação permanente (EP)^{II}, tomaria muito tempo, prejudicando a abordagem dos outros temas solicitados pelos médicos. Não sabiam quanto tempo seria necessário para abordar os temas do PSA, pois eram muitos assuntos e a programação dos encontros com médicos, inicialmente, seria bimestral.

C1: “..dá para introduzir o assunto nesse projeto nosso de educação permanente, agora, eu acho que demandaria também muito tempo de capacitação, se reservar esse espaço que a gente reservou de dois em dois meses, o ano inteiro vai falar só de hipertensão e diabetes.”

Elas disseram que a regional procurava problematizar a prática da atenção nos treinamentos técnicos e entendiam que seria importante iniciar a capacitação falando sobre a atenção primária e fazer uma reflexão conjunta sobre o papel do médico no sistema. O orientador sugeriu que os treinamentos fossem periódicos, utilizando os casos da própria UBS para a discussão, pois a problematização era uma estratégia interessante para levar o médico a buscar respostas no protocolo se apropriando dele.

O orientador e o pesquisador colocaram para o grupo do colegiado que a universidade estava disponível para apoiar o processo e teria como contribuir com a

^{HH} A estratégia de capacitação das equipes variava em cada colegiado.

^{II} Este colegiado denominava as reuniões com as equipes para capacitação como "encontros de educação permanente".

capacitação dos profissionais para o matriciamento, mas a unidade de saúde precisaria se organizar, pois a proposta de trabalho era atender junto com os médicos, estimulando a reflexão sobre a prática e utilizando, sempre que possível, metodologias ativas de ensino e aprendizado. O colegiado concluiu que seria interessante oferecer em uma unidade do colegiado, um ambulatório, aonde o médico atenderia os casos mais complexos junto com um tutor da PUC/SP. Para isso, discutiu-se que era importante organizar o processo de trabalho permitindo atendimento do tutor junto com o médico. Elas disseram que seria preciso também avaliar a receptividade dos médicos para adotar essa estratégia, pois alguns médicos talvez oferecessem resistência a passar pela capacitação atendendo junto com um professor, logo, seria preciso haver uma sensibilização prévia deste médico. Acreditavam que, com o início do processo, era provável acontecer a incorporação natural pelas equipes. Outro ponto discutido pelo colegiado foi que a unidade precisava ter salas disponíveis para acolher a equipe que iria treinar os médicos (professor, alunos da graduação e residentes), logo, a disponibilidade de espaço físico poderia ser outra barreira para fazer isso em todas as unidades.

C1: “[...] Da parte médica entendemos que a gente deveria começar falando da atenção primária, isso significa fazer o médico pensar o que ele está fazendo aqui, qual é o papel, vamos chamar um colega com experiência na área e vamos negociar com eles.”

Orientador: “[...] Eu acho que a problematização e o problema clínico são muito interessantes, um caso [clínico] contendo tais e tais coisas que o médico para resolver terá que ler o protocolo. Então é uma maneira de fazer com que ele leia o protocolo.”

Outro ponto levantado pelo colegiado foi utilizar ferramentas como o Moodle para fazer Educação à Distância (EaD), mas concluiu-se que para usar ferramentas de EaD seria preciso o compromisso de todos com a continuidade porque era complexo montar e no caso de desistência após implantado existiria um investimento perdido. Precisaria ser bem estudado.

C6: “[...] a gente usar Telebook, o Moodle, porque todos tem um tablet, para podermos fazer fórum, essas coisas [...] ”; Orientador: “[...] mas é preciso ter o envolvimento das outras pessoas, programar uma coisa deste tipo também dá trabalho. E aí, se não tem resposta do outro lado você fica com o um problema sem solução.”

O colegiado discutiu também que o processo de integração entre a FCMS da PUC/SP e a prefeitura deveria ser contínuo. Apesar da FCMS da PUC/SP utilizar os espaços das unidades como cenário de ensino, existia ainda pouca integração na

discussão das políticas públicas e na utilização de protocolos do município. A presença da universidade nas UBS/USFs precisaria ser bem articulada para que não sejam utilizados protocolos paralelos como ocorria no Centro de Saúde Escola^{JJ}.

C1: “[...] e o fato de trabalhar junto com a universidade não garante que o protocolo vai ser atendido, veja o fato da mortalidade infantil, a [UBS] escola [universidade] atende de uma forma e a gente tem outro protocolo diferente [...]”

O orientador afirmou que a universidade estaria muito aberta a colaborar com a formação de profissionais com um perfil mais humanizado e também estava disposta a contribuir com a aproximação com o setor público, pois já participou da atualização do protocolo do PSA, de um roteiro para o atendimento em psiquiatria e poderia contribuir em outras áreas. Também falou que existia boa integração entre a enfermagem e a medicina dentro da faculdade e a reforma curricular favoreceu a integração e interdisciplinaridade. Ambas as áreas utilizavam as UBS/USF como campo de ensino e estágio.

Orientador: “[...] a universidade está aberta. Na hora que fomos chamados nós viemos e fizemos uma parte do nosso trabalho, propondo um protocolo. É claro que isso vai muito além, e nós temos muito interesse em estreitar relações cada vez mais entre a universidade e todas as áreas de saúde do município.”

O orientador colocou também para o grupo que não bastava somente a universidade garantir uma formação mais humanizada do futuro médico, existia o fator da cultura da organização, se ela favorecia ou não o atendimento humanizado, além do perfil do indivíduo formado. Ele disse ainda que alguns não tinham perfil para atenção primária, era preciso selecionar pessoas com perfil para atender na atenção básica e a capacitação pode contribuir com o levantamento do perfil do médico, direcionando para consultas programáticas ou às de urgência e emergência. A falta de médicos no mercado, somado às condições de trabalho na atenção primária contribuíam com a evasão destes profissionais para outras áreas.

Orientador: “[...] Não adianta a universidade fazer tudo isso e chegar lá na hora do trabalho não encontrar receptividade para aquilo que aprendeu. Se tiver um ambiente de trabalho que não seja favorável ele não vai trabalhar. As vezes, muitos desses profissionais preferem trabalhar lá no pronto atendimento e faz lá 12 ou 24 horas e terminou o plantão [a responsabilidade] acabou. Ganha quase a mesma coisa, trabalha muito mais rápido, é verdade!”

^{JJ} O Centro de Saúde Escola é uma UBS municipal localizada muito próxima à FCMS da PUC/SP utilizada também por alguns professores da PUC para ensino do atendimento ambulatorial aos alunos da graduação.

Disponibilizamos uma cópia do protocolo atualizado proposto ao colegiado. Os coordenadores ficaram curiosos sobre as alterações para atualização dos protocolos, e após uma rápida olhada concluíram que o vigente e o atualizado tinham poucas diferenças entre si. Observaram também que o protocolo que estava sendo proposto era para o atendimento médico e as outras áreas não estavam contempladas. Discutiram que a abordagem da implantação do protocolo deveria ser pensada separadamente: ações para a enfermagem e ações para a equipe médica.

O colegiado discutiu também que, para melhorar o PSA, existiam problemas que iam muito além da autonomia dos coordenadores das unidades, pois era preciso ter equipamentos adequados e calibrados, ter o espaço adequado para o cliente sentar e conversar, ter número suficiente de funcionários competentes, etc. Elas diziam também que as unidades adaptavam as atividades dentro de cada realidade e que trabalhar com horas suplementares^{KK} reduzia o vínculo do profissional com a unidade e sua clientela, seria importante que a unidade tivesse uma equipe própria, fixa no local de trabalho.

C3: “Acho que a dificuldade maior é que o posto tinha que ter mais profissionais para poder absorver, seguir o protocolo [...]”

C1: “o profissional cumpre sua jornada em outro lugar e pode suplementar até duas horas diárias para trabalhar em outra unidade, sem vínculo nenhum, [...]”

Outra queixa do colegiado é que faltavam funcionários em todas as áreas, principalmente médicos. Além da falta de pessoal havia muita rotatividade e o rodízio de profissionais estava desestimulando as equipes de trabalho porque desorganizava o processo de trabalho, sobrecarregava a equipe e incluía pessoas despreparadas para a função. Funcionários novos inexperientes e sem capacitação adequada substituíam os antigos que saíam. Os vínculos estavam mais precários e isso dificultava o processo de treinamento e o vínculo com a clientela.

C3: “[...] o problema é que de um tempo para cá, nós temos um quadro de funcionários muito mais instável, entra e sai toda hora, tinha uma época que entravam no serviço público e não saíam, hoje não é assim [...] você acaba de fazer o treinamento e troca a equipe.”

^{KK} Modalidade de horas trabalhadas, além da jornada do funcionário, realizadas mediante opção do trabalhador e com o valor de remuneração igual ao da hora normal, sem receber acréscimos no valor da hora trabalhada. Habitualmente estas horas eram realizadas em unidades diferentes do local de trabalho do funcionário para cobertura de escalas de férias ou folgas. Com a falta de funcionários, estas horas passaram a serem utilizadas para completar as escalas.

C4: “[...] E essa situação de falta de estrutura é desestimulante para os profissionais, porque, lá na unidade a gente já tentou inúmeras vezes tocar esse programa, mas aí, chega uma hora que o programa estava andando e saíram todos os médicos e fica só um trabalhando e o que vou fazer?”

Elas também afirmam que a falta de recursos audiovisuais para o atendimento de enfermagem coletivo (AEC) levava à improvisação. Essa improvisação poderia gerar desconforto aos pacientes que ficavam apinhados para ver uma apresentação numa pequena tela de um computador. Algumas unidades utilizavam um aparelho de DVD e televisão para melhorar a atividade. O colegiado afirma que o AEC é importante, mas a repetição de temas, a falta de habilidade de quem desenvolve e o desconforto descrito poderiam desestimular a participação dos pacientes nessa atividade.

Outro problema era que existiam falhas na aferição da pressão arterial e seria interessante ter aparelhos automáticos para melhorar a acurácia da aferição da PA, desde que fossem de qualidade e que se respeitassem as técnicas de aferição com esses equipamentos. Relataram que foram comprados equipamentos que se mostraram inadequados, foram devolvidos. Os equipamentos de má qualidade e sem calibragem prejudicavam o trabalho das equipes.

C6: “[...] os estetoscópios são muito ruins, os esfigmos não são calibrados como deveriam, é uma pena.”

O colegiado afirma também que o médico precisa estar motivado para desempenhar bem seu papel no PSA, alguns médicos eram resistentes a seguir normas e rotinas padronizadas (protocolos), e estimular a motivação era um grande desafio porque o estímulo era individual. Uma coordenadora afirma que alguns médicos não tinham tempo e energia para estudar, outros eram desinteressados ou estavam desmotivados, talvez por falta de momentos de reflexão sobre o resultado do seu trabalho. Elas acreditavam que uma forma de envolver e motivar os médicos seria fazer capacitações periódicas, oferecendo tempo e oportunidade para reflexão sobre a rotina de trabalho, seus resultados e estabelecendo novos desafios.

O colegiado discutiu também que monitorar o trabalho médico poderia ser um estímulo para ele trabalhar corretamente. Também afirmaram que era preciso organizar o programa como um todo, pois a equipe desmotivada prejudicava o trabalho de todos. Pensando desta forma o que precisaria ser feito na opinião do colegiado para "motivar o médico" e os demais membros da equipe: 1) garantir

número mínimo de funcionários na equipe de enfermagem e de médicos; 2) as rotinas e protocolos deveriam ser padronizados para garantir a qualidade do atendimento principalmente quando o funcionário fosse trabalhar em unidades diferentes daquela que ele estava lotado (suplementação); 3) seria importante fazer reuniões periódicas envolvendo o médico em conjunto com o restante da equipe para reavaliar os processos de trabalho da unidade; 4) também poderia reorganizar o programa de forma que fique um médico e um enfermeiro como gestores do PSA em cada unidade; 5) chamar a equipe médica para ouvir suas dificuldades e reivindicações e procurar acolher quando possível; 6) oferecer treinamentos para os médicos em diversas áreas respeitando os interesses dele e da instituição; 7) cada unidade deve ter abordagem e planejamento individualizados de acordo com suas características, mas isso não exclui a possibilidade de desenvolver ações centralizadas de capacitação; 8) deve ser feito um esforço de aumentar a responsabilidade das unidades em relação ao PSA com organização e treinamento. Poderiam utilizar as oficinas de planejamento pré-agendadas para fazer a motivação da equipe e contextualizar o PSA.

C4: “[...] é importante monitorar, se você monitora é um estímulo para o médico fazer certo, tem unidade que ele trabalha bem e tem unidade que está parado, [...]”

C6: “[...] que tem que garantir o mínimo de funcionários.”

C6: “[...] encontros periódicos, organizaria a unidade para que um médico e um enfermeiro da unidade fossem os gestores do programa do adulto para avaliar o dia a dia, identificar falhas ou problemas [...]”

Foi perguntado ao colegiado como viam o processo de trabalho das unidades em relação ao PSA. De acordo com elas, existiam unidades que não tinham qualquer rotina do PSA implantada e não seguiam o protocolo, mesmo quando a população predominante era de adultos e idosos, o que agravava a situação. Afirmaram que em algum momento já teve o PSA funcionando e se perdeu. Elas também afirmaram que algumas unidades estão iniciando o PSA "do zero" e ainda não tinham ideia da clientela. Perceberam que quando reorganizavam o programa identificando visualmente a população alvo, através de tarjas nos prontuários, ajudava na sensibilização da equipe.

C3: “[...] Hoje não existe nada, nada, nada. Algumas pessoas de lá não conhecem o protocolo, com a entrada do SIS se perderam a classificação, os prontuários estavam misturados com todos os outros prontuários, então ali nós não sabíamos qual prontuário era de diabéticos, de

hipertenso, tudo se perdeu. Hoje não tem consulta de enfermagem, não tem o atendimento de enfermagem, não tem o atendimento coletivo, eu já tenho dificuldade porque um dos médicos não aceita o protocolo, não segue o protocolo, e é praticamente o meu médico "carro chefe da unidade" é o único praticamente que eu tenho. [...] já escutei que teve um PSA na unidade mas não sei de que forma funcionava. [...] estamos pegando prontuário por prontuário, a gente está tarjando para separar quem é hipertenso e quem é diabético, eles estão assustando com o que eles estão vendo [...] eu não tenho ainda hoje a noção real de quantos pacientes eu tenho hipertensos e diabéticos até porque o SIS não é alimentado da forma correta."

As coordenadoras afirmaram que os médicos acreditavam que atendiam um número grande de pacientes programáticos por dia, porém, elas discordavam disso. Quando a unidade estava organizada e possuía número suficiente de equipe de enfermagem, parte do trabalho médico era preparado pela enfermagem. Disseram também que era mais fácil trabalhar os protocolos com a enfermagem, desde que o quadro oferecesse número suficiente de funcionários. Segundo elas, faltava confiança no trabalho das equipes, apesar de otimizar o atendimento programático.

Outro problema relatado a respeito do processo de trabalho pelo colegiado foi que existia o entendimento equivocado por parte dos médicos e também da população, que o paciente em acompanhamento com um especialista na Policlínica não seria preciso mais passar na atenção básica. Outra situação também muito presente era que o cliente não queria participar do atendimento de enfermagem coletivo (AEC) e as coordenadoras não podiam obrigar o cliente. Isso ocorria quando a ação era repetitiva, desconfortável e realizada por equipe não qualificada para a atividade. Elas também afirmam que quando o médico fazia a orientação médica coletiva os resultados costumavam ser muito bons. Foi elaborado um material de apoio à equipe de enfermagem, em parceria com a universidade, para realização do atendimento coletivo de enfermagem.

Ainda em relação ao processo de trabalho afirmaram que a falta de funcionários em todas as áreas (médicos e enfermagem) dificultava processo de implantação do PSA, mas, não tirava a responsabilidade da unidade de saúde de fazê-lo. As supervisoras comentaram que existiam unidades com graus diferentes de "maturidade" e cada uma estava num ponto diferente do processo. O colegiado afirmou que é importante salientar a importância da equipe de enfermagem na organização do PSA e também para o melhor aproveitamento das consultas médicas. De acordo com uma coordenadora um funcionário administrativo não

conseguia substituir na plenitude as funções “administrativas do programa” executadas pelos técnicos de enfermagem devido à necessidade de conhecimento técnico específico sobre o protocolo e as orientações.

C6: “[...] Então a nossa pré-consulta é no dia anterior retirar todos os prontuários, e a gente carimba, aonde o médico colocaria a data, consulta médica de rotina, consulta médica eventual, consulta médica resultado de exame, exame fora do período de rotina, para poder direcionar esse atendimento na hora que esse prontuário chega na mesa do médico, [...] e a gente faz isso para ajudar e dar subsídio para o médico saber o que o paciente está fazendo ali no consultório. [...] E se ele for ao balcão para fazer a pós consulta com o administrativo ele marca só o exame e o paciente vai embora, aí o exame está pronto, não tem consulta médica para resultado de exame, aí fica vencido esse exame, aí entra no encaixe para o acolhimento, dá tudo errado!”

O colegiado também afirmou que o coordenador de unidade de saúde respondia por várias atividades na unidade e a função de avaliação de atividades programáticas e/ou outras estratégias poderia ser delegada a alguns membros da equipe, portanto seria importante ter em cada unidade uma equipe que fizesse a “gestão do PSA” e outros programas.

Na entrevista com gestores nos foi relatado que há dois anos (2010) houve um treinamento sobre PSA e acolhimento. Questionamos ao colegiado como foi a experiência deste treinamento e nos disseram que quando ocorreu em 2010, o treinamento sobre PSA foi técnico, apenas com apresentação do protocolo, sem uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem e a discussão posterior envolveu a produtividade apenas. Outro agravante foi o processo eleitoral que impediu a continuidade da estratégia e, posteriormente, demandas agudas como a epidemia de dengue roubaram espaço da discussão do PSA.

C4: “[...] Só apresentou o protocolo [...] a gente fez essa discussão de produtividade apenas, depois não houve continuidade porque houve o momento político e não pudemos mais fazer oficinas. Esse ano iria ter um grande [treinamento] que a gente não conseguiu realizar, aí veio a dengue, etc.”

Elas referiram também que as campanhas eleitorais e a troca de governo impossibilitaram e atrasaram a abordagem das equipes do PSA. Isso ocorreu porque no período eleitoral não era autorizado o fechamento da unidade para a realização de atividades educativas e de planejamento e, na troca de governo, a equipe gestora foi trocada também e a nova equipe precisava se apropriar das atividades atrasando o processo. Esse processo (entre a campanha eleitoral e a reforma administrativa) chegava a durar um ano.

Para encerrar esta etapa o colegiado afirma que era importante realizar reuniões com a equipe para valorizar e organizar os diversos saberes de forma sinérgica. Existiam unidades que tinham esse espaço garantido com reuniões periódicas. Seria preciso criar uma cultura com regularidade e compromisso mútuo de não parar o processo. Faltava em algumas unidades rotina de diálogo entre os funcionários e os espaços "informais" costumavam ser utilizados. Seria importante estimular e dar ouvidos aos médicos nas oficinas de planejamento.

6.7 A triangulação dos dados.

A análise das entrevistas dos três grupos (gestores, médicos e colegiado) nos permitiu verificar pontos comuns entre eles e a confluência de opiniões que vamos apresentar nesta etapa.

6.7.1 O que foi comum nos discursos dos três grupos:

Os três grupos teceram elogios à proposta formal do PSA vigente (em 2012 e 2013) e apontaram dificuldades em operacionalizar o que está instituído no programa (fluxos, rotinas e protocolo) por vários fatores. Outra afirmação comum foi que existia falta de clínicos e generalistas para atender no PSA. Este era um fator muito importante que comprometia o bom desenvolvimento do programa. Ainda segundo os grupos a oferta de medicamentos na Farmácia Popular era um grande avanço. Eles também disseram que faltava capacitação para a equipe médica desenvolver o PSA, porém, era difícil suspender o atendimento para capacitá-los. Outro ponto comum foi que os treinamentos deveriam ocorrer no horário de trabalho do médico. Referiram também que a burocracia para solicitar exames subsidiários era muito grande e havia necessidade de se facilitar este processo. Também foi ponto comum a importância das atividades da enfermagem para o bom desempenho do PSA. Como último item comum aos três grupos foi que os impressos não eram utilizados adequadamente.

6.7.2 O que foi comum nos discursos dos grupos gestores e médicos:

Os médicos e os gestores afirmaram que seria importante ter nutricionista e educador físicos fazendo parte das equipes das UBS/USFs. Outro ponto comum foi a necessidade de ampliar a oferta de medicamentos nas UBS/USF (novas drogas) para o tratamento de doenças com alta prevalência na população e para tratar as complicações e os fatores de risco da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Também foi comum entre estes grupos que é preciso acabar ou reduzir a burocracia para prescrição de medicamentos da Farmácia de Alto Custo

6.7.3 O que foi comum nos discursos dos grupos gestores e colegiado:

Os gestores e o colegiado afirmaram que era muito difícil capacitar os médicos porque as equipes do nível central eram reduzidas e não conseguiam se organizar para esta atividade. Os dois grupos afirmaram que seria muito importante também capacitar os médicos que atuavam nos serviços de urgência e emergência para o atendimento das complicações agudas dessas doenças. No colegiado os coordenadores das UBS/USFs afirmaram que já tinham muitas atribuições e faltava tempo para capacitar as equipes, ou seja, todos que ocupam o papel de gestor (no nível central, regional e local) entendiam que era importante capacitar os médicos, mas, tinham muitas dificuldades para desempenhar esta atividade. Os dois grupos também lamentaram a paralização das "oficinas para implantação do acolhimento" e afirmaram que deveria haver continuidade. Esta capacitação do acolhimento foi uma recente iniciativa (2011) de educação permanente que envolveu toda a equipe de atendimento e ainda é lembrada como um "modelo" a ser seguido. Outro ponto comum aos dois grupos foi a necessidade de melhorar a qualidade dos equipamentos disponibilizados nas UBS/USFs.

6.7.4 O que foi comum nos discursos dos grupos médicos e colegiado:

Que a atividade da equipe de enfermagem era muito importante para o desenvolvimento do PSA, porém, não aconteciam em algumas unidades, ou quando ocorriam, apresentavam deficiência por vários fatores como a falta de espaço físico e falta de equipe de enfermagem que precisaria ser ampliada.

6.8 Discussão do processo histórico, das entrevistas e os subsídios norteadores

Nesta etapa do trabalho nos deparamos com uma série de dados a serem discutidos e analisados com o objetivo de apoiar a elaboração dos subsídios norteadores para implantação de novos protocolos. A coleta de dados gerou muitas informações sobre o PSA. Este universo de dados permitia uma gama de análises e poderá ser utilizado para outros estudos, porém, para este estudo, direcionamos aos nossos objetivos e discutimos aquilo que dizia respeito diretamente a esta pesquisa. Evitamos um maior aprofundamento das discussões na área psicossocial, porque fugiria da proposta deste trabalho e também não é nossa área de conhecimento. Procuramos avaliar as questões à luz do referencial teórico, dentro dos limites necessários para enriquecer esta dissertação de mestrado profissional. Esta dissertação foi elaborada com objetivo de contribuir com a gestão pública e deve ser acessível aos servidores públicos. O referencial teórico escolhido não é abordado na formação dos profissionais em várias profissões da saúde, logo, vamos discuti-lo sem a pretensão formal de nos aprofundar, traremos apenas os elementos necessários para que o leitor entenda a nossa escolha metodológica e a contribuição dela nas propostas dos subsídios norteadores.

6.8.1 Discussões sobre a escolha metodológica

O estudo foi desenvolvido à luz de referenciais teóricos qualitativos onde se propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão. “A pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes”.⁴⁷

Segundo Minayo,²⁵ "Representações sociais" é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. As percepções são consideradas consensualmente, por todas as correntes de pensamento, como parte da construção da realidade. Do ponto de vista sociológico, segundo Durkheim,⁴⁸ as representações sociais são um grupo de fenômenos reais, dotados de propriedades específicas e que se comportam também de forma específica na medida em que não são universais, mas surgem ligadas aos fatos sociais, transformando-se, elas próprias, em "fatos sociais" passíveis de observação e percepção. Existem críticas à esta visão. Na concepção de Durkheim,⁴⁸ o indivíduo sofre pressão das representações dominantes na sociedade. É a sociedade que pensa ou exprime os sentimentos individuais. Já, segundo Moscovici³³ as representações não são necessariamente conscientes nos indivíduos, assim, de um lado, as representações conservam a marca da realidade social onde nascem, mas também possuem vida independente, reproduzem-se e se misturam, tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social.⁴⁹

Max Weber⁴⁵ remete a importância da compreensão das ideias e de sua eficácia na configuração da sociedade e introduz a história como construtora de especificidades e de determinações importantes neste processo.

Minayo²⁵ afirma que a escola Marxista contribui para a discussão das representações sociais ao introduzir, na análise, a condição de classe. Os Marxistas partem do princípio que a classe dominante tem suas ideias elaboradas em sistemas que configuram como ideologia, envolvendo a moral, filosofia, metafísica e religião. No entanto, as classes subalternas também possuem ideias e representações que refletem seus interesses, embora sempre numa condição de subordinação, portanto, todas as representações sociais são visões sobre a realidade, marcadas pelas contradições dependentes do lugar que os diferentes atores ocupam no modo de produção.⁵⁰

Estes referenciais teóricos apontam para a necessidade de iniciar esta discussão contextualizando alguns elementos importantes que certamente influenciarão a análise e a elaboração dos subsídios norteadores, tais como: o

processo histórico, a profissão dos atores envolvidos, suas inter-relações pessoais e com a conjuntura cultural, organizativa e política do local da pesquisa e do mundo em que ele está inserido. Neste contexto é importante evidenciar que a pesquisa foi realizada entrevistando pessoas com formação universitária, todos servidores públicos municipais (que gozam de estabilidade no emprego), inseridos num ambiente técnico-político, em um município com mais de seiscentos mil habitantes e que apresenta condições socioeconômicas privilegiadas em relação à maioria dos municípios brasileiros^{LL}. Este estudo retrata as nuances do processo de trabalho e seus desafios neste contexto e que pode ou não se aplicar a outros municípios.

Quanto ao processo de trabalho é importante tecer algumas considerações. O movimento da "Administração Científica", fundada por Taylor e seus seguidores preconizava que nas indústrias havia uma necessidade de comando, desenvolvendo uma concepção individualista e econômica, restrita aos determinantes do comportamento humano.^{41,51} O pensamento administrativo clássico deste período tinha o exército e a máquina (ou a colmeia, o formigueiro) como seus melhores representantes. Este modelo remete à simbologia de que a força de trabalho deve ter previsibilidade, disciplina, ordem, divisão minuciosa do trabalho, especialização minuciosa das funções, a lógica mecânica, a conduta racional, a constância do esforço e a obediência dócil.⁵² Toda essa visão caracteriza o modelo hierarquizado de separação entre os que pensam e os que executam. Esta não é uma particularidade da indústria. No sistema de saúde isso também aparece na medida em que colocamos verticalmente rotinas, protocolos e implementamos novos processos a fim de "garantir a qualidade do resultado final". Neste sentido, em muitas organizações, e aqui inclui o setor público, existe a separação entre a construção de ideias (de objetivos e de estratégias) e a execução. Este contexto pode gerar um cenário de conflito onde, de um lado, vemos o processo de globalização em que tudo é repensado, renovado, com tecnologias de ponta, mas, do outro lado, existe a cristalização em modelos de administração científica hierarquizada e prescritiva. Acreditamos que daí surgem conflitos nas relações

^{LL} IDHM é um índice desenvolvido humano com base no Censo do IBGE, e leva em conta três componentes: expectativa de vida ao nascer, educação e renda per capita. Ele permite comparar os municípios brasileiros entre si. Atualmente é dividido em 5 faixas com os valores variando de 0 a 1: Muito baixo (0 a 0,499); Baixo (0,500 a 0,599); Médio (0,600 a 0,699); Alto (0,700 a 0,799); Muito Alto (0,800 a 1). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM - de Sorocaba em 2010 foi de 0,798 lhe dando a 47ª posição no ranking entre os 5.565 municípios brasileiros.

hierárquicas formais (coordenadores e equipe) e imaginárias (entre membros com formação profissional diferentes dentro da própria equipe). As tentativas de aproximação das equipes prestadoras do cuidado com as de gestão procuram avançar rompendo a situação posta, porém, a todo o momento o modelo tende a se repetir.

Culturalmente as relações de trabalho são competitivas e o trabalho é fragmentado apesar dos esforços para quebrar este paradigma. O trabalho na saúde ainda se reduz a um conjunto de pessoas restritas a ocupações muito bem recortadas e definidas e, neste contexto, ainda existe o mito de que o controle fica circunscrito ao médico, enquanto à enfermagem fica delimitado o papel de cuidar.⁵³ Entretanto, este papel é invertido no Sistema Único de Saúde, em particular em Sorocaba, pois atualmente, não existem coordenadores médicos nas UBS/USFs (a grande maioria são enfermeiros). A formação médica e de enfermagem (em muitos lugares) ainda reforçam esta questão que fica como pano de fundo não explícito de muitos conflitos. Historicamente (talvez ainda hoje) o médico era formado para ser profissional liberal o que o afastava da subordinação hierárquica. Estas equipes se vestem de papéis que representam, utilizando um roteiro do imaginário social (representação). Isto ficará claro nos discursos das entrevistas realizadas. Felizmente este processo histórico está se transformando e hoje vemos que boa parte das instituições de ensino superior procura garantir aos profissionais o conceito benéfico da formação para o trabalho multiprofissional em equipe. Estes preceitos estão presentes nas últimas diretrizes curriculares das profissões da saúde, particularmente importante para o nosso contexto, a de enfermagem e medicina.^{54,55}

Spink⁵⁶ diz que as representações são campos estruturados pelo “habitus” e pelos conteúdos históricos que impregnam o imaginário social, seja porque são estruturas estruturantes desse contexto e, como tal, motores da mudança social. Se são as representações sociais que, através de um conjunto de valores e crenças, ditam as práticas sociais, podemos inferir que as expectativas dos atores, quanto aos papéis a serem representados e normas a serem cumpridas, estão muito mais num conjunto de regras simbolicamente construídas do que hierarquicamente mantidas. Se a organização é a formatação dessas regras (produção social), o

grupo as realiza e promove os valores. O grupo é o que dá vida à construção social da realidade.⁵³

A escolha da teoria das representações sociais se deu porque atende às necessidades deste estudo, pois nos propomos responder os objetivos à luz da vivência dos atores envolvidos e o que as vivências representaram para eles, inseridos no contexto histórico.^{33,57} A escolha de papéis definidos neste contexto (gestores, médicos e colegiado) traz a representação de grupos que são responsáveis pela organização e execução do cuidado à saúde e que convivem numa relação, às vezes tensa, em torno de dois objetos: a população que recebe o cuidado e a "prefeitura", uma instituição "impessoal" que nem sempre atende aos desejos desses atores. O pano de fundo escolhido, a atualização dos protocolos de hipertensão e diabetes, serviu para direcionar e enriquecer a discussão a respeito desses papéis. As técnicas escolhidas para coleta de dados nesta pesquisa (entrevistas individual e em grupo com análise de discurso) são reconhecidas como válidas para pesquisas das representações sociais.^{28,30,31}

6.8.1.1 A teoria das representações sociais

O termo "representação social" foi cunhado por Moscovici em seu doutorado em 1961.²⁶ A teoria das representações sociais é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais que se produzem no cotidiano, que pertencem ao mundo vivido. Segundo Moscovici³³ nosso ambiente natural, físico e social é fundamentalmente composto de imagens e, nós, continuamente acrescentamos-lhe algo e descartamos algumas imagens, adotando outras.

O processo de representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. Estes elementos têm algo a nos ensinar sobre a maneira como as pessoas pensam e o que pensam. Ele ainda acrescenta que existem dois universos de pensamento nas sociedades contemporâneas "pensantes": os reificados (da ciência) e os consensuais (do senso comum). As ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam do universo consensual, são

criadas pelos processos de ancoragem^{MM} e objetivação^{NN} circulam no cotidiano e devem ser vistas como uma “atmosfera” em relação ao indivíduo ou ao grupo.³³

A teoria das representações sociais é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais. Saber, aqui se refere a qualquer saber, mas a teoria está especialmente dirigida aos saberes que se produzem no cotidiano e que pertencem ao mundo vivido. Moscovici sugere que seu interesse não é em determinar uma teoria “forte e fechada”, mas uma perspectiva para se poder “ler” os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social. Ele organiza os pressupostos básicos de sua teoria ao redor da complexidade do mundo social e, propositadamente, abandona o “microscópio”, pois não lhe interessam as células e os genes, mas os seres humanos no contexto mais amplo das relações sociais.⁵⁸ Existem três elementos ligados ao conceito de representação social: 1) é um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural, possui uma dimensão histórica e transformadora; 2) reúne aspectos culturais, cognitivo e valorativo, isto é, ideológicos; 3) estão presentes nos meios e nas mentes, isto é, ele se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos; é um conceito relacional e, por isso mesmo, social.⁵⁸ Nosso estudo, a todo momento, se depara com esses três elementos.

O ato de representar, além da imagem, carrega sempre um sentido simbólico. Segundo Jodelet⁵⁷ há quatro características fundamentais no ato de representar:

1) a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); 2) a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); 3) a representação será apresentada como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais - ela é uma forma de conhecimento; 4) qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

^{MM} Ancoragem: é o processo pelo qual procuramos classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não familiar. Pela nossa dificuldade em aceitar o estranho e o diferente, este é, portanto, percebido como “ameaçador”. No momento em que nós podemos falar sobre algo, avaliá-lo e, comunicá-lo mesmo vagamente, podemos, então, representar o não usual em nosso mundo familiar, reproduzi-lo como uma réplica de um modelo familiar. Pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo.³³

^{NN} Objetivação: elaboração de conceitos e imagens “para fora” (para outros) para reproduzi-los no mundo exterior.³³

A teoria das representações sociais vai tratar da produção de saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social. Para Moscovici³³ as representações apresentam duas funções:

- 1) Elas "convencionalizam" os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura; 2) Representações são 'prescritivas', isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado.

Moscovici³³ afirma que essas representações são partilhadas pelas pessoas, influenciando-as. As representações significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas.³³ A finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou seja, elaborar um universo consensual familiar nos quais as pessoas querem ficar, pois não há conflitos.³³ Neste universo tudo que é dito ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas compreendidas previamente.³³ O não familiar são as ideias ou ações que nos perturbam e nos causam tensão.³³ No entanto, o que nos é incomum, não familiar é assimilado e pode modificar nossas crenças. Esse é o processo de rerepresentar o novo.³³ Acredito que por esse motivo, aquilo que nos gera tensão tem que ser aprofundado.

Abrieux⁵⁹ resume de forma bastante didática as funções dinâmicas das representações sociais:

- 1) Função de saber: as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.
- 2) Função identitária: as representações sociais definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados.
- 3) Função de orientação: as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de

comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.

4) Função justificadora: por essa função as representações permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

Este trabalho toca a todo o momento na dinâmica das relações e nas suas práticas sociais, logo este referencial teórico nos dá sustentação para escolha dos métodos de coleta de dados, análise e discussão.

Finalmente, nesta pesquisa vamos avaliar o desenvolvimento de uma política de saúde, procurando levantar subsídios para elaboração de pressupostos para novas ações. Quando se fala em avaliação de serviços é importante considerar o modelo Donabedian. Donabedian⁶⁰ propõe que avaliação não se restringe à verificação dos objetivos propostos, tendo em vista que estes objetivos também devem ser constantemente avaliados com o propósito de conferir se atendem à definição social e se contemplam as expectativas dos responsáveis da área e dos usuários desse serviço. A qualidade da assistência não é um atributo abstrato, ao se considerar que é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise dos componentes da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. Segundo Donabedian⁶¹ a estrutura compreende a parte física de uma instituição, os recursos humanos, instrumentais, equipamentos, recursos financeiros e estrutura organizacional; o processo é caracterizado pelas atividades de cuidados realizados ao usuário, técnicas operacionais e relações que envolvem profissionais de saúde e usuários; e finalmente os resultados são o produto final da assistência prestada, considerando saúde e satisfação do usuário em relação aos padrões e expectativas. No nosso caso não iremos avaliar a opinião dos usuários que recebem o cuidado no PSA, logo, a dimensão "resultados" não está atendida na medida em que avaliamos apenas a "satisfação dos médicos e gestores", excetuando a de quem recebe o cuidado, porém, também utilizamos alguns elementos deste referencial teórico na discussão e elaboração dos subsídios norteadores, na medida em que analisamos a estrutura, o processo e alguns resultados (apenas na visão da gestão e de quem presta o cuidado).

6.8.2 O pano de fundo do processo

Segundo Klaus Frey⁶²:

Na ciência política, costuma-se distinguir três abordagens de acordo com os problemas de investigação levantados. Em primeiro lugar, podemos salientar o questionamento clássico da ciência política que se refere ao sistema político como tal e pergunta pela ordem política certa ou verdadeira: o que é um bom governo e qual é o melhor Estado para garantir e proteger a felicidade dos cidadãos ou da sociedade? Foram as preocupações primordiais dos teóricos clássicos Platão e Aristóteles. Em segundo lugar, temos o questionamento político, propriamente dito, que se refere à análise das forças políticas cruciais no processo decisório. E, finalmente, as investigações podem ser voltadas aos resultados que um dado sistema político vem produzindo. Nesse caso, o interesse primordial consiste na avaliação das contribuições que certas estratégias escolhidas podem trazer para a solução de problemas específicos.

Para iniciar nossa discussão, frente ao processo histórico e resultado das entrevistas, o primeiro ponto a ser discutido diz respeito a importante tarefa de avaliação do impacto financeiro de cada decisão sobre a nova tecnologia acrescentada aos processos de diagnóstico e tratamento gerados pelos protocolos e também as adaptações dos processos de trabalho frente aos recursos disponíveis e necessidade de novos recursos. O segundo ponto importante é checar a vontade política para implementar a política pública nos moldes propostos pelo protocolo. Isto é fundamental para absorver os impactos gerados pelo processo de mudança e garantir a governabilidade. Diante da mudança periódica do governo municipal, este "checar a vontade política" deve ser repactuado a cada quatro anos (ou menos). Um problema que vejo neste processo é que algumas políticas públicas como, no nosso caso, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus e suas complicações, não deveriam necessitar de repactuação⁰⁰ e, por isso, as equipes técnicas de Sorocaba deram continuidade, mantendo o formato inicial do PSA (ano 2000), sem fazer esta revalidação. Também, para os secretários de saúde e prefeitos, não seria politicamente correto "desautorizar investimentos nessas áreas" e por isso, se precisam optar por não investir, podem fazer indiretamente, por exemplo, não ampliando o quadro de funcionários da atenção básica alegando falta de recursos financeiros. Mas será que a falta de pessoal, da oferta de novos medicamentos, as dificuldades para capacitar as

⁰⁰ Neste caso, coloco a repactuação como sendo a checagem formal, a ser realizada pelas equipes técnicas do nível central frente ao Secretário da Saúde e Prefeito, sobre o quanto vai ser investido nesta política pública no período de governo vigente.

equipes e outros problemas identificados não seriam reflexo da baixa valorização do PSA^{PP} e da atenção básica, que tem seus recursos "drenados" por outras áreas, p. ex. atendimentos nos serviços de urgência e emergência? Estes dois pontos, como veremos adiante, estão relacionados com várias situações apontadas como problemas nas entrevistas e permeiam o imaginário dessas equipes. Minha visão deste processo é que as escolhas feitas são fruto da necessidade de ampliar a credibilidade popular na gestão atual e refletem as pressões políticas que sofrem o Secretário da Saúde e o Prefeito, por maior oferta de atendimentos e não por desenvolver políticas públicas que promovam a saúde. A ampliação da oferta de atendimentos são opções naturais e legítimas, necessárias para garantir a governabilidade na visão destes atores. O desafio é encontrar o equilíbrio, porque a efetividade do sistema de saúde deve refletir as melhoras dos indicadores de saúde e a aceitação e satisfação do usuário.⁶⁰

Buscamos o relato de outras experiências para implantação de protocolos e, a exemplo disso, citamos a política pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde sobre a prescrição e fornecimento de medicamentos de alto custo no o SUS.⁶³ Em plena conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a necessidade de gerenciar adequadamente o Programa de Medicamentos Excepcionais e de promover o uso racional de medicamentos, é que o Ministério da Saúde lançou-se ao desafio de formular, para os medicamentos de alto custo, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A criação dos Protocolos para Medicamentos Excepcionais envolveu a formação de uma equipe de trabalho que contou com médicos, professores universitários com formação em farmacologia clínica e epidemiologia, farmacêuticos e um serviço de apoio. Através de estudos baseados em evidências elaboraram os protocolos e submeteram a consulta pública. Durante o processo foi garantido que uma equipe da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, fizesse uma avaliação do impacto financeiro de cada decisão sobre a nova tecnologia acrescentada aos processos de diagnóstico e tratamento gerados pelos protocolos com objetivo de garantir a viabilidade da proposta. A política foi implantada e está vigente nos dias atuais, tomou-se o cuidado de realizar uma

^{PP} Por muitos anos as ações para redução da mortalidade materna e infantil foram prioridade para a SMS de Sorocaba tirando recursos do PSA na medida em que utilizam a mesma equipe da atenção básica. Todas as entrevistas apontaram que estes recursos têm sido insuficientes ao longo dos últimos anos.

consulta pública (para receber propostas e críticas) e, na operacionalização, buscou garantir a "vinculação da prescrição dos medicamentos de alto custo com os protocolos propostos" através do preenchimento de impressos próprios e da exigência de solicitação dos exames previstos nos protocolos para autorizar a dispensação da medicação. Por outro lado, como apareceu nas entrevistas, a execução deste processo tornou-se difícil pelo excesso de burocracia para a prescrição e para a retirada dos medicamentos e isto levou a reduzir a adesão do médico e do paciente à política, exceto quando o preço do medicamento é muito alto e o medicamento é essencial. Em Sorocaba, o PSA na sua implantação passou por etapas parecidas^{QQ} e também apresenta problemas na adesão dos médicos e pacientes.

Fazendo um paralelo entre a experiência do Ministério da Saúde e a de Sorocaba, em relação ao PSA, verificamos que o processo apresentou como principal falha para sua continuidade adequada, a falta de avaliação do impacto do programa proposto nas dimensões técnica, financeira, operacional, e principalmente política, com adaptação da proposta ao cenário. Estas dimensões merecem ser reavaliadas no máximo a cada quatro anos, nas mudanças de governo, como já foi dito.

A reavaliação e revisão do planejamento dificilmente ocorrem, provavelmente pelo despreparo das equipes nos diversos níveis, somada com a entrada de "novos membros despreparados" principalmente nas trocas de governo. Acredito que exista uma "ingenuidade técnica" dos gestores da área operacional da saúde que acreditam que as prioridades das suas áreas são também as prioridades políticas das administrações públicas. Os diversos atores envolvidos, os técnicos e os políticos, têm visões particulares do mundo, todas legítimas, faltando aos políticos entender melhor as questões técnicas e possibilidades e aos técnicos, entender a visão política e possibilidades. Cohn⁶⁴ quando fala de políticas de saúde, afirma que devemos ter em conta que quando se vai tratar delas, o que passa a ser foco do estudo é o processo de tomada de decisões por parte do Estado (leia-se, daqueles

^{QQ} O protocolo do PSA vigente foi elaborado com base nos conhecimentos científicos mais atuais da época, foi possibilitada a discussão da proposta com os médicos e também procurou garantir o seguimento do protocolo (com impressos, exames e controle do fornecimento de medicamentos). Na implantação tinha apoio político que permitiu, inclusive, incrementar as equipes da gestão do nível central, capacitar todos os funcionários envolvidos da atenção básica e promover mudanças na oferta de medicamentos.

grupos que detêm o poder naquela conjuntura histórica que está sendo estudada, e constituindo governos), ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais, tendo-se todavia por referência que ao Estado compete, sempre, orientar suas ações para o bem comum da sociedade. Cabe aqui uma reflexão que faço: o que é o bem comum da sociedade na visão das diferentes pessoas envolvidas, inclusive dela? Como são visões de mundo diferentes, cada ator ancora os seus referenciais e elabora as verdades dentro dos grupos que representam e, desta forma, alguns técnicos entendem que sua visão é a única correta e, algumas vezes, ignoram os outros grupos envolvidos no processo. Isto é um motivo de frustração e desmotivação das equipes que aparece claramente nas entrevistas. Percebemos quando, repetidas vezes, surge a queixa de falta de profissionais, medicamentos, equipamentos e outras deficiências. A grande dúvida que paira no imaginário das pessoas: Por que isso acontece? Um município do porte de Sorocaba não deveria ter recursos para garantir a estrutura adequada para o desenvolvimento de ações básicas no tratamento de doenças importantes do ponto de vista da saúde pública? Ao nos depararmos com estas questões percebemos a importância de considerar o nosso referencial teórico para analisar todo este material.³³

Acredito que seria importante para o futuro do país, apesar de exigir profundas mudanças no cenário da gestão pública brasileira, trabalhar com equipes técnicas fixas e competentes, com o compromisso de garantir a continuidade das políticas públicas, independente das mudanças no cenário político. O desafio é trabalhar com o enfoque técnico e ter autonomia, respeitando as demandas políticas, afinal, o país é democrático e o prefeito eleito representa a vontade da população! Não dá para desperdiçar o dinheiro do contribuinte interrompendo ações sem a adequada justificativa técnica à luz da epidemiologia e nos resultados.

O fato de elaborar e administrar cursos de gestão pública em saúde aos funcionários de duas prefeituras nos últimos anos, Sorocaba-SP e Votorantim-SP, me possibilitou um contato maior com coordenadores, gerentes, diretores e supervisores da área pública e tenho percebido nitidamente alguns pontos que permeiam o imaginário dessas equipes e que afloraram nas nossas entrevistas. Em geral, apresentam dificuldades em ver a finitude dos recursos públicos, em perceber que ao se destinar mais recursos para área da saúde, faltará para outras áreas que

os afetará diretamente, como por exemplo, a segurança pública, o transporte público e a coleta de lixo. Também tenho percebido uma necessidade de personificar um culpado pelas privações que enfrentam e isso recai sobre os secretários de administração, da saúde, de recursos humanos e do prefeito que aparecem genericamente como "a prefeitura". Fela Moscovici⁶⁵ disse que ao estudar as organizações, o processo diagnóstico envolve necessariamente ciência e arte e quem emprega somente técnicas objetivas e delas extrai conclusões lineares de causa e efeito, arrisca-se a alguns equívocos que podem conduzir a decisões inadequadas. O enfoque objetivo e racional exclusivo reduz os fenômenos psicossociais a uma pobre dimensão linear não expressiva de sua grandeza e complexidade, de suas nuances não mensuráveis nem comparáveis numericamente.⁶⁵ Vários administradores que advogam maior precisão de linguagem como solução para os problemas crônicos de comunicação, parecem acreditar que a parte aparente corresponde à plenitude da realidade psicossocial e traduza, objetivamente, o pensamento e a intenção do comunicador.⁶⁵ Segundo a autora:

Muitas mensagens explícitas encerram outras implícitas, em geral discordantes, que exigem habilidade e intuição para afastar-se do conteúdo semântico aparente e chegar a decifrar o conteúdo latente psicológico, mais profundo. Este desvenda as verdadeiras normas de condutas adotadas, os valores perfilhados, a ideologia real da organização, muitas vezes bastante distintas daquela proclamada nos pronunciamentos oficiais, orais e escritos.⁶⁵

Na elaboração dos subsídios norteadores isto tudo foi considerado para avaliar o “pano de fundo do processo”.

6.8.3 Discutindo as entrevistas

Na discussão das entrevistas entendemos ser importante compreender o que estávamos buscando. Quando optamos por realizar entrevistas abertas, nosso objetivo foi possibilitar o aprofundamento dos relatos para aflorar novas informações e ampliar a nossa visão do processo, pois, fizemos parte dele e poderíamos ter uma visão tendenciosa. Neste sentido, o desafio foi escolher poucas perguntas que possibilitassem responder aos objetivos do trabalho, evitando, sempre que possível, a "contaminação" das respostas pelo entrevistador. As perguntas foram norteadoras e suscitaram outras perguntas para esclarecimentos durante a entrevista.

6.8.3.1 Os questionários utilizados

6.8.3.1.1 Questionário usado para direcionar as entrevistas do grupo "gestores"

1. Como foram implantados os programas de atendimento à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus na rede de atenção primária de Sorocaba? Quais os detalhes?

Objetivo da pergunta: Completar as informações apontadas no processo histórico e provocar a reflexão crítica dos gestores sobre a condução do PSA, o que foi positivo, os desafios que surgiram e como os enfrentaram.

2. Existia preocupação com diagnóstico precoce das complicações destas doenças?

Objetivo da pergunta: Completar a resposta da pergunta anterior ao despertar a discussão se existia a preocupação com a qualidade do atendimento médico, pedidos de exames, monitoramento dos resultados e garantia das linhas de cuidado.

3. Como as equipes foram capacitadas?

Objetivo da pergunta: Perceber se havia preocupação em capacitar as equipes, como ocorreu, pontos positivos e dificuldades, o que já haviam desenvolvido nesta situação.

4. Tem havido capacitações sistemáticas / atualizações?

Objetivo da pergunta: Completando a resposta à pergunta anterior, esta pergunta procurou despertar a reflexão se elas aconteciam sistematicamente e, se não ocorriam, qual a causa.

5. Como é o treinamento dos médicos recém contratados?

Objetivo da pergunta: Como a rotatividade de médicos já era de conhecimento do pesquisador, esta pergunta possibilitava resgatar como era a organização da SMS para dar resposta a este problema. Observe que a pergunta foi feita no "tempo presente", logo ela remete ao momento da entrevista e a um passado recente àquele momento.

6. Existem mecanismos de monitoramento dos resultados das ações destes programas?

Objetivo da pergunta: Despertar a discussão sobre a avaliação dos resultados das ações desenvolvidas nas unidades e se seria possível fazer o *feedback* às equipes e o replanejamento das ações.

7. Existem canais de comunicação entre os médicos e as equipes do nível central para responder às dúvidas e sugestões?

Objetivo da pergunta: Perceber se havia a preocupação em garantir a aproximação entre quem fazia a gestão e quem prestava o cuidado, possibilitando troca de informações para aprimorar o programa e para tirar dúvidas das equipes.

8. O que você faria de forma diferente do que tem sido feito? Quais as dificuldades?

Objetivo da pergunta: Completar as respostas anteriores e possibilitar a discussão mais aprofundada sobre o PSA, ouvindo as sugestões de quem já viveu o processo.

9. Como Clínico da UBS, quais oportunidades de melhoria que você enxerga?

Objetivo da pergunta: Entender das pessoas que implantaram o programa vigente (até 2013), e provavelmente tinham um vínculo afetivo com ele, como era a aplicação prática do que foi proposto e o que poderia melhorar.

6.8.3.1.2 Questionário usado para direcionar as entrevistas do grupo "médicos"

1. O que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos na rede de atenção primária? O que você acha que está bom e o que você acha que poderia melhorar no atual programa?

Objetivo da pergunta: Provocar a discussão com os médicos sobre o seu processo de trabalho, como viam o PSA, sob a ótica dos pontos positivos e enfrentamentos necessários.

2. Como você gostaria receber atualizações (formato, horário, frequência)?

Objetivo da pergunta: Levantar elementos com o nosso "público alvo" para o planejamento de capacitações.

3. Você acha que o médico poderia dedicar um tempo do seu horário fora do expediente de trabalho para se dedicar a atualização – Educação à Distância?

Objetivo da pergunta: Completar a pergunta anterior sobre os elementos para o planejamento de capacitações.

4. Qual a importância para você, do atendimento multidisciplinar nestes programas?

Objetivo da pergunta: Permitir a discussão com os médicos sobre sua inserção nas equipes de trabalho e a importância dos outros membros daquela equipe.

Já no grupo "colegiado" o objetivo foi buscar elementos sobre os processos organizativos da gestão vigente e perceber a receptividade daquela equipe à nossa proposta e optamos por não levar um questionário norteador. A entrevista fluiu da interação daquele grupo.

6.8.4 Discussão sobre os temas que surgiram nas entrevistas

6.8.4.1 O processo histórico e o contexto atual

A gestão compartilhada contribuiu positivamente com o PSA. Um fato a ser destacado foi quando identificamos a importância do envolvimento dos médicos com formação clínica consolidada que estavam na assistência e contribuíram para a reorganização do PSA. Alguns deles foram incorporados ao nível gestor. Isso contribuiu de várias formas para a adequação da proposta à realidade da assistência. Campos⁶⁶ defende a adoção de uma metodologia de cogestão (gestão participativa) proporcionando o envolvimento das equipes de forma mais ativa na gestão dos processos. Segundo ele, este é um procedimento que não somente educa, mas que também aumenta a democracia institucional e amplia o poder de influência das deliberações:

Adotar o costume de construir protocolos ou diretrizes clínicas sempre buscando sua construção dialógica: a proposta inicial é elaborada pelos

especialistas ou encarregados dos problemas, mas, em seguida, institui-se um processo de análise e de reelaboração do documento pelas equipes e pessoas que serão afetadas pela nova diretriz [...] Esses mecanismos servem não apenas para ampliar o ‘efeito Paidéia’ – efeito pedagógico e terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia as deliberações, planos e protocolos.⁶⁶

Na revisão do programa em 1999 constatou-se que a cobertura do programa (número de hipertensos e diabéticos diagnosticados e cadastrados) era muito baixa, somente três mil cadastrados. Optou-se inicialmente pela sensibilização das equipes com palestras ministradas por *experts* no assunto, mas isso não deu resultado e as equipes tiveram que passar posteriormente por capacitação intensiva. Os gestores disseram que foi efetivo realizar a sensibilização com problematização e discussão de caso, porém, isso demandou tempo e investimento para ter resultados satisfatórios. O treinamento das equipes da atenção básica demorou um ano e teve um investimento elevado. Este fato mostra que havia o envolvimento político alinhado à estratégia escolhida pelos técnicos. Observamos que a capacitação precisa ser motivadora, despertar o interesse e ter significado. As palestras com "experts" no assunto não fizeram sentido para as equipes, porém, as discussões de casos que envolviam as dificuldades do cotidiano foram efetivas. A discussão de casos clínicos é uma estratégia muito utilizada para a capacitação das equipes com objetivo de fortalecer a atenção primária e utilizada na formação das equipes matriciais.^{67,68} O apoio político para realizar a capacitação foi fundamental, pois, sem ele não seria possível suspender o atendimento, pagar horas extras e financiar a realização.

Observamos que ao capacitar o médico depois que os demais profissionais de saúde já haviam passado pela capacitação gerou um resultado positivo, porque à medida que a equipe de enfermagem foi capacitada, os processos de trabalho das unidades foram sendo alterados e alguns médicos se sentiram perdendo “espaço” para a enfermagem. Isso motivou a maior participação dos médicos no treinamento.

O treinamento realizado no ano 2000 foi dado para funcionários que saíram da prefeitura e não conseguiram ser recontratados por concurso público. Isso teve um impacto grande no programa e a SMS não fez capacitação para as novas equipes no momento oportuno. Quando existe a incorporação de novos funcionários na equipe de trabalho, a SMS precisa se organizar para capacitar essas equipes

oportunamente para garantir o processo de trabalho dentro dos padrões estabelecidos pela instituição.

Em todos os grupos entrevistados foi comentado que PSA precisa de pessoal competente, estrutura física, equipamentos adequados e garantia de exames e referência para funcionar. O problema é que no setor público são muitas as prioridades e quando você tem muitas prioridades tudo passa a ter o mesmo peso. A cidade está crescendo e requer mais equipamentos públicos que necessitam novos investimentos e custeio (manutenção). Para melhorar a eficiência e efetividade da SMS é preciso haver esforço das três esferas de governo e garantir boa gestão. Esse esforço começa na gestão das unidades evitando desperdícios e garantindo planejamento e monitoramento das ações. O meu entendimento é que as equipes operacionais não conhecem com detalhes os recursos disponíveis, as prioridades de governo e o ambiente político. Por outro lado, os gestores de alto escalão desconhecem as dificuldades operacionais e as prioridades técnicas dos serviços. Isso gera uma série de conflitos, pois os primeiros sempre desejam mais recursos do que a esfera gestora tem disponibilidade e os segundos não veem que existe um mínimo a ser garantido pelas equipes técnicas. É preciso haver um esforço bilateral para ampliar a visão das duas partes. A aproximação e capacitação das equipes em todos os níveis são importantes nesse processo para diminuir a distância entre as equipes prestadoras do cuidado e equipes gestoras. Para isso é essencial que todos entendam o SUS, seus recursos, princípios e possibilidades.

Na falta de estrutura e recursos, a improvisação acaba sendo uma saída para garantir a oferta de alguns serviços. A improvisação pode ter um custo mais elevado e causar descrédito ao usuário reduzindo a eficácia da ação. Por outro lado, todo esforço de inovação bem sucedido acaba servindo como motivação para a equipe.

6.8.4.2 Impressos

Foi relatado nas entrevistas que quando foram colocados novos impressos, houve resistência de alguns médicos e se observou a baixa adesão ao uso desses impressos. Isso acontecia em 1997 e continuava acontecendo em 2013. Por que? Durante a formatação do protocolo de atendimento do PSA em 1999 havia grande preocupação em sistematizar o atendimento com impressos que direcionassem a

anamnese e o exame físico. Era uma forma de “estimular” o médico a realizar consulta médica adequadamente, lembrando-o de itens importantes da anamnese e do exame físico. Subjetivamente ficava a ideia de que o médico não fazia adequadamente seu trabalho, porque não sabia como ou porque não queria, e precisava de um “estímulo”. O discurso utilizado foi que estavam sendo implantados para “ajudar o médico no atendimento”, mas, como os médicos estavam recebendo isto? Seria como ajuda ou como uma forma de controle? Nas entrevistas os médicos falaram que o uso e/ou preenchimento do impresso era trabalhoso, dificultava a consulta médica e o tempo disponibilizado para consulta médica era pequeno. O que de fato estavam dizendo? “Querem controlar meu trabalho...”; “Querem me dar mais trabalho...”. Muitas mensagens explícitas encerram outras implícitas, em geral discordantes, que exigem habilidade e intuição para afastar-se do conteúdo semântico aparente e chegar a decifrar o conteúdo latente psicológico, mais profundo.⁶⁵ Como isso tudo acontece de forma não explícita, os discursos dos três grupos de entrevistados mostram, em nossa opinião, a importância de fazer um planejamento adequado para a implantação de protocolos e impressos e incluir, neste planejamento, os fatores “implícitos” do discurso para fazer uma abordagem voltada às causas do problema e não “aos sintomas”. Também não seria importante que, já que é um instrumento de apoio, que o seu uso seja opcional? Neste caso, quando o utilizam, estarão se apropriando do instrumento. Os médicos em geral não o utilizam, apesar de terem passado por sensibilização e treinamentos na implantação do PSA vigente e nas oficinas de planejamento e implantação do acolhimento. Assim, ao implantar um processo novo de trabalho, por exemplo, um novo impresso, é importante monitorar sua utilização e dar *feedback* à equipe, caso contrário, existe a tendência de cair em desuso e provavelmente vai contribuir com o descrédito na implantação de novos processos.

Outro ponto a ser discutido, porque apareceu nas entrevistas, diz respeito ao excesso de burocracia para pedir exames. Já ouvi de pessoas do nível gestor que o pedido de exames tem que ser burocrático e difícil, para que o médico não os solicite em demasia, e também para evitar que o laboratório prestador terceirizado faça cobranças fraudulentas. A exigência dos gestores aos médicos é que os impressos devem ser preenchidos corretamente com a identificação do paciente, a suspeita clínica, o código do exame, etc. Até hoje (2014) os médicos podem solicitar

somente três exames por impresso. Eram muitos campos a serem preenchidos, considerando o tempo disponível para a consulta médica, e por isso alguns médicos confeccionaram carimbos para ajudar no preenchimento.

Há problemas nos dois extremos: o médico que pedia exames desnecessários causando desperdício e o médico que não pedia exames e deixava de fazer o controle adequado das doenças e o diagnóstico precoce das complicações. Particularmente acredito que aumentar a burocracia vai penalizar os médicos que cumprem o protocolo e que pedem coerentemente o exame, e também, os pacientes. Nem sempre a burocracia é benéfica. É preciso avaliar os prós e contras, os "efeitos colaterais", antes de propor ações burocráticas, pois, quando aumentamos o tempo necessário para o atendimento, menor vai ser o número de pacientes atendidos e, este aumento no tempo gasto não vai garantir necessariamente a melhora na qualidade da assistência. A solução para este problema é utilizar a educação permanente, monitoramento contínuo do processo de trabalho e dos resultados e, se possível, informatização da solicitação de exames e uso de prontuário eletrônico para reduzir as fraudes e agilizar os processos.

Uma queixa que surgiu foi a falta de impressos para orientações ao paciente: dietas, exercícios e outros. Somente fornecer o impresso ao paciente não resolve o problema, mas, ter o impresso disponível ajuda no momento de passar as orientações. Hoje, as equipes dos Colegiados precisam pensar nessa questão.

6.8.4.3 Falta de funcionários

Sobre a percepção de que existe um número insuficiente de funcionários para desempenhar as atividades da unidade básica, o que podemos dizer é que ela deve ser relativizada, porque esta percepção depende de quem e de como se está olhando. Do ponto de vista dos usuários, se a expectativa é passar por consulta médica no mesmo dia, a partir do momento que a unidade agenda uma consulta para um ou dois dias depois, uma semana, na percepção dele está faltando médico na unidade. Esta percepção será reforçada quando isto se repetir toda vez que ele procurar a unidade. Sob o olhar de um gestor, desde que seja avaliado o risco do paciente, aguardar dois dias ou uma semana para oferecer a consulta de rotina ou não urgente, não representa necessariamente falta de médicos. Por outro lado,

alguns médicos nas entrevistas relataram que se sentem sobrecarregados porque recebem pressão da população e da equipe para ampliar o número diário de atendimento. Em relação à enfermagem, a percepção de que a equipe é insuficiente parte da própria equipe e se reflete quando se sentem sobrecarregados pela demanda e deixam de desempenhar suas atividades dentro dos padrões desejáveis ou suprimindo algumas. Isto ficou bastante evidente na entrevista com o grupo colegiado.

Para discutir a falta de funcionários, precisaríamos das respostas às seguintes perguntas, sob a ótica dos atores envolvidos - usuários, trabalhadores e gestores: "o que se espera das UBS/USFs?"; "qual é o modelo de saúde que desejamos?"; "qual o recurso necessário?"; "qual o recurso disponível?"; e "qual é o resultado que é considerado 'bom'?".

Vamos arriscar responder parcialmente estas questões, correndo o risco de ter um olhar não tão próximo da realidade quanto desejaríamos. Acreditamos que para a maioria dos usuários, uma UBS/USF boa é aquela que o atende prontamente, realiza tudo que ele deseja e acredita que é necessário para fazer o diagnóstico e "recuperar sua saúde", como a realização de procedimentos, de exames e fornecimento de medicamentos. Se possível, não gostariam de serem obrigados a desenvolver hábitos saudáveis (dietas, exercícios, etc.). Estamos nos arriscando a dizer isto, porque todos somos usuários, ou de unidades de saúde do SUS ou convênios /particulares, e no fundo, é o que alguns de nós desejamos. Quando não temos nossa expectativa atendida, o sistema não está bom sob nosso olhar e, se tivermos possibilidade de encontrar algum que atenda às nossas expectativas, vamos buscar! Se não tivermos outra opção, vamos cobrar melhores resultados, "sob nossa ótica".

Sob o ponto de vista do trabalhador, o sistema deveria ter número suficiente de funcionários, adequados ao processo de trabalho que vem sendo desenvolvido, e ampliado sempre que novas rotinas forem somadas ao serviço. Também é importante respeitar as determinações técnicas impostas pelas profissões, conselhos de classe e normas. Os resultados esperados costumam ser mais técnicos (indicadores de saúde pública, cobertura, etc.) e menos voltados à percepção do usuário. Trabalhar sob pressão da demanda não é desejável.

Para os gestores, o olhar depende da visão técnica e política, variando de acordo com o cargo ocupado (mais técnico ou mais político). De modo geral os gestores desejam que a população tenha uma boa aceitação do sistema de saúde, que ele possa atender maior número de pessoas com o menor recurso possível, para poder oferecer o serviço (ou outros serviços) para um número maior de pessoas. O que paira no imaginário... é melhor oferecer mais atendimentos porque serão cobrados por isso, ou "melhorar a qualidade" atendendo um número menor de pessoas? Dá para rever os processos de trabalho? O que é unânime é que não dá para aguardar meses para ter acesso ao serviço de saúde nos diversos níveis de complexidade.

Nesta discussão fica claro que é preciso buscar qual o resultado esperado da ação a ser implementada, quais os recursos necessários e pactuar os recursos, a ação e os resultados desejados com os atores envolvidos no processo, tendo certo que os interesses serão conflitantes algumas vezes, logo, terá que buscar um resultado intermediário, pactuado claramente, assumindo os limites da situação.

A cultura da organização também influencia muito na disponibilidade de recursos, por exemplo, avaliando as entrevistas e o processo histórico, ficou claro que a prioridade das ações das UBS/USFs foi a redução da mortalidade infantil e o enfrentamento da dengue. Os enfermeiros tinham que dividir suas atividades no programa do adulto com as consultas do acolhimento, da área de ginecologia/obstetrícia e de pediatria. Apesar do aumento do quadro de enfermeiros devido à implantação do "Programa de Acolhimento" o PSA frequentemente perdia espaço para outras áreas, deixando de ser prioridade.

Quanto à falta de médicos, este foi um assunto muito presente nas entrevistas dos três grupos e nos obriga a discutir um pouco mais, porque ela, segundo os entrevistados, foi impeditiva para muitas ações de execução e de melhoria do PSA. Cabe novamente a ressalva que apesar do protocolo do PSA vigente prever ações dos outros profissionais das UBS/USFs, nosso sistema de saúde tem predomínio de ações ainda centradas nas atividades médicas e a população tem o desejo de ter acesso às consultas médicas. Nas entrevistas, surgiu claramente o fato de que a "permissão" para agendar consulta médica foi utilizada como moeda de troca para forçar o usuário a participar dos atendimentos de enfermagem. Fica uma provocação: Apesar do discurso contrário, será que as atividades propostas

envolvendo a equipe de enfermagem não estão de fato presentes só porque faltam médicos em quantidade suficiente neste modelo? Se tivessem médicos "sobrando" será que elas existiriam no protocolo? Coloco estas perguntas porque, apesar de não ser explícito, elas pairam o imaginário das equipes e da população que veem as ações da enfermagem como "válvula de escape" à falta de médicos e se traduz nas consultas do acolhimento e nas atividades da enfermagem do PSA. Vendo com este olhar, para os médicos, as ações da equipe de enfermagem seriam uma forma do "governo" não lhes dar a devida valorização financeira e reduzir os custos do sistema, logo, elas podem não ser bem vindas! Isto apareceu inclusive na entrevista com o grupo gestores quando foi colocada a necessidade de "respeitar os limites da atuação médica". A meu ver, falta o entendimento para todos os envolvidos, e em particular para os usuários, que na prestação do cuidado à saúde em um sistema com esta dimensão e complexidade é imperativo a participação de todos os profissionais de saúde com responsabilidades e funções bem definidas e complementares.

As representações sociais sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem a realidade de nossas vidas cotidianas e servem como principal meio para estabelecer as associações com os quais nós nos ligamos uns aos outros.³³ Na década de 1970, o modelo de saúde do país valorizava o atendimento médico hospitalar porque era lucrativo para determinados grupos dominantes. Hoje, ele está descentralizado nas UBS/USF, mas ainda voltado à atenção médica, fruto do processo histórico. A indústria farmacêutica valoriza o consumo de medicamentos (prescritos pelos médicos) e veicula propagandas nas mídias. Os planos de saúde bombardeiam a mídia com oferta de consultas e procedimentos (realizados ou prescritos pelos médicos), ou seja, a população é estimulada a todo o momento a imaginar que "para ter saúde o médico é necessário". Assim, histórica e socialmente reforçamos o papel central do médico no sistema de saúde, isto é uma representação social. Como a sociedade cobra por "mais médicos", o poder público reage dentro dos limites impostos pelo mercado, orçamento, necessidades sociais e interesse político.

Desde a implantação do PSA, a Prefeitura de Sorocaba assume que faltam médicos para atender a demanda. Quando em 1997 foram demitidos 900 funcionários, como já citado, nenhum médico foi demitido, apesar da demissão de

um terço da equipe de auxiliares de enfermagem e um décimo do quadro de enfermeiros, entre outros. A imprensa frequentemente tem veiculado a falta de médicos no país e em Sorocaba. São mostradas filas, longas esperas cuja solução veiculada é a ampliação da oferta de consultas. "Todos" acreditamos que faltam médicos... dentro do nosso modelo de saúde proposto. Frente a esta crença, como o poder público tem reagido?

A Prefeitura de Sorocaba tem feito inúmeros concursos públicos e processos seletivos para a contratação de médicos nos últimos dez anos e não consegue cobrir as escalas das UBS/USFs. Esta realidade não se limita à Sorocaba. O Ministério da Saúde admite que este seja um problema nacional e adotou estratégias como o programa “Mais Médicos”, trazendo médicos de Cuba para atender nas UBS/USFs, para aumentar o número desses profissionais no país. Algumas reflexões sobre o tema devem ser feitas pensando em Sorocaba. Em geral os médicos preferem trabalhar em serviços de pronto atendimento ou nos ambulatorios de especialidades porque veem vantagens em relação à jornada que pode ser cumprida em horários mais convenientes e porque podem aumentar seus ganhos fazendo plantões que remuneram mais, como nos finais de semana e à noite. Na rede pública existe falta de médicos em todos os setores (atenção básica, secundária e urgência-emergência) e no momento em que o médico era chamado para ser contratado as equipes gestoras “disputavam” os médicos e ganhava aquela que oferecia mais vantagens. Habitualmente a atenção básica não conseguia fechar suas escalas. Foi tentado impedir a entrada de médicos para outras áreas com concursos e contratações exclusivas para atenção básica, mas isso induzia os médicos a desistir do vínculo com a prefeitura.

Os médicos e gestores alegam que existe uma “baixa remuneração” da hora de trabalho do médico. Isso também merece reflexão. A remuneração na Prefeitura de Sorocaba, para quem está no início de carreira, atualmente (2014) acompanha a dos municípios da região. No momento da aplicação das entrevistas (2012/2013) ela era menor. A remuneração na área pública no início de carreira é menor e com o passar dos anos, vão sendo incorporado vantagens salariais com objetivo de estimular a permanência do funcionário no serviço público e fazer carreira, logo, o salário passa a ser interessante somente se o servidor acumular estas vantagens e demoram cinco anos para isto começar a acontecer. Alguns médicos não

consideram o que vem agregado ao salário indiretamente como previdência própria municipal, férias remuneradas, décimo terceiro salário, faltas abonadas e licenças remuneradas. Existem também outros serviços que realmente remuneram melhor que a prefeitura e com menor exigência. Como o controle de horário é um pouco mais rígido na Prefeitura de Sorocaba do que em outros serviços, o vínculo se torna menos atrativo.

Quanto às condições de trabalho nas UBS/USF existem considerações a fazer. No momento da realização das entrevistas, as unidades eram limpas e, em geral, bem preservadas, mas apenas isso não garantia que os médicos se sentissem num ambiente acolhedor. Existem consultórios que no verão são muito quentes e os ventiladores fazem ruído e espalham os impressos. Em horários de pico o número de pacientes que procuram as unidades é muito grande. Em média existem vinte mil habitantes por UBS/USF, mas há unidades com quarenta mil habitantes na sua área de abrangência. A prefeitura reconhece a situação e tem programada a construção de seis novas UBS/USF nos próximos três anos. Essa grande demanda nos horários de pico aumenta bastante os níveis de ruído das unidades, tornando o trabalho mais estressante. A equipe de enfermagem e recepção recebem a pressão de pacientes para serem atendidos no mesmo dia e esta pressão recai sobre o médico.

O médico até há pouco tempo atrás era formado para ser um profissional liberal, dono dos seus horários e locais de trabalho, porém, no serviço público, ele é lotado aonde existe maior necessidade e nos horários disponíveis para o atendimento. Isso leva o médico da atenção básica a trabalhar em lugares distantes com riscos à sua segurança (e de seu veículo) e em horários que exigem deslocamento diário com maior gasto de combustível. Outro fator de desmotivação é a burocracia imposta como já discutido. Essas situações colocadas contribuem para a alta rotatividade de médicos gerando dificuldades no processo de contratação e capacitação deles. Na ausência de um médico em uma unidade, os outros sofrem pressão para atender a demanda e ficam sobrecarregados, sobretudo em relação ao PSA.

Foi proposta nas entrevistas a elaboração de políticas para fixar o médico em unidades de difícil provimento (as mais distantes do centro da cidade ou em locais com maior violência). O que dificulta isto é o custo para a prefeitura, porque a ação

se estende aos profissionais de outras categorias, inclusive de outras secretarias. Já foi pensado em pagar adicionais vinculados à distância e resultados, mas ao estender estas políticas para toda a prefeitura a ação exige grande investimento. As políticas isoladas para o médico geram desgaste político com outros profissionais. Recentemente foi dado aumento salarial para médicos e dentistas e repercutiu negativamente na prefeitura como um todo, na SMS isto se deu principalmente pela inclusão dos dentistas e não da enfermagem. O aumento salarial do médico foi melhor aceito, apesar de repercutir subliminarmente que o médico é mais valorizado que o restante da equipe e isto a incomodou.

Motivar o médico requer um estudo mais aprofundado, pois, os fatores que motivam não são somente os financeiros. Dar aumento salarial provavelmente motivou uma parte da equipe e tornou a Prefeitura de Sorocaba mais atrativa para novas contratações, mas, isoladamente não vai resolver a falta de médicos. Desta forma, se pretendemos aumentar a fixação dos médicos nos serviços, não bastam atitudes isoladas como aumento de salário. É preciso estudar a fundo o problema, levantar os fatores motivadores, melhorar as condições de trabalho e então atuar de forma planejada e direcionada. Atitudes isoladas podem custar caro e não serem efetivas.

A Prefeitura de Sorocaba tem atualmente em torno de setecentos médicos que corresponde a 20% do quadro de funcionários da área de saúde. No ano 2000 esse percentual girava em torno de 33%. Isso ocorre porque a prefeitura cresceu bastante em outras áreas, assumiu a gestão plena da Vigilância Sanitária entre outros serviços. A estratégia do acolhimento provocou um aumento significativo no quadro de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

É importante dimensionar a proposta operacional do protocolo com a disponibilidade de equipes e, mesmo que sejam previstas ações interdisciplinares, a pressão maior vai ser por consultas médicas, logo isto deve ser bem avaliado ao se propor as estratégias.

A falta de médicos faz com que as coordenações se sintam impedidas de cobrar o médico de suas obrigações por medo de perdê-lo e acabam permitindo flexibilização do horário (desde que cumpra com a jornada do seu contrato) e menor exigência quanto à qualidade do seu trabalho. Isto reforça a cultura assistencialista, pois, não estão buscando um atendimento de qualidade e resolutivo, estão

buscando apenas o atendimento, ou seja, reagindo à pressão da demanda. Surge assim um outro subsídio norteador: Mesmo com a falta de médicos, não podemos abrir mão da qualidade do atendimento, logo, é preciso fazer os enfrentamentos necessários que envolvem a capacitação, o monitoramento, a motivação, o feedback e a tomada de medidas administrativas quando necessário, caso contrário, vamos ficar reféns de profissionais com perfil inadequado ao serviço. Ser complacente com atitudes inadequadas, desvaloriza o trabalho de quem age corretamente.

6.8.4.4 Acolhimento

Foi comentado nas entrevistas que o “acolhimento”^{RR} tem sido uma estratégia importante para a organização do PSA. A implantação do acolhimento em Sorocaba foi muito difícil. Por trás da ideia do acolhimento existia “o fantasma” do enfermeiro substituindo a ação do médico a um custo salarial menor. Houve rejeição inicial pelos médicos e enfermeiros. Os médicos não queriam perder espaço para enfermeiros e não queriam atender demandas agudas sem agendamento prévio. Alguns enfermeiros sentiam-se usados e não queriam desenvolver atividades que julgavam como “médicas”. O protocolo de atendimento do enfermeiro para acolhimento teve inicialmente várias rejeições por parte do Conselho Regional de Enfermagem (COREM) e demorou mais de um ano para ser adaptado e acolhido pelo COREM.

Sob o olhar dos gestores, os resultados do acolhimento foram positivos, pois houve redução na agenda médica agilizando em até 66% o tempo de espera para agendamento clínico. Por outro lado, havia unidades aonde o enfermeiro chegava a atender cinquenta pacientes em seis horas de trabalho. Foi importante ter o acolhimento porque a prefeitura precisou incorporar mais enfermeiros às equipes

^{RR} Acolhimento: Essa estratégia é uma proposta de reorganização dos processos de trabalho das unidades para ouvir a clientela que a procura com demandas que não foram agendadas previamente e procurar atender de maneira oportuna de acordo com o tipo de necessidade. Fruto da dificuldade de acesso imediato às consultas na área de clínica médica, o prefeito estimulou a utilização de uma estratégia que aperfeiçoasse a utilização das consultas médicas envolvendo a equipe multidisciplinar. A estratégia do “acolhimento” foi desenvolvida com protocolos próprios que permitiam aumentar a capacidade de resolução dos casos mais simples pela equipe de enfermagem, e com isso, o cliente que buscasse a unidade teria atendido sua queixa no dia, sempre que possível e de acordo com a gravidade, evitando a busca por consultas nos Pronto-Atendimentos da cidade. Os casos que necessitavam de atendimento médico teriam “garantidos” nas agendas diárias dos clínicos, vagas para esse atendimento.

das UBS/USF e foi uma oportunidade de ampliação do quadro. Também foi importante porque obrigou a equipe gestora do PSA a priorizar a organização do programa, deixando um pouco de lado o foco na reorganização das escalas médicas. O acolhimento ainda é uma atividade importante em grande parte das unidades básicas.

Para implantar o acolhimento, o PSA precisava ser reorganizado garantindo “vagas” nas agendas dos clínicos. A equipe gestora central do PSA fez “oficinas” em algumas unidades para organizar o programa e implantar o acolhimento. Aproximadamente 70% das unidades da atenção básica passaram por essas “oficinas” em dezoito meses que perdurou até o final de 2010. Isso contribuiu com a reorganização do PSA nestas unidades.

6.8.4.5 Medicamentos

Antes da reformulação do programa a oferta de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes era muito restrita. A prefeitura ampliou a oferta e mais recentemente com a implantação da política nacional da oferta de medicamentos na “Farmácia Popular” do Governo Federal e na “Farmácia de Alto Custo”, esta gerida pela Secretaria do Estado é possível atender a maioria dos pacientes de forma adequada. O excesso de burocracia na prescrição dificulta a adesão do médico e do paciente. É preciso encontrar um caminho para facilitar o processo. Como não são disponibilizados na rede pública medicamentos de uso muito comum para o tratamento de tireoidopatias, dislipidemia e problemas dermatológicos, seria importante estudar a viabilidade e, se possível, disponibilizá-los. Ao se oferecer o medicamento somente para os pacientes da Policlínica (clínica de especialidades), os clínicos serão obrigados a encaminhar casos para aquele ambulatório a fim de possibilitar o acesso ao medicamento, deixando de solucionar casos que poderiam resolver na própria rede básica. Por isso, seria melhor disponibilizar estes medicamentos especiais para todos.

Trabalhando no nível gestor fizemos várias discussões para ampliar a oferta de medicamentos na rede pública e sempre esbarramos no preço. Quando surgiu a Losartana a equipe gestora do PSA fez um estudo para implantá-lo e ele custaria o equivalente a 40% do gasto com todos os medicamentos que a prefeitura comprava

naquela época. Acredito que o programa da farmácia popular foi implantado porque volume adquirido pelo Governo Federal consegue reduzir o custo. Outro fator é que a prefeitura compra medicamentos da FURP (Fundação do Remédio Popular) e eles são muito mais baratos que os medicamentos comerciais e, mesmo oferecendo medicamentos que necessitam de várias tomadas ao dia, o custo ainda é muito menor, logo, mais pessoas podem ser tratadas. Sabemos que isso reduz a adesão ao tratamento, mas, é importante ter remédios para todos. As três esferas de governo estão envolvidas neste processo e cada uma tem feito ações para melhorar a oferta. Ainda existe população muito carente e se o poder público não oferecer o medicamento essa população não vai ter acesso. É obrigação do SUS fazer assistência integral, inclusive farmacêutica. Como disse, é complexo e requer muito investimento. Por outro lado a prefeitura iniciou no final de 2013 os trabalhos de uma comissão que vai estudar a incorporação de novas tecnologias e medicamentos. Acredito que teremos novidades.

6.8.4.6 Capacitações

As entrevistas mostraram que existiam dificuldades para envolver os médicos nas discussões e na operacionalização dos processos de trabalho das unidades. Isto apareceu nas entrevistas do colegiado quando citam o não cumprimento dos protocolos porque os médicos "não concordam com ele". A visão de quem já foi gestor é bem particular e difere da visão dos que só trabalharam apenas como médico. O gestor olha mais o sistema e vê o treinamento como oportunidade de melhoria da atividade médica individual. A maior parte dos médicos vê a capacitação como necessidade da prefeitura e não dele individualmente. Em minha opinião, isso acontece porque os treinamentos habitualmente não focam pontos do protocolo de "como tratar", e sim o peso maior é sobre os fluxos e rotinas, que são conhecimentos que não são aplicáveis fora do ambiente de trabalho da prefeitura. Este pode ser um importante fator para que os médicos tenham falta de motivação em participar de capacitações. O processo de capacitação deve ser percebido como sendo bom para as duas partes envolvidas, o funcionário e a necessidade da prefeitura. Para o funcionário se envolver com a capacitação ele deve ter um

significado de utilidade. Treinamentos que visam somente as rotinas e fluxos devem ser evitados.

Os médicos não têm recebido treinamentos pelos vários motivos já expostos nas entrevistas e a falta de capacitações contribui com algumas dificuldades apresentadas atualmente. É importante discutir em todos os colegiados políticas de educação continuada e políticas de educação permanente utilizando problematização e focadas no cotidiano, pois o médico acredita que não tem muito tempo disponível para capacitações.

Houve um grande treinamento envolvendo médicos durante a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foi treinada quase a totalidade dos médicos plantonistas utilizando o rodízio para cobertura das escalas e pagamento de horas trabalhadas para quem participou do treinamento fora do horário de trabalho. O custo foi superior a duzentos e cinquenta mil reais para 12 horas de treinamento para um pouco mais de cento e dez médicos. O custo para esse tipo de abordagem é muito alto, porém necessário, pois o atendimento do SAMU é bem específico e tem protocolos próprios. O serviço seria inaugurado em breve. Se formos fazer no PSA um treinamento parecido certamente o custo atual seria maior.

Como já dissemos, a implantação do acolhimento serviu para capacitar as equipes para o desenvolvimento das ações do PSA. As oficinas para implantação do acolhimento ocorreram em mais de dois terços da rede básica por dezoito meses aproximadamente. Existiu um planejamento prévio e as unidades foram priorizadas de acordo com as necessidades do PSA / acolhimento. A participação dos médicos acontecia recebendo informações técnicas apenas. Não existia discussão de casos e o protocolo era apresentado para o conhecimento. O foco maior era reorganizar o programa e não o de discutir situações médicas do protocolo.

No setor público passamos pelo processo eleitoral a cada quatro anos e isso atrapalha a dinâmica da unidade, comprometendo as rotinas de capacitação e reuniões das equipes. Os administradores que estão fora do processo podem enxergar as reuniões como perda de tempo... uma "visão míope" da gestão! Vale destacar também que realizar treinamentos é um processo que exige conhecimento técnico, tempo e organização da equipe gestora e, quando existe grande rotatividade de profissionais, existe a necessidade de continuidade. A realização de

oficinas de planejamento ou discussão de processos de trabalho com as equipes tem sido utilizada quando possível, mas não é uniforme em todas as unidades e envolve a suspensão do atendimento. “É difícil trocar o pneu com o carro andando”, mas, “é no andar da carruagem que as abóboras se ajeitam”! A capacitação em massa das equipes é cara e requer muito planejamento e conhecimento técnico, logo é preciso garantir que seja efetiva. É importante também envolver, sensibilizar as esferas políticas neste processo para que recursos possam ser disponibilizados.

Os gestores apontam também que é preciso capacitar as equipes dos serviços de pronto atendimentos para realizarem atendimento de urgência e emergência na hipertensão arterial e diabetes mellitus. As condutas são heterogêneas e inadequadas. É preciso também integrar esses serviços com a atenção básica. Hoje trabalham desarticulados e o que é pior... um contra o outro! Os médicos da urgência reclamam que as UBS/USF não atendem e os da atenção básica que os do PA atendem inadequadamente os pacientes e não são resolutivos. Com a implantação do prontuário eletrônico isso pode melhorar, mas, se não houver integração e capacitação das equipes o problema vai persistir. Apesar de existirem vários serviços a rede de saúde é uma só e os protocolos devem ser os mesmos, logo, não basta capacitar a atenção básica, deve-se capacitar também os médicos do setor de urgência e emergências, os especialistas e propiciar a integração desses serviços, garantindo uma rede de referência e contra referência efetiva entre estes serviços.

Os médicos disseram que os treinamentos deveriam ser práticos, em pequenos módulos, voltado ao cotidiano, no horário de trabalho, preferencialmente com aulas presenciais (para tirar dúvidas) e distribuição de material educativo. Concordam com educação a distância, desde que dentro do horário de trabalho. A rotina do médico é corrida e para disponibilizar um tempo para capacitação custaria deixar de fazer outras atividades. Nossa impressão é que a maior parte dos médicos está vendo a capacitação como necessidade do serviço e não como aprimoramento para sua vida profissional. Aqui vem uma reflexão: Será que os treinamentos oferecidos, de fato, visaram o aprimoramento do médico ou as rotinas do serviço?

Existem algumas dificuldades operacionais para atender o formato desejado pela maior parte dos médicos. A capacitação deve ser prática, objetiva, curta em pequenos módulos voltado ao cotidiano, no horário de trabalho, preferencialmente

com aulas presenciais (para tirar dúvidas) e distribuição de material educativo. Entendo que a discussão de casos seria uma estratégia interessante neste caso. Apesar da dificuldade é fundamental a capacitação e ela poderia ocorrer fora do horário de trabalho remunerando o médico. Outro subsídio norteador é que a capacitação deve ocorrer preferencialmente no horário de trabalho, e, se for necessário acontecer em outro horário, o médico deveria ser remunerado por isso, caso contrário, a adesão vai ser baixa.

Quando forem realizar novas oficinas de planejamento para implantação de qualquer serviço é importante utilizar metodologias ativas como a problematização. Talvez, desta forma, exista maior participação e interesse dos envolvidos e maior duração dos benefícios do processo. Uma frase que sempre utilizamos nos treinamentos é que a unidade precisa ter “pernas” para desempenhar o necessário e “foco” para priorizar o relevante. As demandas agudas são relevantes, mas tiram o foco. Não podemos abandonar o PSA nos momentos de “epidemias”!

Um tema recorrente na conversa com o colegiado foi o fato que o PSA não acontece só com médicos, é um trabalho de equipe e se toda equipe não estiver capacitada, com número mínimo de funcionários, organizada, integrada e seguindo o protocolo o PSA não vai desenvolvê-la de forma adequada. Também discutem a importância do envolvimento do nível gestor na capacitação, porque somente deixar o processo por conta da unidade ele tem grande chance de não ocorrer. Também afirmam que as equipes se sentem mais motivadas quando passam por treinamentos. É natural que a responsabilidade de capacitações seja centralizada no Colegiado, mas isso não exclui o processo local de reuniões de equipe e educação permanente. As dificuldades em relação ao horário já foram apontadas. É importante pensar num processo de capacitação contínuo... a falta de continuidade leva ao descrédito. Também foi destacado (e eu concordo) que para fazer matriciamento é preciso antes pensar em estratégias para preparar a equipe e a Universidade pode ajudar nesse processo. Na implantação de programas todas as equipes devem ser capacitadas. O processo de capacitação deve ser contínuo para não causar descrédito nas equipes. A capacitação tem que ser colocada na agenda de atividades regulares da unidade e do colegiado e deve ser frequente. Tem que se tomar cuidado para que as rotinas assistenciais não tirem o foco da capacitação.

As UBS/USFs, uma vez por mês, poderiam deixar uma hora da agenda livre para uma discussão do protocolo envolvendo a equipe médica e de enfermagem. Também acredito que no processo de trabalho da enfermagem, exista espaço para que alguns casos de difícil controle sejam pinçados e discutidos internamente na unidade junto com a equipe médica. Os coordenadores propõem que a capacitação deve focar, além do conhecimento, a atitude também. Trabalhar a atitude é difícil e tem mais resultado na interação diária do que em um treinamento isolado.

Várias pessoas entrevistadas falaram da dificuldade em suspender o atendimento para capacitar o médico. Também falaram que isso gera desassistência. Em minha opinião isso não é verdade. As unidades que trabalham na ESF param semanalmente para fazer reuniões de equipe e isso não causa problemas. Tudo depende de organização e também de um pacto com a comunidade. É melhor garantir atendimentos resolutivos do que apenas garantir volume de consultas sem bons resultados.

A estratégia escolhida pelo colegiado de fazer encontros “centralizados” com foco na educação permanente pode ser positiva e acredito que para ser efetiva tem que ser frequente. O grande problema da gestão pública é que as políticas públicas, para serem aceitas politicamente, têm que apresentar resultados em, no máximo, três anos e os resultados devem ser evidentes. Muito já foi falado sobre as reuniões com a equipe. Um grande desafio para todos deve ser garantir em todas as unidades reuniões periódicas que envolvam toda a equipe e mantendo regularidade independente do processo político eleitoral. Os colegiados precisam discutir essa questão e estabelecer estratégias para garantir tal espaço de discussão e capacitação. É importante que os médicos conheçam o SUS, a SMS e a atenção primária. Este deve ser o ponto inicial de qualquer treinamento antes da parte técnica. É preciso também discutir o sentido do trabalho médico no sistema. O médico no SUS concorre com ele mesmo no consultório privado. Essa é uma relação de conflito para alguns profissionais.

A cultura organizacional é importante para o atendimento humanizado. Não basta a universidade formar bons médicos e estes encontrarem um ambiente de trabalho inadequado. A forma escolhida para resolver os problemas, depende dos valores da instituição. A unidade de saúde reflete a postura do coordenador. A postura do coordenador também depende de como as equipes gestoras de nível

central abordam os problemas, e assim por diante chegando ao nível do secretário e prefeito. Precisamos desenvolver nas equipes um clima de companheirismo e solidariedade.

Quanto à educação a distância, pode ser utilizada desde que bem planejada, pois, o investimento é alto e o resultado para ser satisfatório depende de um acompanhamento adequado e contínuo. Um pleito dos médicos é que se ela ocorrer, deve ser disponibilizado um tempo, dentro do horário regular de trabalho, para acompanhar as aulas.

6.8.4.7 Feedback e monitoramento

É preciso haver maior aproximação com os profissionais médicos que trabalham nas UBS/USF, particularmente do gestor central (atualmente é a equipe apoiadora do colegiado) e do coordenador da unidade. Eles precisam avaliar e discutir o processo de trabalho médico e a repercussão deste trabalho médico na unidade e na comunidade.

Como não existe rotina sistematizada de monitoramento das atividades médicas, não existe *feedback* das ações desenvolvidas, não há mapeamento das dificuldades apresentadas pelos médicos, dificultando a abordagem na capacitação e fica muito mais difícil intervir individualmente junto aos profissionais com desvios no cumprimento do protocolo. Se o médico recebesse devolutiva sobre os resultados do seu trabalho teria a oportunidade de melhorar a qualidade do atendimento. Em nossa opinião, as equipes gestoras têm dificuldade de “enfrentar” os médicos que não estejam cumprindo adequadamente suas atribuições pelos motivos já relatados.

Também não há um canal oficial e permanente para “ouvir os médicos”, só aqueles que conhecem pessoalmente as equipes gestoras contribuem com a melhoria do programa, ou os que são mais envolvidos e procuram estabelecer um canal de comunicação. Quando existem problemas, o médico leva à coordenação da unidade e a resposta à necessidade depende da atuação do gestor local. É muito comum o coordenador de unidade pedir “ajuda” para o enfrentamento de um problema com um determinado médico de sua unidade e, quando vamos conversar com o profissional, descobrimos que o coordenador nunca havia conversado com

ele sobre aquele problema. Percebemos que a falha de comunicação existe dentro da própria unidade.

No início desta pesquisa a gestão do PSA era centralizada na SMS. Com a descentralização para os Colegiados acreditamos que a aproximação ficará mais fácil. O número reduzido de equipes do nível gestor contribuiu com o distanciamento da rede, porque o número de unidades é grande e os processos de trabalho do nível gestor não conseguiram a aproximação adequada.

As oficinas de planejamento oferecem oportunidade para o contato maior com as equipes e também é um local em que o *feedback* entre o nível gestor e o operacional pode ocorrer.

A informática pode contribuir com o monitoramento. Atualmente a cobertura do PSA gira em torno de cinquenta mil inscritos. Com a informatização do atendimento está ficando mais fácil monitorar esses pacientes e acreditamos que quando o prontuário eletrônico for implantado vai melhorar ainda mais.

6.8.4.8 Enfermagem

A falta de ações no PSA da equipe de enfermagem ocorre em algumas unidades por causa de falta de espaço físico, número insuficiente de funcionários de enfermagem ou equipe despreparada. Falta atuação mais presente do enfermeiro, da coordenação e da equipe supervisora central. Quando o profissional de enfermagem não atua adequadamente no programa existe uma sobrecarga das agendas médicas que foi fruto de reclamação de alguns médicos entrevistados. Estes fatos relatados nos permitem elaborar subsídios norteadores como veremos adiante. Quanto à adesão ao programa e ao autocuidado reduzidos existem várias causas. Um dos médicos sugeriu que as ações educativas feitas pela enfermagem no PSA são repetitivas e o paciente se cansa de passar pelas atividades repetitivamente. Se considerarmos que essas doenças crônicas farão o paciente retornar por muitos anos, talvez seja necessário rever a rotina para tornar mais interessante para a equipe e para o paciente, talvez reduzir o número de retornos nas unidades.

Outra situação relatada foi a necessidade de ampliar a participação das equipes no acompanhamento da adesão ao tratamento. Isso fica deficiente quando os processos de trabalho não preveem essa rotina ou quando faltam funcionários. No caso dos agentes comunitários de saúde é preciso uma capacitação adequada para essa ação respeitando os limites da profissão, pois não são profissionais de enfermagem.

A fala das coordenadoras mostra a importância da equipe de enfermagem na organização e deixou claro o quanto a falta de funcionários compromete o andamento do PSA e gera "desperdício" de consulta médica. Uma das falas é que um funcionário administrativo não consegue suprir na plenitude a função administrativa desenvolvida pela equipe de enfermagem. Talvez não substitua, mas tem condições de contribuir muito, porém existe também falta de funcionários administrativos em algumas unidades.

6.8.4.9 O processo de trabalho do médico

O fato dos coordenadores relatarem que o protocolo vigente não está sendo utilizado pela equipe médica reforça o propósito deste trabalho. Se a atualização não for bem planejada é muito provável que o novo protocolo não seja seguido.

Uma queixa recorrente é que os médicos não realizam corretamente a classificação de risco dos seus pacientes, ou porque não sabem, não querem ou pretendem mudar o tempo do retorno às consultas. O que falta é monitoramento, aproximação e diálogo. Merhy⁶⁹ fala do micro processo de trabalho médico e as dificuldades na abordagem deste processo. Segundo o autor as expectativas do usuário, do trabalhador e do gestor podem não serem as mesmas. O usuário pode estar esperando "responsabilização", "confiança na intervenção" como possível "solução" enquanto o trabalhador pode não estar preparado ou disposto a atender estas necessidades, inclusive, o próprio trabalhador tem outras necessidades que espera atender nesta relação (exemplo: acabar logo o atendimento para "descansar"). Ele ainda diz que "o trabalhador de saúde opera em um espaço de autogoverno que lhe dá inclusive a possibilidade de privatizar o uso deste espaço, conforme modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta em que e como está atuando".

Ainda sobre o processo de trabalho, o tempo médio disponível para consultas médicas na Prefeitura de Sorocaba é de 11 minutos e 15 segundos (os médicos devem atender dezesseis pacientes em três horas). Se considerar que entre chamar o paciente, aguardar a entrada dele e a saída após a consulta ele vai perder pelo menos um minuto, sobram menos de dez minutos para o atendimento. O médico deve localizar no prontuário (quase nunca está organizado) os últimos atendimentos, entender o que está acontecendo, ouvir as queixas, anotar, fazer exame físico, solicitar exames (processo burocrático que exige localização e registro de código do exame, justificativa do pedido, etc.), prescrever e orientar o paciente – tudo em dez minutos! É difícil criar vínculo em tão pouco tempo, porém, esse vínculo é importante para aumentar a credibilidade no tratamento e aumentar a adesão. A maior parte dos médicos negociou com a coordenação para atender doze pacientes em três horas o que aumentaria o tempo da consulta em três minutos e meio. Ainda assim o tempo médio é curto. É uma média, pois nem todas as consultas são do PSA, mas se o profissional for desenvolver um trabalho bom o tempo ainda é curto! Por outro lado a unidade precisa “garantir o acesso da população” num sistema onde “faltam médicos”. Fica evidente que o papel da equipe multidisciplinar é um fator fundamental neste caso. Ela precisa estar bem capacitada assim como o médico. Os processos de trabalho da unidade poderiam ser revistos como a organização prévia do prontuário e dos impressos permitindo rápida visualização do histórico do paciente. Parte do preenchimento dos impressos como código de exames e identificação do paciente poderia ser preenchido pelos funcionários administrativos da unidade. O processo de informatização com prontuário eletrônico que está previsto para 2014 poderá ajudar. Também seria importante ter a equipe ampliada, integrada, capacitada e trabalhando junto para orientar de forma segura a clientela. A introdução das orientações médicas coletivas (OMC) existe para minimizar esse problema e os coordenadores afirmam que quando a OMC é bem conduzida dá bons resultados. Ainda em relação à OMC, concordamos que é importante abordar temas como a organização do sistema sempre tirando dúvidas de forma interativa para não ficar cansativo. É interessante o que foi colocado quando um colega passou a abordar nas OMC não apenas os temas ligados diretamente à hipertensão e diabetes e introduziu questões como troca de receitas, uso da farmácia popular, funcionamento da atenção primária, etc. Isso poderia ser desenvolvido em todas as unidades.

O melhor caminho para adotar o protocolo é o convencimento. A gestão não tem capacidade de vigiar constantemente todos profissionais sob sua responsabilidade. Os espaços informais podem ser utilizados para troca de experiência com a equipe, mas também servem para reforçar vícios de conduta e por esse motivo é preciso tomar cuidado. No setor público, é difícil utilizar de mecanismos de coerção e de premiação para motivar os funcionários. O primeiro, pelo fato da lentidão do processo burocrático para julgar e aplicar penas ao funcionário que chega a demorar dois anos. O segundo porque legalmente o coordenador não pode oferecer vantagens a nenhum funcionário. É preciso criar uma legislação própria com critérios bem objetivos, garantindo a impessoalidade para poder premiar alguém, logo, sobra o convencimento por referência ou por competência, conforme o quadro a seguir retirado da apostila do Programa de Desenvolvimento Gerencial - núcleo básico Gestão de Pessoas. EGAP Fundap, São Paulo, 2008:

Quadro 3 - As bases e a legitimação da liderança e do poder.

PODER	BASE	LEGITIMAÇÃO	ATITUDES MAIS USUAIS DO LÍDER
DE COERÇÃO	Baseado na força, ameaça de aplicação de sanções ou restrições de qualquer tipo.	Consentido por temor ou receio de punições ou represálias ou perda de vantagens e regalias.	Manda, determina, fiscaliza, mantém distância social, espera submissão e conformismo; centraliza nele o poder de forma excessiva.
DE RECOMPENSA	Baseado no controle de recursos materiais e recompensas ou na manipulação, por meio da troca por qualquer vantagem ou benefício.	Consentido pelo reconhecimento da capacidade do líder de oferecer qualquer contrapartida vantajosa.	Orienta, controla, reforça a possibilidade de recompensa; integra-se apenas parcialmente; não compartilha o poder.
DE REFERÊNCIA	Baseado na capacidade de relacionar-se, respeitar, exercer a empatia, valorizar os outros, ser justo.	Consentido pelo afeto, admiração, respeito, confiança, valorização.	Estimula; troca ideias; envolve-se, espera compreensão e consentimento, estimula sugestões e as leva em conta.
DE COMPETÊNCIA	Baseado na capacidade de desempenhar o seu papel com eficiência, eficácia, criatividade, segurança e autonomia.	Consentido pela crença na superioridade (real ou imaginada) do ponto de vista teórico, técnico ou relacional do líder.	Dá condições para a capacitação, desenvolvimento e autonomia crescentes; busca consenso, comprometimento e alianças; delega poder.

Fonte: Programa de Desenvolvimento Gerencial - núcleo básico Gestão de Pessoas. EGAP Fundap, São Paulo, 2008

Algumas perguntas permearam as entrevistas dos gestores e do colegiado como: o que motiva o médico e outros membros da equipe a trabalharem dentro do esperado pelas equipes gestoras? Surgiu, inclusive, a proposta de aplicar um motivograma para buscar esta informação. Qual a forma de capacitação é mais motivadora? Para entrar nesta discussão, sem a pretensão de esgotar o assunto, vamos fazer algumas colocações. Abraham Maslow, psicólogo americano, foi o pioneiro a quem se deve as pesquisas mais profundas que se conhece sobre a natureza humana.⁴⁶ De acordo com ele podemos apontar as necessidades que motivam as pessoas como: Fisiológicas (ligadas a sobrevivência e subsistência: alimentação, sono, saúde, sexo, abrigo); de Segurança (de proteção contra ameaças ou privações "reais ou imaginárias", habitação, agasalho, emprego estável, etc.); Sociais (de associação, amizade, amor, afeto, aceitação pelos outros, pertencer a grupos, etc.); de Estima (de autoconfiança, respeito, aprovação social, reconhecimento e valorização pessoal, prestígio, poder, status, consideração, etc.); e de Autorrealização (de realização pessoal, na direção de alcançar ponto máximo do seu autodesenvolvimento; realização potencial: ser cada vez melhor, mais pleno, etc.). As duas primeiras necessidades (fisiológica e segurança) motivam praticamente 100% das pessoas e as demais são variáveis em cada indivíduo.⁴⁶ Cabem aos envolvidos buscarem os fatores motivadores e utilizar para o aprimoramento humano. A iniciativa privada, algumas vezes, se utiliza do fator motivador "segurança" (ameaça demitir o funcionário que não atende às necessidades da empresa) para garantir os processos de trabalho, sem necessariamente ter a preocupação em desenvolver as competências dos trabalhadores, exceto quando isto representa aumento na lucratividade. Na área pública o uso deste fator é mais difícil, logo, é preciso buscar alternativas adequadas à realidade do setor público. Também é preciso destacar que algumas pessoas tem como fonte de motivação "o ser" (buscam autorrealização, verdade interior, o sentido da vida, ser cada vez melhores pessoas e profissionais), outras "o poder" (buscam a conquista, a ascendência sobre os outros por meio do controle ou dominação do comportamento), outras "o saber" (fazem do conhecimento científico ou filosófico a razão de sua existência; são impulsionadas pela razão), e outras ainda pelo "ter" (São orientadas para a aquisição e a acumulação de bens materiais).

É preciso falar sobre o ciclo motivacional. As pessoas para serem motivadas a fazer algo precisam de um estímulo (que pode ser interno ou externo, mas, deve "tocar num fator que a motiva") que vai gerar uma necessidade, um desejo, uma aspiração ou desafio. Esta necessidade gera tensão, desconforto, ansiedade que levam o sujeito a tomar uma ação. Esta ação pode satisfazer aquela necessidade e a pessoa volta ao equilíbrio, ou o indivíduo pode buscar uma compensação para aliviar a tensão, ou ainda, pode não conseguir satisfazer a necessidade e ficar frustrado, em desequilíbrio.⁴⁶ Dai se conclui que para manter o indivíduo motivado é importante trazer "novos estímulos" que o motivem. Em minha opinião, de forma geral e inocente, alguns gestores (e professores, nos quais eu me incluía) acreditavam que capacitar as equipes era suficiente para motivar. Outros acreditam que ameaçar (mesmo sem ter "de fato" o poder de coerção) funciona. Alguns gestores se esmeram em "convencer" apelando à ética e ao senso comum. Como mostramos, tudo é bem mais complexo, logo, as estratégias escolhidas para motivar devem dar resultado apenas para uma parte da equipe. Várias estratégias seriam necessárias para abarcar um número maior de pessoas, e talvez sejam necessárias abordagens pontuais aos profissionais que apresentam maiores dificuldades.

6.8.4.10 O processo de gestão local das UBS/USFs

Os gestores e alguns coordenadores (grupo colegiado) falaram da falta de uso dos impressos, da desorganização dos prontuários que causava atraso no atendimento e da falta de anotação da área médica e enfermagem. Isso não era homogêneo e algumas unidades faziam corretamente. O que podemos discutir é que provavelmente existiam falhas na coordenação da unidade aonde o problema acontecia, por falta de liderança e/ou monitoramento dos processos de trabalho da unidade. Os coordenadores precisariam passar por capacitações e avaliações, pois é função deles garantir que os processos ocorram, mas eles, em alguns casos, não têm clareza do seu papel e têm dificuldades de fazer os enfrentamentos necessários. Não é fácil encontrar pessoas com perfil para ser coordenador de UBS/USF, o salário de coordenação em Sorocaba é atrativo para enfermeiros e dentistas, mas muitos assumem a função despreparados. O que se espera da coordenação é bem complexo, pois envolve o conhecimento sobre legislação, os

aspectos administrativos e assistenciais da unidade além do papel político em seu território. A Lei Ordinária nº 8535 do município de Sorocaba, em seu anexo "3A" apresenta as atribuições do cargo de coordenador de unidade de saúde^{SS. 70}. Somado a isso, têm também a necessidade de estar preparado para fazer "gestão de pessoas" onde devem trabalhar a motivação, gestão de conflitos e outros assuntos importantes dessa área. Alguns desses cargos já foram ocupados politicamente por pessoas sem o perfil adequado para desenvolver a função. Quando isso ocorre a equipe gestora do nível central (que também é um cargo técnico político) não consegue substituí-lo. Funcionários desmotivados, inclusive médicos, são frutos da experiência de trabalhar com gestores despreparados. É obvio que é preciso escolher bem o coordenador, capacitar, avaliar continuamente e remunerar adequadamente.

Há ainda dificuldades no enfrentamento dos desvios de comportamento do profissional médico, mas ocorrem porque a coordenação não é atuante o suficiente. Por outro lado, já presenciei coordenadores que fizeram o enfrentamento necessário e a equipe gestora do nível central "defendeu a conduta médica" por questões corporativas ou por medo de perder o profissional e não ter como cobrir as escalas. Essas situações não podem acontecer. Mesmo que perca o profissional, a prefeitura não pode ficar "refém" dele. É preciso motivar, capacitar, remunerar, dar boas condições de trabalho, mas, não tolerar determinadas posturas.

Um problema frequente é que, em geral, os coordenadores desconhecem princípios básicos de administração pública e da legislação. Você não pode acusar e punir alguém sem provas sólidas (escritas) e sem dar ampla oportunidade de defesa. O serviço público é impessoal. Acontece que a maior parte das coordenações quando está frente a um problema com funcionário não quer se indispor, não registra o ocorrido, não colhe depoimento de munícipes por escrito e faz a reclamação da postura inadequada do funcionário de maneira informal. Para a

^{SS} **Súmula das atribuições do coordenador de unidade de saúde:** Realizar o planejamento local, coordenar, supervisionar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde, tanto na área técnica quanto na área administrativa; planejar em conjunto com as equipes gestoras as ações a serem contidas e desenvolvidas no plano diretor do Município e no plano municipal de saúde; participar dos trabalhos desenvolvidos pelas entidades comunitárias propiciando o entrosamento com a comunidade; conhecer o território e a clientela para atuar nos fatores determinantes e condicionantes de saúde; fortalecer a vigilância em saúde; administrar a gestão da equipe de trabalho da unidade de saúde de acordo com as diretrizes estabelecidas na política de recursos humanos da instituição. Executar outras funções inerentes ao seu cargo de acordo com seu supervisor imediato.⁷⁰

prefeitura isso não funciona. Situações mal conduzidas vão parar no departamento jurídico da prefeitura e acabam “virando contra o coordenador” ou não dando os resultados esperado por ele. Fica então a sensação de “impunidade”, injustiça e quando o problema volta a ocorrer ele não toma atitude. Quando o processo é bem conduzido e o funcionário recebe advertência o coordenador não fica sabendo, pois o processo é sigiloso. Reforço aqui a importância de capacitar as coordenações. Foi mencionado que o coordenador não se sente seguro em cobrar o cumprimento dos protocolos porque o médico não recebeu treinamento sobre o protocolo. Ora, uma coisa não exclui a outra. É obrigação do profissional seguir os protocolos da instituição e pode ser cobrado por isso.

Foi sugerida a estratégia de criar na unidade uma equipe gestora com funcionários da própria unidade para “cuidar do PSA”. Essa estratégia tem sido utilizada pela SMS em outras situações como no enfrentamento da epidemia de dengue e na redução da mortalidade infantil. Os resultados são bons porque as equipes das unidades se apropriam do problema e também facilita a abordagem dos supervisores da gestão central, que não fica direcionada apenas ao coordenador da unidade. Campos⁶⁶ utilizou a estratégia de envolver os funcionários na construção da clínica ampliada e compartilhada num hospital público, e defende a gestão democrática e construção de redes de atenção como referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. O envolvimento das equipes de trabalho na busca de soluções para os problemas do cotidiano também é defendida pela Política Nacional de Educação Permanente.^{42,71}

6.8.4.11 O ciclo “PDCA”

Outra lição que o processo traz é a necessidade de utilizar o “Ciclo PDCA” no desenvolvimento das políticas públicas. Também conhecido como “Ciclo de Deming”, o PDCA é uma das primeiras ferramentas de gestão da qualidade (ou ferramentas gerenciais) e permite o controle do processo. O PDCA foi criado na década de 20 por Walter A. Shewart, mas foi William Edward Deming, o “guru do gerenciamento da qualidade”, quem disseminou seu uso (por isso, a partir da década de 50, o ciclo PDCA passou a ser conhecido como “Ciclo Deming”).⁷² “PDCA” é a sigla as palavras em inglês que designam cada etapa do ciclo: “Plan”,

planejar; “Do”, fazer ou agir; “Check”, checar ou verificar; e “Action”, no sentido de corrigir ou agir de forma corretiva.

O PDCA é um método amplamente aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente àquelas relacionadas às melhorias, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais entendíveis. O PDCA constitui-se das seguintes etapas:⁷²

“PLAN” – O primeiro passo para a aplicação do PDCA é o estabelecimento de um plano, ou um planejamento que deverá ser estabelecido com base nas diretrizes ou políticas da empresa e onde devem ser consideradas três fases importantes: a primeira fase é o estabelecimento dos objetivos, a segunda, é o estabelecimento do caminho para que o objetivo seja atingido e, a terceira é a definição do método que deve ser utilizado para consegui-los. A boa elaboração do plano evita falhas e perdas de tempo desnecessárias nas próximas fases do ciclo;⁷²

“DO” – O segundo passo do PDCA é a execução do plano que consiste no treinamento dos envolvidos no método a ser empregado, a execução propriamente dita e a coleta de dados para posterior análise. É importante que o plano seja rigorosamente seguido;⁷²

“CHECK” – O terceiro passo do PDCA é a análise ou verificação dos resultados alcançados e dados coletados. Ela pode ocorrer concomitantemente com a realização do plano quando se verifica se o trabalho está sendo feito da forma devida, ou após a execução quando são feitas análises estatísticas dos dados e verificação dos itens de controle. Nesta fase podem ser detectados erros ou falhas;⁷²

“ACT” ou “ACTION” – a última fase do PDCA é a realização das ações corretivas, ou seja, a correção das falhas encontradas no passo anterior. Após realizada a investigação das causas das falhas ou desvios no processo, deve-se repetir, ou aplicar o ciclo PDCA para corrigir as falhas (através do mesmo modelo, planejar as ações, fazer, checar e corrigir) de forma a melhorar cada vez mais o sistema e o método de trabalho.⁷²

No início da década de 2000 observamos que foram respeitadas várias etapas do ciclo PDCA e depois foi abandonado. Na implantação do PSA vigente houve um planejamento inicial, com definição do objetivo, do caminho a ser traçado

para atingir o objetivo e o método. Também houve a execução e a reavaliação do processo. Observamos isto quando, na implantação do formato atual do PSA no ano 2000, as equipes da gestão detectaram que a cobertura do programa era baixa e planejaram a abordagem de sensibilizar as equipes utilizando palestras com *experts*. Na avaliação concluíram que não foi efetivo, logo, foi planejada uma nova abordagem. Buscaram a experiência da equipe da DRS de Marília, como já dito nas entrevistas, e foi realizado um grande investimento na capacitação das equipes, porém não houve avaliação periódica dos resultados e continuidade do processo, principalmente quando 1/3 da equipe de enfermagem foi substituída. As entrevistas mostraram que o monitoramento e o replanejamento não aconteceram. Faltou o compromisso de fazer o planejamento e seguir com a execução, monitoramento dos resultados e reavaliação. Acreditamos que, se houvesse o compromisso de utilizar todas as etapas do ciclo PDCA com disciplina, provavelmente vários problemas já teriam sido abordados e corrigidos.

6.8.4.12 As complicações crônicas e as linhas de cuidado

Para abordar as complicações crônicas da hipertensão e diabetes é preciso ter equipe capacitada e motivada para fazer o diagnóstico precoce, disponibilidade de exames próprios e rotinas específicas que envolvem a oftalmologia, nefrologia, angiologia e cardiologia. Um protocolo recente foi implantado com objetivo de fazer o diagnóstico precoce da doença renal, mas, como já foi comentado, não existe rotina de acompanhamento da ação e revisão do planejamento.

É preciso construir linhas de cuidado^{TT} para garantir a assistência integral. O Ministério da Saúde em 2013, nesta mesma direção, publicou a Portaria nº 252 que "Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)".⁷³ Esta portaria trata dos princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, envolvendo a atenção básica, atenção especializada (ambulatorial,

^{TT} Define-se linha de cuidado como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve expressar-se por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema.⁷⁴

hospitalar e urgência e emergência), sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança, com foco na garantia do acesso, na humanização do atendimento, respeito às diversidades étnico-raciais, sociais, modelo de atenção centrado em equipes multiprofissionais, etc. Com a reorganização da assistência que o município está vivendo, será preciso fazer discussões e planejamentos direcionados a esta ação e pensando nos Colegiados. É importante o envolvimento da “Central de Regulação de Consultas” do município e das equipes responsáveis pelos protocolos, incorporação de novas tecnologias, planejamento e epidemiologia. Se não houver direcionamento neste sentido, a tendência é nada acontecer.

Quanto à descentralização do atendimento especializado para algumas UBS/USF já está acontecendo. Estão sendo descentralizadas as especialidades com maior demanda de atendimento e que necessitam de baixa agregação tecnológica para o atendimento. Poderia ser criado um mecanismo de aproximação entre o clínico e o especialista para discussão de casos mais complexos, porém, isso é de difícil operacionalização pela diversidade de horários dos profissionais das duas áreas.

6.8.4.13 As políticas públicas para uma vida saudável

Segundo Campos,⁷⁵ a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição, com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde - isto envolve a atenção básica, local do nosso estudo. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da "doença" para "os sujeitos" em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde.⁷⁵ Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde, que coloquem os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.⁷⁵

A cultura da nossa sociedade é assistencialista e as ações de promoção da saúde ficam em segundo plano. Quando tem falta de funcionários as primeiras

ações suspensas são as de promoção de saúde, como o “Projeto Caminhada”, mesmo que essa ação seja mais efetiva para a coletividade que o atendimento individual. Se houver suspensão ou demora no atendimento numa atividade assistencial a sociedade cobra do serviço público, se interromper a “caminhada” não existe essa cobrança. Como disse, é cultural. Também é importante refletir: há unidades que não têm espaço físico adequado, mas buscam alternativas e desenvolvem ações do PSA e outras utilizam a falta de espaço como justificativa para não fazê-lo! É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.⁷⁶

Me recordo que no início da implantação do Projeto Caminhada as equipes apresentaram muita resistência para adotar esta política pública, provavelmente porque não estavam acostumadas com a abordagem. Parte da equipe de enfermagem dizia que não era papel dela organizar e fazer a caminhada. Em algumas unidades havia profissionais que só autorizavam o paciente participar da caminhada mediante uma “avaliação clínica”. Alguns médicos proscravam a participação dos seus pacientes nos grupos de caminhada. Existiam ainda problemas de falta de calçamento adequado nos trajetos dos grupos favorecendo acidentes, problemas com o trânsito, acidentes de trabalho e outras questões. A “Caminhada” só perdura porque houve grande persistência da equipe do PSA enquanto estava centralizada. Agora com a instalação dos colegiados vai ser preciso discutir estratégias que fortaleçam posturas saudáveis como esta.

Quanto à alimentação saudável foi realizada parceria com universidades da cidade que tinham curso de nutrição. O processo se mostrou com falhas porque existia apenas em algumas unidades isoladas, parava no período de férias escolares e não havia uma política de continuidade. A SMS dependeu sempre do apoio da nutricionista que cuidava da merenda escolar e pertencia ao quadro da Secretaria da Educação. Várias vezes foram solicitadas a incorporação de nutricionistas ao quadro de funcionários da SMS, mas não foi atendido. Isso não impede e não exige a responsabilidade de políticas de alimentação saudável na SMS. Hoje há um único nutrólogo trabalhando numa UBS, mas o foco é outro. A falta de uma política municipal integrada acaba contribuindo para que unidades desenvolvam estratégias

isoladas, desarticuladas e sem garantia de recursos e continuidade. Essas iniciativas acabam acontecendo sem a estrutura necessária o que frustra as equipes que tiveram a iniciativa.

A política de combate ao tabagismo teve atuação tímida na SMS. Nesta política havia uma proposta de orientação à população, apoio psicológico e fornecimento de medicamentos. A iniciativa foi do Ministério da Saúde e a prefeitura num primeiro momento assumiu a responsabilidade, mas para a continuidade precisava haver o repasse de medicamentos e os custos eram muito altos. O município já havia passado pela experiência de assumir políticas públicas de outras esferas de governo e estas serem suspensas abruptamente cabendo ao município arcar com os custos da continuidade da política. No caso do tabagismo a prefeitura não quis assumir o risco e como não houve repasse suficiente de medicamentos a estratégia não teve a amplitude que precisava.

6.8.4.14 A equipe e os vários saberes

Quanto à equipe, ficou evidente nas entrevistas que não existe confiança no trabalho entre os membros das equipes das unidades. Percebemos isso conversando com vários segmentos, médicos não confiam em médicos e na equipe de enfermagem e vice-versa. Isso tudo aponta para a falta de integração e também ao medo de perder o espaço para outro profissional. A falta de confiança, tanto entre os colegas quanto aquela entre indivíduos e organizações, irá trazer significativos impactos para a maneira como as pessoas se relacionam, produzem e como são percebida pelas demais, aportando consequências, também, para a organização como pudemos perceber nas entrevistas.^{77,78} Partindo-se do princípio que a confiança é importante para as relações sociais, faz-se necessário entender, afinal, quais componentes constituem a base da confiança. A decisão de confiar ou não em alguém é influenciada por um componente constituído pelo julgamento racional do indivíduo, com base no que ele julga "confiável".^{79,80} O que passa no imaginário destas equipes? Quais experiências tiveram que levaram a não confiar nos colegas? A resposta à estas perguntas exige um estudo mais aprofundado destas relações, porém, o assunto precisa ser abordado e cabe às chefias trabalhar isso com as equipes.

As entrevistas deixaram claro que os médicos entrevistados sentem falta do trabalho multidisciplinar e reconhecem sua importância, pois poderão dividir a responsabilidade pelo paciente com outros profissionais. A discussão que deve ser feita é como isso se integra nas equipes. Não basta ter o profissional psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc. É preciso que o trabalho seja desenvolvido em equipe, pois eles trabalham com o médico e não para o médico. As unidades ESF têm apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)^{UU} que integra uma equipe ampliada. As unidades tradicionais não têm esse apoio. Agora com a organização dos Colegiados, a Prefeitura poderia oferecer regionalmente esse tipo de apoio, desde que integrado como já foi dito.

A implantação de novos membros na equipe multidisciplinar deve ser bem planejada, pois, reproduzir o atendimento individual, como ocorre com os médicos, não vai permitir cobertura populacional suficiente agregando apenas um nutricionista por unidade, um psicólogo, um educador físico ou outro profissional de saúde. É importante ampliar a equipe, porém é preciso ser bem discutido como vai ser a abordagem destes profissionais na comunidade e como vão se integrar aos trabalhos da equipe.

O projeto caminhada passa pelo desafio da “profissionalização” do programa. Algo que era apenas para estimular a prática da caminhada passou a demandar a participação de outros profissionais como “educador físico” para ensinar alongamento e acompanhar os grupos de caminhada. A discussão da necessidade do educador físico surgiu no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), mas o papel não era apoiar a caminhada e, sim, desenvolver outras atividades com grupos específicos da população, por exemplo, fortalecimento da musculatura em idosos.

^{UU} Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

6.8.4.15 Os protocolos

As equipes gestoras entenderam que precisavam investir na atualização do protocolo do PSA e por isso convidaram a universidade para contribuir com a elaboração. Alguns gestores relatam que a proposta da atualização dos protocolos está muito acadêmica e pouco prática. É importante lembrar que os protocolos foram atualizados em conjunto com as equipes da SMS e precisam ser colocados em prática, conhecer as dificuldades e virtudes, readequando-os segundo o ciclo PDCA. A falta no protocolo de condutas para alterações agudas das doenças poderá ser facilmente revista. Em relação a novos protocolos para diagnóstico e tratamento de doenças com alta prevalência como o hipotireoidismo, a Universidade já se colocou a disposição para contribuir com essas demandas assim como para a capacitação, porém, os subsídios norteadores para implantação de novos protocolos devem ser seguidas como nossa proposta para o PSA. Após a elaboração da proposta de atualização para o protocolo de atendimento ao paciente diabético, surgiu uma nova diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, logo, o protocolo proposto terá que ser revisto.

O protocolo proposto é de condutas médicas no atendimento de hipertensão arterial e diabetes. O atendimento da enfermagem e a inserção do protocolo nas rotinas da unidade precisam ser discutidos. Essa confusão já aconteceu quando a universidade e a equipe médica gestora do PSA elaboraram a proposta. Quando apresentado à equipe de enfermeiros gestores do PSA foram inseridas as rotinas da enfermagem e o documento ficou muito confuso. A construção deveria ter sido conjunta, mas, como já foi dito havia dificuldade de interação na própria equipe gestora central por causa dos horários de cada membro da equipe. Nossa proposta é que os colegiados façam a adaptação focando o processo atual.

6.8.4.16 Os equipamentos

Melhorar a qualidade dos equipamentos básicos tais como estetoscópio e esfigmomanômetro e disponibilizar eletrocardiógrafos e oxímetros de pulso são medidas necessárias. A compra de esfigmomanômetros automáticos certificados podem contribuir para reduzir as falhas técnicas na aferição da pressão arterial e

agilizar o atendimento. É importante também garantir a disponibilização de bolsas de borracha (manguito) de diferentes tamanhos para aferir pressão arterial adequadamente em pacientes com diferentes diâmetros de braço.

6.8.4.17 Os prédios

Outro problema relatado pelos gestores é a falta de espaço físico para atendimento de enfermagem. Realmente isso é um problema para algumas unidades. Parcerias com associação de moradores, igrejas, escolas e outros espaços públicos podem ser utilizados para palestras e orientações coletivas. Não é o ideal porque exige deslocamento da equipe e dos pacientes. Sempre que possível o trabalho deve acontecer na própria unidade. Os novos prédios construídos para UBS/USF não apresentam esse problema, pois há previsão de espaço específico para reuniões. Tiramos como subsídio norteador que no planejamento de novos prédios é importante prever espaços para trabalhos de grupos com pacientes.

6.8.4.18 A difícil relação com a clientela

As opiniões de alguns membros do grupo médicos apontou algumas dificuldades na relação com a clientela o que pode refletir o quanto é difícil trabalhar com as relações humanas. Uma das queixas diz respeito à falta de autocuidado, porém existem fatores culturais e fatores pessoais de difícil abordagem em alguns casos. Seria preciso conscientizar o paciente, encontrar o que o motiva para o autocuidado e insistir. Não é uma tarefa fácil e exige tempo e formação de vínculo. Apareceu em uma entrevista que esta é uma das causas que tornam o PSA cansativo para alguns membros da equipe e para o cliente. O SUS estimula um investimento na atenção básica à saúde que traz mudanças necessárias no processo de trabalho e isto se configura como um marco que transpõe a discussão dos recursos humanos na saúde para o primeiro plano, aumentando a importância de questões como o cuidado e a interação entre os atores sociais envolvidos neste processo.⁸¹

É preciso aprimorar os fluxos e esclarecer melhor a população sobre o funcionamento do sistema de saúde e seus fluxos e a importância da adesão ao tratamento e autocuidado. Poderia ser feito com campanhas na mídia, envolvimento de outros setores como de Promoção Social e Educação, trabalhos de grupos e abordagem individual. O que é oferecido ao paciente também deve ser aprimorado e para isso as equipes de todas as áreas precisam ser capacitadas e as unidades devem dispor de instalações adequadas para abordagem humanizada e ter recursos audiovisuais. A organização da equipe também poderia ser revista deixando determinadas abordagens para os profissionais com melhor perfil. Poderiam ser feitas oficinas entre os médicos para discutir a melhor forma de abordar a questão da orientação coletiva e a adesão do paciente ao autocuidado e tratamento.

Vale aqui uma reflexão: será que o que a UBS/USF oferece à clientela é aquilo que ela vai buscar? Esta reflexão tem que ser feita com as equipes das unidades. Habitualmente nossa relação com os usuários é unilateral e oferecemos aquilo que estamos acostumados. Quando chegam demandas distantes da nossa capacidade de resolver precisamos ampliar os saberes! Estamos abertos para ouvir o que o cliente traz de fato? O cuidado é um conceito longinquamente tratado e que foi reapropriado no capitalismo como importante categoria. Entretanto, esta apropriação se deu, dentro deste contexto capitalista tomando-o como intervenção normativa e reguladora dos corpos adoecidos para que voltassem a produzir na sociedade, ou seja, entendido sob uma moralidade higiênica.⁸² Me pergunto, como fica esta questão na sociedade contemporânea? O quanto isto permeia o imaginário das equipes e dos pacientes? Estas perguntas reforçam a importância da educação permanente participando na problematização com as equipes e usuários, discutindo e ampliando os conceitos sobre o cuidado, o autocuidado e a adesão ao tratamento. Com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos trabalhadores de saúde, a culpabilização pelos fracassos nos cuidados em saúde pode mudar de lado. O que antes era culpa do sistema, pela falta de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser culpa do usuário se, ao ter acesso, não assume o autocuidado seguindo o tratamento indicado.⁸³

É preciso que atitudes autoritárias que visam a “organização do PSA” não prejudiquem o paciente como foi relatado nas entrevistas. Percebo a tendência dos

profissionais de saúde a impingir autoridade sobre o paciente e não acredito que essa postura seja desejável quando o objetivo é torná-lo parceiro no tratamento aumentando a sua responsabilidade e autonomia. Toda ação gera uma consequência e as rotinas criadas para “aumentar a adesão ao PSA” precisam ser bem avaliadas. É preciso possibilitar ao usuário a opção de não participar de trabalhos de grupo sem que sofram “punições” que dificultam a adesão ao tratamento. Os trabalhos de grupo devem ser interativos, atraentes e desejados, possibilitando ao cliente tirar as dúvidas e dividir as dificuldades com o grupo para encontrar apoio.

O processo de trabalho varia de acordo com a UBS porque depende do número de funcionários, se é UBS ou ESF, perfil, espaço físico e características da clientela. Durante as entrevistas percebeu-se que cada unidade procurou adaptar o que está no protocolo e isso às vezes gerou outros problemas ("efeitos colaterais") como já foi relatado. O problema relatado sobre o fato de o paciente buscar “atualização da receita” em outras unidades poderá melhorar com a informatização do atendimento como já foi dito. Existe outra questão a ser discutida relacionada ao processo de trabalho que diz respeito à oferta de vagas quando o paciente perde a consulta de retorno do programa. A questão é: como garantir o fornecimento de uma nova receita quando “vence o prazo de validade” da atual? Se a questão não for enfrentada o cliente vai continuar buscando alternativas. Essas alternativas, como a procura de um PA para troca de receita, pode trazer como consequência a alteração da medicação prescrita por despreparo daquela equipe, por isso que é importante trabalhar sistemicamente e ter todos os serviços integrados, capacitados e utilizando o mesmo protocolo. Quando o paciente não entende a importância do atendimento programático, para ele, apenas renovar a receita é suficiente!

6.8.4.19 Integração com a universidade

No aspecto da formação em saúde e das ações profissionais do cuidado, nos reportamos o tempo todo às transformações que devem se dar simultaneamente nos dois processos. É um desafio integrar as necessidades da universidade e da SMS, mas, o que não podemos perder de vista que é preciso resultar para o usuário algo

bom na perspectiva de seu desejo e expectativa, e ser mais completo e solidário nas ações desenvolvidas por toda a equipe.⁸⁴

A universidade precisa de espaço e pacientes para ensinar e formar estudantes e residentes, em locais preferencialmente de fácil acesso para o deslocamento dos estudantes, nos horários programados na grade curricular e com volume de alunos proporcional ao número de docentes. Para isso a unidade precisa acolher, em alguns momentos, até vinte alunos mais o professor. A grade curricular e a distribuição de alunos por unidade é feita nas universidades, sem o envolvimento da prefeitura. Algumas vezes, coincidem dois cursos ao mesmo tempo em uma mesma unidade ampliando muito o número de estudantes. Isso ocorre inclusive com alunos da mesma universidade. Um fluxo grande de estudantes atrapalha a dinâmica da unidade que precisa atender todas as pessoas agendadas em consultas programáticas e a demanda do acolhimento. A organização da unidade está voltada à assistência e não para acolher as instituições de ensino. Também existe pouco envolvimento de alguns profissionais da prefeitura e não são todos que se dispõem a receber estudantes e adaptar seu processo de trabalho para envolvê-los no aprendizado. Isto aparece também em outros trabalhos da literatura onde se discute a relação ensino-serviço. Albuquerque⁸⁵ et al. afirmam que:

[...] deparamo-nos com muitos conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores que lá estão. Tal crítica se amplia quando entra em cena a percepção de que os objetivos acadêmicos estão definidos à priori e não podem se afastar da estrutura já estabelecida. Ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do trabalho da instituição formadora, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos.⁸⁵

Outro problema surge quando os profissionais dos serviços, muitas vezes se envolvem de forma profunda com as atividades rotineiras do trabalho, deixando de lado o processo de atualização e a educação permanente. Isto os torna pouco atualizados.⁸⁶ Se houvesse um envolvimento maior com as instituições de ensino isto poderia ser amenizado.

A falta de médicos na rede pública também compromete a docência quando, na programação da atividade, os estudantes deveriam acompanhar o atendimento

do médico da unidade. Existem situações em que a universidade utiliza protocolo diferente daqueles da SMS. A prefeitura por outro lado, não ampliou suficientemente o número de unidades que trabalham com ESF para disponibilizar maior número de unidades como campo de estágio. A estrutura física de algumas unidades ESF é bastante inadequada para receber alunos e professores. Apesar dos problemas apresentados ambos têm objetivos comuns na formação adequada de profissionais para trabalhar no SUS.

Embora existam algumas dificuldades, as partes estão abertas para ampliar as ações conjuntas. Acredito que com a implantação da residência multiprofissional que iniciou neste ano, todas as instituições envolvidas (ensino-serviço) deverão repensar os processos e a integração vai se transformar uma em necessidade para ambos, ou seja, vai entrar na "ordem do dia"! Esta integração deverá contribuir com novos aprimoramentos ao PSA e a implantação de novos protocolos será outra necessidade. Por isso, deixamos aqui nossos subsídios norteadores.

6.9 Os subsídios norteadores

O trabalho como um todo: na história, nas entrevistas e na discussão, traz uma série de elementos que servem como subsídios para a gestão. Esta etapa procura sintetizar alguns pontos importantes para atender aos objetivos, porém, não tem a pretensão substituir a leitura da discussão. A leitura da discussão, certamente, contribui muito com o entendimento do que estamos propondo aqui e é lá que está a justificativa de cada item apontado.

Tenho observado que uma parte dos gestores e trabalhadores "caem no mundo desconhecido do setor público" e desempenham suas atividades na inércia do cotidiano, sem a clareza dos objetivos de seu trabalho e dos processos envolvidos. Provavelmente isto acontece porque na formação técnica faltou abordar elementos sobre estas questões ou não foram valorizados adequadamente. Este cenário contribui com o mau uso dos recursos públicos. Para qualquer propositura, devemos ter muito claro qual é a missão^{VV} da instituição e quais objetivos ela precisa atingir. Tendo isto claro, é preciso entender qual a nossa missão dentro da

^{VV} Missão: é o detalhamento da razão de ser de uma instituição, ou seja, para que ela existe, o que ela produz, a quem ela serve, quais as conquistas futuras e qual o objetivo social.

instituição (ou a missão do setor que representamos ou trabalhamos) e os limites impostos, para então, propormos estratégias coerentes. Sem esta clareza, corremos o risco de sugerir projetos conflitantes com a missão da nossa instituição e/ou inviáveis. Tiramos daqui um subsídio norteador fundamental, que antecede a todos os outros subsídios e queremos destacar:

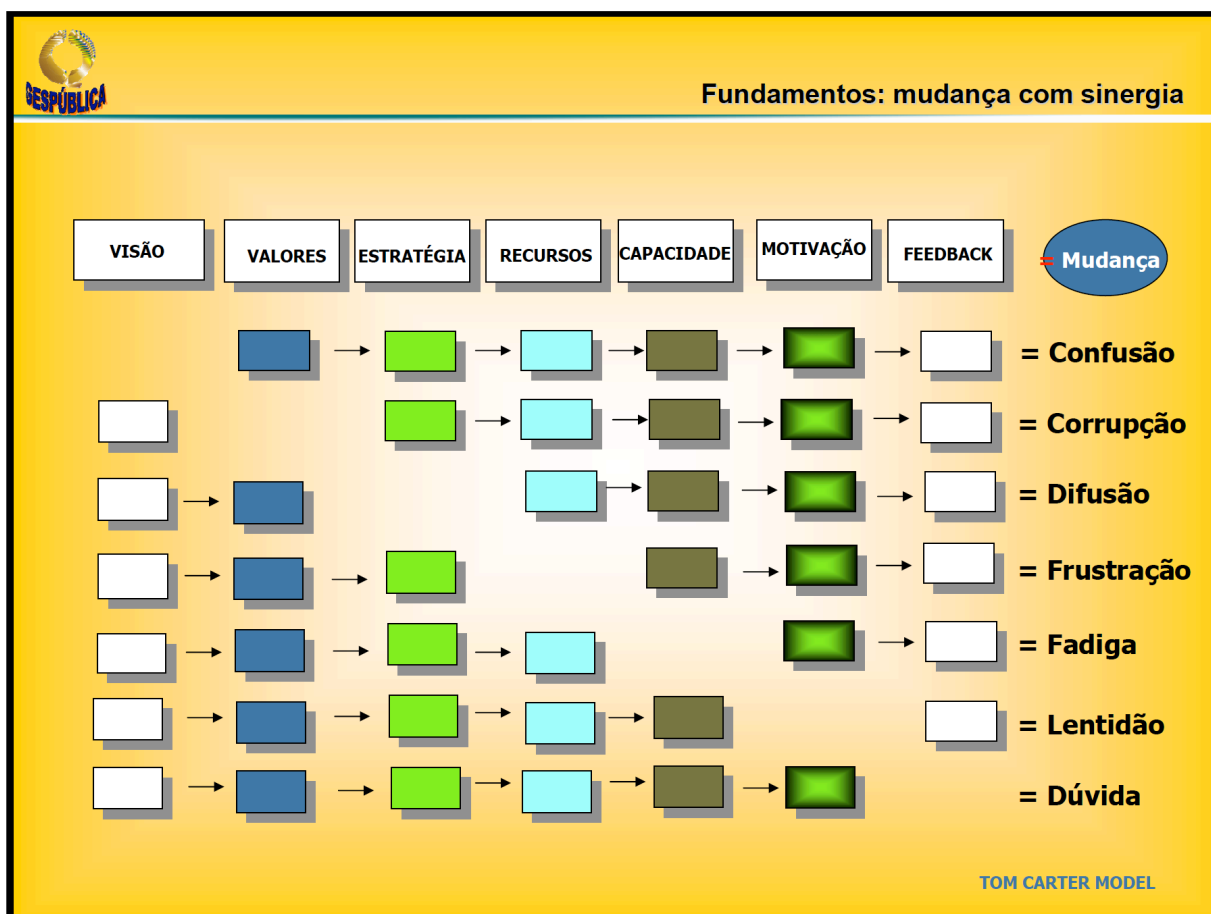
"Antes de propor um novo protocolo ou qualquer outra política pública, tenha clareza da missão da instituição, quais objetivos a curto, médio e longo prazo, se a proposta atende aos objetivos, e, principalmente qual a viabilidade política, técnica e econômica da propositura".

Atualizar ou implantar novos protocolos e/ou implementar políticas públicas implica em mudanças nos processos das organizações. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública)^{WW} oferece aos entes públicos ferramentas para análise dos processos e desburocratização. Participando de um curso para melhorias de processos tivemos contato com um quadro que nos foi apresentado com os "Fundamentos para um processo de mudanças - Tom Carter Model". Procurando na literatura não encontramos referências bibliográficas, porém, várias instituições que julgamos ser respeitadas como o Exército Brasileiro e a Fundação Getúlio Vargas, além do GesPública, utilizaram este modelo para capacitar equipes, e entendemos, que ele é muito coerente na sua propositura, logo, utilizaremos para organizar os princípios norteadores desta pesquisa.

Modelo de Tom Carter, fundamentos para um processo de mudanças:

^{WW} O Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública – foi instituído pelo Decreto nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005 e é o resultado da evolução histórica de diversas iniciativas do Governo Federal para a promoção da gestão pública de excelência, visando a contribuir para a qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão e para o aumento da competitividade do País.⁸⁸

Figura 3 - Fundamentos para um processo de mudanças.⁸⁷



De acordo com este modelo, para ter mudanças com sinergia, você precisa ter sete elementos fundamentais: visão; valores; estratégia; recursos; capacidade; motivação e feedback. A falta ou deficiência em cada um destes elementos vai causar dificuldades no processo de mudança que aparecem na coluna da direita da figura 3. A situação irá se agravar quando faltar mais de um elemento.

6.9.1 Visão

O elemento "visão" representa aonde queremos chegar com o nosso projeto ou programa, qual a visão de futuro. Sem esta clareza, não vamos propor estratégias que nos levem ao caminho adequado, logo, a falta de visão vai causar confusão. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. Tenha clareza dos objetivos da política pública proposta, no nosso caso, da implantação da atualização do protocolo médico para o PSA e trace objetivos de curto, médio e longo prazo que sejam viáveis.

2. Escolha um cenário político favorável para desenvolver as políticas públicas. Se não existir ou se não for possível desencadeá-lo, avalie bem até onde dá para avançar com a estratégia.

3. Nas mudanças de cenário político, procure repactuar com novos gestores para garantir a continuidade das estratégias.

4. Tenha claro qual é o resultado esperado da ação a ser implementada, quais os recursos necessários e pactue os recursos, as ações e os resultados desejados com os atores envolvidos no processo, tendo clareza de que os interesses serão conflitantes algumas vezes, logo, terá que buscar um resultado intermediário, pactuado claramente, assumindo os limites da situação.

6.9.2 Valores

Os elementos "valores" são aqueles que tomamos como referência para a escolha das nossas estratégias e, se os valores não forem éticos, a escolha da estratégia pode levar à corrupção. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. Conheça os valores da instituição que trabalha e procure segui-los dentro da ética.

2. Seja ético ao propor as estratégias. O objetivo final de toda instituição pública é tornar melhor a vida do cidadão.

6.9.3 Estratégia

Se não houver um planejamento adequado, não serão escolhidas estratégias apropriadas e haverá perda de recursos e energia, a difusão de esforços. As estratégias escolhidas, como já dito, devem buscar garantir os objetivos propostos pelo PSA. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. É importante discutir e escolher qual modelo de saúde deseja ter no município. Esta escolha é muito importante na definição das equipes e do papel dos colegiados.

2. Quando possível, escolha pessoas competentes para fazer a gestão das políticas públicas. Incorpore na equipe gestora, pessoas com conhecimento técnico, vivência da prática e visão política.

3. A implantação de protocolos e de impressos deve ser bem estudada para enfrentar a causa dos problemas e não os sintomas. Isto significa que os fatores "implícitos", o pano de fundo, devem ser buscados e enfrentados.

4. O excesso de burocracia na prescrição dificulta a adesão do médico e do paciente, é preciso encontrar um caminho para facilitar o processo.

5. É importante discutir as políticas de educação continuada e políticas de educação permanente em todos os colegiados, utilizando a problematização e direcionadas ao cotidiano.

6. A capacitação deve ser motivadora, despertar interesse e ter significado. A discussão de casos pode ser uma boa estratégia.

7. Quando existir rotatividade de pessoal, as capacitações devem ocorrer em tempo oportuno para garantir as ações do PSA.

8. É importante capacitar as equipes gestoras e as prestadoras do cuidado para entender o SUS, seus recursos, limites e possibilidades. Não é porque o trabalhador desenvolve atualmente função de gestor que ele não precisa ser capacitado.

9. A capacitação dos médicos deve ser prática, objetiva, curta em pequenos módulos voltado ao cotidiano, no horário de trabalho, preferencialmente com aulas presenciais (para tirar dúvidas) e distribuição de apostilas.

10. A capacitação deve ocorrer preferencialmente no horário de trabalho, e, se for necessário acontecer em outro horário, o médico deverá ser remunerado por isso, caso contrário, a adesão vai ser baixa.

11. Todas as equipes devem ser capacitadas quando houver a implantação ou alterações nos programas e/ou protocolos.

12. O processo de capacitação deve ser frequente. Para isto ocorrer, ela tem que ser colocada na agenda de atividades regulares da unidade e do colegiado. Muito tempo sem retomar o assunto faz com que ele "saia da pauta" e causa descrédito nas equipes.

13. Tem que se tomar cuidado para que as rotinas assistenciais não sobrepujem as de capacitação.

14. É preciso ter o compromisso de garantir reuniões periódicas e de manter a regularidade em todas as unidades, buscando envolver toda a equipe, independente do processo político eleitoral.

15. É preciso integrar as equipes. Se as equipes médicas, de enfermagem e administrativos das UBS/USFs não trabalharem integradas, todas ficarão sobrecarregadas, pois o trabalho é interdependente.

16. Nas orientações médicas coletivas e/ou nas orientações de enfermagem coletivas é importante abordar com o usuário temas como a organização do sistema de saúde, fornecimento de receitas, utilização da farmácia popular e papel das diversas unidades de saúde. O formato deve garantir que as dúvidas da população sejam esgotadas e ser, preferencialmente interativo, para não ficar cansativo.

17. Os coordenadores de unidade de saúde precisam passar por capacitações e avaliações periódicas, pois, é função deles garantir que os processos ocorram. Alguns gestores não têm clareza do seu papel, das possibilidades inerentes à função e têm dificuldades em fazer os enfrentamentos necessários. Isto compromete o PSA.

18. Deve ser estimulada em todas as equipes a gestão compartilhada para o enfrentamento dos problemas.

19. Ao desenvolver as estratégias, procure seguir os passos do ciclo PDCA.

20. A rede de serviços é uma só e todos os níveis de atenção devem utilizar o mesmo protocolo.

21. O serviço de referência e contra referência deve ser efetivo para garantir a integração dos serviços e a utilização dos protocolos.

22. Para abordar as complicações crônicas da hipertensão e diabetes é preciso ter equipe capacitada e motivada para fazer o diagnóstico precoce, disponibilidade de exames próprios e rotinas específicas que envolvem a oftalmologia, nefrologia, angiologia e cardiologia.

23. É importante instituir e fortalecer o apoio matricial nas ações do PSA envolvendo novos saberes nas equipes com a introdução de psicólogo, nutricionista, educador físico e outros profissionais. A residência multiprofissional, iniciada em 2014 no município de Sorocaba, poderá contribuir com a estratégia.

24. A introdução de novos membros na equipe multidisciplinar deve ser bem planejada, pois, ao reproduzir o atendimento individual, como ocorre com os médicos, talvez não seja possível garantir cobertura populacional suficiente para proporcionar impacto epidemiológico. Novas ofertas geram novas demandas! É preciso estar preparado para elas.

25. A divisão em colegiados permite maior envolvimento das equipes prestadoras do cuidado com as equipes gestoras. Estes profissionais devem planejar e propor adequações no PSA. É preciso garantir a integração entre os vários colegiados para troca de experiência, fortalecimento da ação e para uniformizar a medição dos resultados.

26. Setores da comunicação, promoção social e educação precisam ser envolvidos nas ações do PSA para ampliar a atuação em grupos populacionais que não estão sendo abordados.

27. É preciso que atitudes autoritárias que visam a “organização do PSA” não prejudiquem o paciente. Ele deve ter a opção de não participar de todas as atividades propostas pelo programa. O objetivo das ações devem ser torná-los parceiros no tratamento aumentando a sua responsabilidade e o autocuidado.

28. Os problemas precisam ser enfrentados objetivamente e na sua origem. Se ocorrer o vencimento da validade de uma receita médica e a UBS/USF não está preparada para renová-la, mesmo que temporariamente, o cliente vai procurar um outro serviço que ofereça a renovação da receita ou não vai tomar a medicação. É importante criar mecanismos de corresponsabilização unidade-cliente.

29. É preciso fortalecer a integração ensino-serviço. Precisam discutir junto as políticas de saúde e as políticas de formação dos profissionais de saúde.

30. A integração ensino-serviço não pode ficar compartimentada nas esferas gestoras e deve permear as unidades prestadoras do cuidado.

31. Os protocolos utilizados pela universidade, quando os alunos estiverem passando por estágio nas unidades da prefeitura, devem ser os adotados pelo serviço público. Os estudantes devem saber que os protocolos e rotinas dos serviços precisam ser seguidos e o uso de protocolos "paralelos" deve ser evitado.

32. Com a estrutura descentralizada nos colegiados será preciso garantir que algumas atividades importantes que eram centralizadas sejam revistas. Entre elas está o planejamento das ações programáticas (inclusive o PSA) e o Projeto Caminhada.

6.9.4 Recursos

A falta de recursos leva a frustração. As propostas de protocolos, de programas ou qualquer outra política pública devem estar dimensionadas aos recursos disponíveis. Quando isto não acontece, além da frustração, vem o descrédito por parte de quem executa, de quem faz a gestão e de quem seria beneficiado pela ação. A vontade "cega" de executar, nos "cega" para a análise mais profunda. Diferente do que ocorre no imaginário da população e de alguns servidores públicos, o recurso público é finito. Executar uma ação sem ter recursos, desacredita a proposta. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. É importante garantir recursos suficientes, inclusive recursos humanos, que atendam as atividades propostas pelo PSA. Se não houver, os processos propostos devem ser revistos.

2. Como os recursos são limitados o planejamento adequado às possibilidades é fundamental.

3. As equipes gestoras devem primar pela economicidade (nas escalas de trabalho e evitando desperdícios) para abarcar mais recursos ao PSA.

4. É preciso avaliar os prós e contras, os "efeitos colaterais", antes de propor ações burocráticas, pois, quando aumentamos o tempo necessário para o atendimento, menor vai ser o número de pacientes atendidos e, este aumento no tempo gasto não vai garantir necessariamente a melhora na qualidade da assistência.

5. Alguns medicamentos para doenças com alta prevalência na população precisariam estar disponíveis de forma fácil na rede pública municipal.

6. É importante evitar a disponibilização de alguns medicamentos específicos apenas nos ambulatórios de especialidades. Isto vai gerar encaminhamentos desnecessários àqueles ambulatórios.

7. A capacitação em massa das equipes é cara e requer muito planejamento e conhecimento técnico, logo, é preciso garantir que seja efetiva.

8. É importante envolver e sensibilizar as esferas políticas nos processos de capacitação para que novos recursos possam ser disponibilizados.

9. É preciso garantir espaço físico nas unidades para as ações coletivas quando elas fizerem parte do protocolo, e, no planejamento de novos prédios de UBS/USFs, é importante prever espaços para trabalhos de grupos e atividade física dos pacientes.

10. Como faltam médicos para trabalhar no modelo proposto, o trabalho burocrático médico deveria ser reduzido ou transferido aos funcionários administrativos para que sobre um tempo maior na consulta para ampliar o vínculo médico-paciente.

11. A utilização da informática tem que ser bem planejada para não afastar o médico do paciente. Tem que facilitar o processo.

12. É preciso construir linhas de cuidado para garantir a assistência integral.

13. A compra de esfigmomanômetros automáticos certificados podem contribuir para reduzir as falhas técnicas na aferição da pressão arterial e agilizar o atendimento.

14. É preciso garantir a qualidade dos equipamentos básicos para aferir a pressão arterial e dosagem da glicemia capilar.

15. A disponibilização de eletrocardiógrafos e oxímetros de pulso nas UBS/USFs pode dar maior segurança à equipe no atendimento de complicações agudas da hipertensão arterial e diabetes mellitus, porém, a equipe deve ser capacitada para a utilização destes recursos.

16. É preciso garantir a disponibilização de bolsas de borracha (manguito) de diferentes tamanhos para aferir pressão arterial adequadamente em pacientes com diferentes diâmetros de braço.

6.9.5 Capacidade

Se não houver capacidade para realizar o que foi programado a equipe entrará em fadiga, daí a importância de um planejamento adequado. Outro ponto importante: quando a ação é planejada, atende ao cenário daquele momento que pode mudar, logo, periodicamente deve ser reavaliada (ciclo PDCA). Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. É importante dimensionar a proposta operacional do protocolo com a disponibilidade de equipes e, mesmo que sejam previstas ações interdisciplinares, a pressão maior vai ser por consultas médicas, logo isto deve ser bem avaliado ao se propor as estratégias.

2. Ao alterar protocolos e rotinas de qualquer ação programática, é importante avaliar o impacto da alteração nas outras rotinas das UBS/USFs, pois, a equipe que desenvolve as diferentes ações é a mesma. Se não houver capacidade instalada, algumas ações deixarão de ser desenvolvidas. Nem sempre temos o controle sobre quais deixarão de acontecer!

3. Quanto à educação a distância, pode ser utilizada desde que bem planejada, pois, o investimento é alto e o resultado para ser satisfatório depende de um acompanhamento adequado e contínuo. Se ela ocorrer, deve ser disponibilizado um tempo, dentro do horário regular de trabalho, para acompanhar as aulas.

6.9.6 Motivação

Quando não existe motivação da equipe o processo de mudança vai se tornar lento. A falta de motivação fará também com que a equipe não se empenhe em buscar o próprio aprimoramento e da sua atuação no PSA, logo, pode também haver perda da qualidade. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. A capacitação vai ser motivadora àqueles que desejam aprender e/ou que se sentem incomodados quando lhes faltam conhecimento técnico, logo, não deve ser utilizada como única fonte de motivação.
2. Para aumentar a fixação dos médicos nos serviços, não bastam atitudes isoladas como aumento de salário. É preciso estudar a fundo o problema, levantar os fatores motivadores, melhorar as condições de trabalho e então atuar de forma planejada e direcionada. Atitudes isoladas podem custar caro e não serem efetivas.
3. A capacitação para ser motivadora, deve ser percebida como boa para as duas partes envolvidas: ao funcionário e às necessidades da prefeitura.
4. Os treinamentos que visam somente as rotinas e fluxos do PSA devem ser evitados, pois não agregam conhecimentos técnico.
5. É importante desenvolver nas equipes um clima de companheirismo e solidariedade.
6. Evite ser refém nas mãos de profissionais inadequados. Sempre que precisar tomar medidas administrativas, tome. Não enfrentar os problemas gerados pelos funcionários inadequados traz desvalorização e desmotivação ao restante da equipe.
7. A equipe gestora central deve evitar desautorizar o coordenador local, principalmente quando ele enfrenta os desvios no cumprimento do protocolo. Desautorizá-lo, fará com que este coordenador deixe de fazer os enfrentamentos necessários no futuro.
8. É preciso conscientizar o paciente, encontrar o que o motiva para o autocuidado e insistir. Para isso as equipes precisam ser sensibilizadas e capacitadas.
9. Quando o paciente não entende a importância do atendimento programático, apenas renovar a receita é suficiente! É preciso investir no esclarecimento da população.
10. No setor público é difícil utilizar de mecanismos de coerção e de premiação para motivar os funcionários, pois, a legislação pública dificulta a adoção dessas medidas. Se for adotar deve garantir legislação adequada para tal.

11. A motivação é algo pessoal, logo, várias estratégias serão necessárias para motivar um número maior de pessoas e talvez sejam necessárias abordagens pontuais aos profissionais que apresentam maiores dificuldades.

6.9.7 Feedback

E, finalmente, quando não tem o *feedback*, o que irão restar serão muitas dúvidas sobre o que está sendo feito. É importante garantir os processos de avaliação, utilizar indicadores e realizar devolutivas às equipes. É importante também ter o feedback da equipe e para isto precisa existir um canal de comunicação efetivo. Os subsídios norteadores relativos a esta dimensão são os seguintes:

1. Para ter dados confiáveis, eles precisam ser utilizados para dar *feedback* às equipes. Isto deve melhorar o registro das informações porque as equipes terão oportunidade de avaliar o que estão registrando.

2. É preciso haver maior aproximação com os profissionais médicos que trabalham nas UBS/USF, particularmente do coordenador da unidade e do gestor central (atualmente é a equipe apoiadora do colegiado). Eles precisam avaliar e discutir o processo de trabalho médico e a repercussão deste trabalho médico na unidade e na comunidade.

3. É preciso monitorar o processo de trabalho. Sem monitoramento, não tem como existir *feedback* das ações desenvolvidas, não há mapeamento das dificuldades apresentadas pela equipe, dificultando a abordagem na capacitação. Fica muito mais difícil intervir individualmente junto aos profissionais com desvios no cumprimento do protocolo.

4. Sempre que implantar um processo novo de trabalho, por exemplo, um novo impresso, é importante monitorar sua utilização e dar *feedback* à equipe, caso contrário, existe a tendência de cair em desuso e provavelmente vai contribuir com o descrédito na implantação de novos processos.

5. A informática pode e deve contribuir com o monitoramento.

7. CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo foi possível observar que para planejar e implementar a atualização do protocolo do PSA de forma efetiva é necessário conhecer detalhes do local a ser implantado, a disponibilidade de recursos, a viabilidade política e técnica. É preciso entender também a cultura organizacional que vem sendo construída através da história e o potencial humano disponível, reconhecendo as forças e fraquezas da equipe, para então propor intervenções efetivas. Não se podem descartar as subjetividades do processo, pois, o não enfrentamento vai levar às dificuldades não explícitas que o acompanham.

Os subsídios norteadores apresentados apontam para a necessidade de planejar adequadamente os processos de mudança que irão acontecer a partir da implantação dos novos protocolos e/ou políticas públicas. É muito importante segui-los, pois são vários elementos que precisam ser ponderados antes de implementar estas políticas e acreditamos que muitas dificuldades apontadas nas entrevistas poderiam ter sido evitadas. A capacitação das equipes, em especial a capacitação médica, também precisa estar presente no planejamento e deve ser incorporada nas rotinas dos serviços. As regionais municipais de saúde precisam garantir isto. A universidade pode ter um papel importante neste processo, desde que se efetive a aproximação de fato com a prefeitura. É preciso que discutam juntas, universidade e prefeitura, os caminhos para a formação dos profissionais de saúde e as políticas públicas de saúde a serem adotadas pelo município, pois todos são atores importantes na construção do SUS.

A aproximação da universidade com o poder público deve estimular novas propostas de protocolos e políticas públicas. Nosso estudo dá subsídios para ambos e contribui com a efetividade da parceria.

Como próximo passo, pretendemos apresentar este estudo para o secretário municipal de saúde e aos diretores regionais municipais de saúde de Sorocaba, junto com os protocolos, para propor a revisão do PSA, desde que haja viabilidade técnica e política.

REFERÊNCIAS

1. IBGE Cidades@ [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas; 2013 [atualizado em outubro 2013; acesso em 31 jan. 2014]. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355220>
2. Conheça Sorocaba [Internet]. Sorocaba: Prefeitura de Sorocaba; 2013 [acesso em: 31 jan. 2013]. Disponível em:
<http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/238/conheca-sorocaba.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Dispõe sobre Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção I, p. 22932.
4. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-131.
5. McKinlay JB. More appropriate evaluation methods for community – level health interventions (introduction to the special issue). Eval Rev. 1996;20:237-43.
6. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009.
7. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of world wide data. Lancet. 2005;365:217-23.
8. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. J Bras Nefrol. 2010;32:1-64.
9. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care. 2012;35:S1-S2.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. [3ª ed.]. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica; 2009.

11. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(1):31-5.
12. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6):672-8.
13. Almeida FA, Konigsfeld HP, Machado LM, Canadas AF, Issa EY, Giordano RH, Cadaval RA. Assessment of social and economic influences on blood pressure of adolescents in public and private schools: an epidemiological study. *J Bras Nefrol.* 2011;33:142-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 04 jun 2012]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/vigitel_2011_final.zip
15. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(1):7-19.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 20 maio 2012]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 20 maio 2012]. Cadernos da Atenção Básica, nº 16. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 20 maio 2012]. Cadernos da Atenção Básica, nº 15. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela saúde 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43.
20. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; DATASUS; [2014] [acesso em 28 maio 2014]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
22. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
23. Prigogine I. O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Fundação Editora da UNESP; 1996.
24. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
26. Moreira AD. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Cultura e Qualidade; 1998.
27. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: P.U.F; 1976. Nouvelle édition, entièrement refondue.
28. Minayo MC, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
29. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
30. Spink MJP. O estudo empírico das representações sociais. In: Spink MJP, organizador. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

31. Souza Filho EA. Análise de representações sociais. In: Spink MJP, organizador. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 109-45.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
33. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
34. Spink MJP, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2013.
35. Reis SLA, Bellini M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. Acta Sci Human Soc Sci. 2011;33(2):149-59.
36. Dias C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Inf Soc. 2000;10(2):1-12.
37. Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo). Coordenadoria de Recursos Humanos. Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional. Observatório de Recursos Humanos em Saúde para o SUS SP. Recursos Humanos Atenção Básica. Bol Observ Recursos Hum Saúde. 2008 [acesso em 05 maio 2014]. Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/gadi/observ/boletins/boletim_out_2008.pdf
38. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Casa Civil; 1988 [acesso em 31 jan. 2014]. Seção II, da Saúde, Art. 200. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
39. Portal da Cidadania. Plano Municipal de Saúde 2006-2009 [Internet]. Sorocaba: Prefeitura de Sorocaba; 2011 [acesso em 31 jan. 2014]. Disponível em:
<http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/554/>
40. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS. 1998;7(2):7-28.
41. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção I, p. 37.
43. Sorocaba. Lei nº 10578, de 26 de setembro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Sistema Municipal Saúde Escola - SMSE, e dá outras providências. J Município Sorocaba, 27 set. 2013. Edição 1603, p. 28.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702, de 17 de agosto 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2004. Seção I, p. 79.
45. Weber M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Martin Claret; 2013.
46. Weiss DH. Motivação & resultado: como obter o melhor de sua equipe. São Paulo: Nobel; 1991.
47. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE Rev Adm Empres. 1995;35(2):57-62.
48. Durkheim E. Da divisão do trabalho social. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
49. Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais. In: Jodelet D, organizador. Representações Sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
50. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo-SP: Hucitec; 1984.
51. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
52. Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996.
53. Silva IMBP. A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar [tese]. São Paulo: Estudos Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

54. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [acesso em 28 maio 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>.
55. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [acesso em 28 maio 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
56. Spink MJP. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Texto em representações sociais. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
57. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. Representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
58. Guareschi P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: Nascimento-Schulze CM, organizador. Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC; 1996.
59. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia: AB; 2000. p. 27-37.
60. Donabedian A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
61. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: exploration in quality: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980. v. 1.
62. Frey K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas. 21ª ed. Brasília: IPEA; 2000.
63. Picon PD, Beltrame A. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; [2014] [acesso em 08 maio 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes.pdf

64. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
65. Moscovici F. Renascença organizacional: o resgate da essência humana. 11ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.
66. Campos GWS, Amaral MAD. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):849-59.
67. Almeida PFD, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):84-95.
68. Delfini PS, Sato MT, Antoneli P, Guimarães PO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1483-92.
69. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.
70. Sorocaba. Lei nº 8.535, de 17 de julho de 2008. Altera e acrescenta dispositivos junto à Lei nº 7.370, de 02 de maio de 2005, que reorganiza a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal e dá outras providências. J Município Sorocaba, 18 jul. 2008.
71. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: CONASS; 2011 [acesso em 31 jan. 2014]. Coleção Para Entender o SUS. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf
72. Faria C. PDCA (Plan, do, check, action). InfoEscola Navegando e Aprendendo [Internet]. c2006-2014 [acesso em 13 abr. 2014]. Disponível em: http://www.infoescola.com/administracao/_pdca-plan-do-check-action/
73. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2013. Seção 1. p. 71.

74. Documento da Linha de Cuidado [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde [acesso em 12 abr. 2014]. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/direita/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/documento-da-linha-de-cuidado/introducao>
75. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):745-9.
76. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
77. Sato CT. Gestão Baseada em Relações de Confiança. *RAE* [Internet]. 2003 [acesso em 31 jun. 2014];2(1). Disponível em:
http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482003000100006.pdf
78. Morrow JL Jr, Hansen MH, Pearson AW. The cognitive and affective antecedents of general trust within cooperative organizations. *J Manage Issues*. 2004;16(1):48.
79. Lewis D, Weigert A. Trust as a social reality. *Soc Forces*. 1985;63(4):967-85.
80. McAllister DJ. Affect and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Acad Manage J*. 1995;38(1):24.
81. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.
82. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2003;8(14):73-92.
83. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):64-71.
84. Henriques RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.

85. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CD, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho, RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):356-62.
86. Padilha MICS. Análise crítica das causas de integração e/ou desintegração docente assistencial na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 1991;12(1):33-7.
87. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. In: Seminário: " A Excelência em Gestão no Exército Brasileiro" [Internet]. [acesso em 01 jun 2014]. Disponível em:
http://www.gespublica.gov.br/folder_rngp/folder_nucleo/MA/leituras/pasta.2010-10-04.3653453292/A%20Excelencia%20em%20Gestao%20no%20Exercito%20Brasileiro.pdf
88. Folder "GesPública". Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização [Internet]. [acesso em 04 jun. 2014]. Disponível em:
http://www.gespublica.gov.br/folder_rngp/anexos/saiba_mais_gespublica.pdf

APÊNDICE A - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Estudo: **“Atualização e Planejamento da Implantação do Protocolo de Atendimento Médico para o Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus na Atenção Primária em Saúde de Sorocaba: O Desafio de Compatibilizar o Conhecimento Científico com a Prática.”**

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque você trabalha na atenção primária à saúde da rede pública de Sorocaba – SP no serviço de clínica médica – atendimento ao adulto.

A finalidade deste estudo é entender o funcionamento do atendimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial ou diabetes e propor um planejamento para a implantação de um protocolo atualizado para o atendimento médico destas doenças.

Você será entrevistado e irá responder sobre alguns pontos principais da sua atividade e também será perguntado se tem algumas propostas para a implantação de um novo protocolo e para a sua atualização. As entrevistas serão gravadas em áudio, posteriormente transcritas e devolvidas a você para validação das respostas. Sua identidade nunca será revelada de forma pública.

Se você aceitar participar deste estudo você fornecerá informações que poderão ser úteis para o planejamento da implantação do novo protocolo. Sua participação no estudo é voluntária e caso não queira participar, ou desista de participar a qualquer momento, isto não acarretará qualquer consequência. Você gastará apenas o seu tempo e paciência para responder às perguntas e não terá qualquer despesa por participar do estudo. Ao final do estudo os pesquisadores se comprometem a lhe comunicar os resultados.

O pesquisador responsável pelo estudo é o Dr. José Manoel Amadio Guerrero que pode atendê-lo nos telefones 15-3228-1082 ou (celular) 15-9777-2434. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP aprovou este estudo e caso necessite outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao comitê, o telefone é: 15-3212-9896.

Por estar de acordo com os termos deste documento assino-o, em duas vias, uma das quais ficará em minha posse.

Nome (letra de forma): _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

Pesquisador que aplicou TCLE _____ Data: __/__/__

Assinatura: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

Antes de iniciar a entrevista, vai ficar claro para os entrevistados que eles têm a liberdade de não responderem as questões se gerarem algum desconforto para responder. Também irão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido de uso da entrevista para a elaboração deste estudo. Serão perguntas abertas:

Somente para os médicos (gestores dos programas na época) que implantaram o atual programa nas UBSs:

1. Como foram implantados os programas de atendimento à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus na rede de atenção primária de Sorocaba? Quais os detalhes?
2. Existia preocupação com diagnóstico precoce das complicações destas doenças?
3. Como as equipes foram capacitadas?
4. Tem havido capacitações sistemáticas / atualizações?
5. Como é o treinamento dos médicos recém contratados?
6. Existem mecanismos de monitoramento dos resultados das ações destes programas?
7. Existem canais de comunicação entre os médicos e as equipes do nível central para responder às dúvidas e sugestões?
8. O que você faria de forma diferente do que tem sido feito? Quais as dificuldades?
9. Como Clínico da UBS, quais oportunidades de melhoria que você enxerga?

Para os médicos que atuam na atenção básica como clínicos:

1. O que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos na rede de atenção primária? O que você acha que está bom e o que você acha que poderia melhorar no atual programa?
2. Como você gostaria receber atualizações (formato, horário, frequência)?
3. Você acha que o médico poderia dedicar um tempo do seu horário fora do expediente de trabalho para se dedicar a atualização – Educação à Distância?
4. Qual a importância para você, do atendimento multidisciplinar nestes programas?

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO GESTORES

Entrevista com G1:

José Manoel: G1, em relação ao Programa de hipertensão arterial vigente hoje na rede, conta para mim como ele foi implantado, quais foram os detalhes de elaboração e implantação deste programa?

G1: Bom Zé, este programa existe desde 1996; na época eu era médica clínica da unidade Maria do Carmo. Fomos chamados para uma reunião e o programa nos foi apresentado: como nós deveríamos nos comportar daquela hora em diante em relação a Hipertensão arterial e diabetes. Tudo era programado; .. tinha uma estrutura de história que nós tínhamos que cumprir, de exame físico. Você fazia o diagnóstico de hipertensão e prescrevia os medicamentos; mas a rede, naquela época não tínhamos uma medicação padronizada. Não era como hoje. Eu lembro-me que a começamos a fazer este programa passando só por um treinamento; depois nós fomos chamados novamente para dizer o que nós achávamos do programa, qual nossa impressão do que havia sido instalado na rede e eu me lembro que quando chegou minha vez de falar, disse que a gente tinha uma noção mais clara e melhor do que estava acontecendo com o paciente porque ele passava em consultas regulares, víamos como estava evoluindo esta pessoa. Depois, aconteceu de eu sair da rede, passar dois anos fora; quando voltei a Dra. Edith e o Dr. Nelmar, que estavam aqui na secretaria conversaram comigo e pediram pra eu melhorar um pouquinho este programa de hipertensão e diabetes, me convidaram trabalhar aqui. Vim para cá, mais ou menos 98, 99. Lembro-me que fizemos inicialmente, uma avaliação de quantas pessoas haviam inscritas no programa. Tínhamos um total de três mil pessoas inscritas, era super baixinho, tanto de hipertensos quanto de diabetes; a cidade na época tinha mais ou menos quatrocentos mil habitantes, e vimos que tínhamos que fazer alguma coisa porque tinha um grande número de pessoas que estavam fora do tratamento de hipertensão e diabetes; na época eram 26 unidades de saúde, e nós fizemos um trabalho de ver o número da população adulta do local, e fazer os cálculos de prevalência de hipertensão e diabetes e, mostrar pra o coordenador: "olha quantas pessoas você ainda tem para o seu programa de hipertensão e diabetes". Na época nós começamos uma série de sensibilizações. Trouxemos o "Dr. Nabil Ghorayeb, que fez uma palestra na sociedade médica para os médicos da rede falando da importância da atividade física como método de prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes. Nós trouxemos o Dr. Joel Heimann da universidade de São Paulo, que veio falar sobre hipertensão arterial, uma palestra que foi feita na faculdade de engenharia. Foi bom pois era num ambiente diferente, conhecemos outra faculdade, saímos da nossa rotina; os médicos receberam o convite individual para participar desta palestra. Dr. Joel veio pelo menos umas três vezes aqui em Sorocaba, para fazer as palestras para os grupos. Na época incentivávamos a alimentação saudável; os nossos lanches eram lanches tipo natural, suco de frutas ou frutas; era uma maneira diferente de receber o pessoal. Percebemos que nós precisaríamos atuar mais, chamar mais a atenção das pessoas sobre algumas questões; então foi feito um grande treinamento que durou um ano e que envolveu todos os profissionais das unidades básicas de saúde: tivemos o auxiliar de enfermagem que teve trinta horas de treinamento, a enfermeira que teve vinte e quatro horas de treinamento e médico que teve oito horas de

treinamento. Começamos com auxiliar de enfermagem, que passava uma semana conosco e recebia todas as informações atualizadas de hipertensão e diabetes. A forma do treinamento foi igual para todos os profissionais, só que cada profissional via de modo diferente e tinha uma responsabilidade diferente sobre o assunto. Mostramos para cada área o que era importante em relação aos assuntos.

A estrutura básica de treinamento foi: começávamos lendo uma história de hipertensão e diabetes. Do diabetes eu me lembro muito bem que era uma mãe que levava a criança no posto de saúde na hora que o posto de saúde estava fechando e a criança era uma diabética que estava descompensada porque a mãe foi trabalhar, deixou a criança com a irmã mais velha, a criança teve dor de dente, a irmã mais velha ficou desesperada e perguntou para a vizinha o que fazer; a vizinha não sabendo da história, manda a irmã mais velha dar um copo de água com açúcar para a criança e com essa história, mostrávamos como que nós estávamos atuando frente ao diabético e ao hipertenso, que nós só estávamos fazendo a parte medicamentosa do tratamento e, no decorrer da semana com os auxiliares de enfermagem, fazíamos aulas de hipertensão e diabetes, com profissionais da rede então: Dra. Cristiane de Oliveira, Dr. Alberto Henrique de Oliveira Pereira, Dra Alcinda Aranha Nigri, Dr. Nelmar Tritapae, Dr João Luiz Brancalhone, Dra Elaine Desgualdo Osório, a psicóloga Osmeire Tobias a nutricionista Edna Tanaka e as enfermeiras Tereza Dib, Wanderlene Aparecida Mariano Lopes, Valquíria Rosana Cárvio Ramos, Ceni de Biaggio Cortez, além de mim. Nós discutíamos todos os fatores de risco presentes em hipertensão e diabetes: falávamos de obesidade, classificávamos a obesidade; falávamos do sedentarismo, do stress, da dislipidemia e, depois falávamos de nutrição, da alimentação saudável que a profissional da prefeitura a nutricionista Édna, fazia esta palestra e por fim, discutíamos o mesmo caso, de hipertensão e diabetes e, agora com todo este conhecimento que o pessoal tinha adquirido, como eles se comportariam frente ao mesmo caso, e vimos que o pessoal "pegou" que nós tínhamos que tratar realmente de uma maneira diferenciada, de uma outra maneira, não só medicamento, tínhamos que orientar as pessoas sobre alimentação saudável, ingestão de pouco sal, enfatizar frutas e legumes, que tínhamos que orientar que a pessoa fizesse atividade física, que ela fosse menos estressada, maneiras para que ela fosse menos estressada, e por fim o tratamento medicamentoso. Então todos os profissionais passaram por esse treinamento, a base foi essa e cada área, o enfermeiro, o auxiliar, o médico, o enfermeiro tinha lá a sua visão de acordo com cada profissão. É..., daí nós fizemos. É..., uma, um protocolo, que já tínhamos um de noventa e seis, mas, nós fizemos um outro protocolo, baseado se eu não me engano no Segundo Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial ...

José Manoel: "Isto antes do treinamento?"

G1: Antes do treinamento; antes as pessoas falavam nas revistas: "como eu trato"; e pelo consenso: "como nós tratamos" tinha-se que ter um consenso; agora chama-se diretrizes; nós nos baseamos nesses consensos, tanto de hipertensão quanto de diabetes, fizemos o programa, o protocolo de hipertensão e diabetes, fizemos a apresentação no papel (José Manoel sugere: "os impressos"...), isso, isso, fizemos os impressos, chamamos um profissional médico, de enfermagem de cada unidade básica de saúde, discutimos com esses profissionais estes impressos, eles apresentavam sugestões, nós seguimos as sugestões e finalmente o programa foi colocado em prática

e é um programa que existe até hoje, com algumas diferenciações; na época também que nós conseguimos, o município, acho que o Brasil conseguiu fazer algumas modificações em relação a medicamentos de hipertensão e diabetes; na época foi introduzido o captopril, que nós não tínhamos o captopril como medicamento, é..., foi introduzida a insulina humana (nós usávamos a insulina de porco); posteriormente foram acontecendo leis estaduais e o município passou a fornecer também os insumos de diabetes. Então hoje nós temos mais de setenta mil pessoas inscritas, no programa de hipertensão e diabetes, sabemos que ainda é um número insuficiente, mas, com certeza foi um grande salto de qualidade de atendimento.

José Manoel: Na época vocês já tinham a preocupação com a doença renal ou não?

G1: Não, nós falávamos da possibilidade de insuficiência renal mas como protocolo nós não tínhamos esta preocupação.

José Manoel: Este protocolo, este treinamento aconteceu em que ano. Em 1996 iniciou a discussão com uma palestra; e você, foi convidada para implantar em que ano?

G1: Acho que em noventa e oito, isso...

José Manoel: E o treinamento grande ocorreu quando?

G1: No ano 2000 porque nós tivemos que preparar esse treinamento e para prepara-lo nós fomos atrás de quem já fazia... que era o pessoal de Marília: Dr. Horácio, enfermeira Isabel, faziam esse treinamento na DIR Marília (hoje DRS), e nós fomos atrás deles...

José Manoel: Isso foi feito no ano 2000 e depois, de 2000 para frente, que treinamento tivemos, houve alguma atualização desse protocolo, houve algum treinamento para equipe multiprofissional da rede básica, me diz, daquela época para hoje, doze anos depois, o que aconteceu em relação ao programa de hipertensão e diabetes?

G1: Eu acho que nós tivemos grandes avanços, nós conseguimos fazer um programa de orientação de alimentação saudável mas que infelizmente não foi para frente, era muito bem estruturado, envolveu muitas pessoas, mas ..., acabou não vingando.. e o outro programa que aconteceu foi o projeto caminhada em que orientávamos as pessoas a caminhar 30 minutos por dia, manter essa atividade física como modo de prevenção e tratamento de doenças. Esse projeto vingou com certeza, temos pelo menos 1500 pessoas inscritas nesse programa que fazem a caminhada com acompanhamento da UBS pelo menos três vezes por semana e orientamos que eles façam cinco vezes, mais dois dias da semana sem acompanhamento. Nós tivemos atualização do protocolo de HAS e DM, mas nunca houve depois disso uma grande reunião em que nós conversássemos com os clínicos; nesses momentos de reunião as pessoas se reencontram, conversam, batem papo e mudam as coisas, os relacionamentos e, fica mais fácil trabalhar; então é um momento de reencontro das pessoas; nesse sentido não teve outro treinamento, grande treinamento... de doze anos para cá não teve nada.

José Manoel: A equipe de médicos, enfermeiros, auxiliares, mudou muito nestes doze anos, entrou muita gente nova?

G1: Olha, nós fizemos o treinamento e depois de um ano metade do pessoal foi embora porque eram um pessoal contratado; mas hoje eu encontro com algumas auxiliares de enfermagem em plantões por aí e que passaram por aquele treinamento e elas contam que o que aquele treinamento mudou na vida delas inclusive; mas, houve uma grande remodelação da equipe. A equipe foi trocada.

Hoje sabemos que muitas pessoas que não tem essa noção, esse conhecimento.

José Manoel: Dos médico da rede de hoje... você acha que mudaram muitos?

G1: Mudaram.

José Manoel: E tiveram acesso a treinamentos, aos protocolos... foi feita alguma ação da secretaria com esses médicos novos que entraram ao longo desses anos para fazer com que eles tivessem conhecimento desse protocolo, da rotina da unidade e do programa?

G1: Nós procuramos fazer no treinamento de entrada, que é basicamente a apresentação do protocolo de hipertensão e diabetes. Ele é uma parte de um treinamento geral que fala de tudo da prefeitura, todos os recursos que a prefeitura tem, de outras secretarias, então ele é uma parte muito pequena, umas três horas no máximo – tenho que falar da hipertensão, diabetes e do protocolo da asma.

José Manoel: Então..., todo médico que entrou a partir do ano 2000 e não participou daquele treinamento, o único contato com o protocolo e rotinas foi neste treinamento de entrada de três horas?

G1: Isso, e quando o profissional que vem contratado (** contrato temporário CLT emergencial) a gente não tem como fazer esse treinamento, ele entra trabalhando direto.

José Manoel: Existe alguma rotina de monitoramento do trabalho dos médicos?"

G1: Não. Isso foi uma grande falha no protocolo; no começo pensávamos em fazer isto, uma grande avaliação do que tinha acontecido com esse protocolo, como as pessoas foram classificadas, o que cada grupo médico encontrou lá na maioria dos seus pacientes... mas, nós não tivemos pernas para fazer isso.

José Manoel: Qual a maior dificuldade que você percebe – do seu ponto de vista – que existe hoje em relação ao desempenho dos médicos em relação ao programa do adulto vigente hoje?

G1: Eu acho que nós do programa estamos afastados da unidade – eu sinto que a gente fica afastado da unidade – acho que tinha que estar mais junto com os médicos, fortalecendo inclusive como classe

José Manoel: Mais junto em que sentido?

G1: Um contato mais direto, um contato de ir falar com o profissional, de marcar mais reuniões com os profissionais, tirar as dúvidas, conversar mais; eu acho que precisávamos conversar mais. Muitas coisas seriam resolvidas nessas conversas. Eu tive que fazer um levantamento recente com os dados e eu me surpreendi com o nível de anotação que o pessoal faz, cópia todos os exames, coloca lá os seus diagnósticos, fazem um bom prontuário, eu gostei muito do que eu vi.

José Manoel: O que você faria de diferente do que foi feito no ano 2000 hoje?

G1: Eu acho que não faria nada diferente, porque parece que tudo está acontecendo, voltou ao que era... eu acho que a gente tinha que voltar, repensar esse programa de hipertensão e diabetes, refazer o treinamento, valorizar mais o profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem que está lá na ponta, mostrar o quanto que ele é importante que ele não é só – faça isso, faça aquilo... então eu acho que precisava ter outro momento para o protocolo de hipertensão e diabetes.

José Manoel: Agora que você está tendo a reunião com a PUC, atualizando o protocolo com a última diretriz, revendo medicamentos e rotinas de classificação de risco, qual é a sua expectativa em relação ao processo – como você imagina que ele deve ocorrer para chegar lá na ponta para o médico?

G1: Eu já comentei com o pessoal e eu acho que nós estamos fazendo um protocolo e ainda não estamos consultando as bases... eu vejo o protocolo da PUC como o protocolo que tem que ser acadêmico, ele é acadêmico, só que a nossa realidade é diferente, as coisas tem que ser mais ágeis, facilitadas para quem tá fazendo porque senão você perde muito tempo preenchendo papel e não é legal isso aí porque tudo é feito a mão, tudo é escrito, então quando você vai pedir um exame para o paciente, se você pedir três exames você tem que colocar três códigos diferentes, então você tem que procurar colocar os números etc; tinha que facilitar mais, tinha que ser mais agilizado e realmente pinçar assim o que é bem importante, mas eu acho que a gente tinha que discutir o protocolo com a rede, a rede vai acabar passando isso para gente, não pode passar sem que o médico clínico que está na ponta tome conhecimento disso senão isso não tem validade.

José Manoel: Como médica clínica de uma UBS, o que você acha do atual programa?

G1: Bom, eu tenho atuado na rede na UBS do Cajuru, é o que eu percebo assim..., tem um impresso, ele tem uma base, mais existem vários impressos de HAS, DM. Uma coisa que me deixa assim, muito irritada, nós tentamos facilitar a vida de quem está usando o impresso – ao invés de eu escrevo hidroclorotiazida eu vejo lá que ele é o número “1” e coloco o número “1” e quantos comprimidos o paciente toma por dia que é uma maneira de facilitar; então ele tem que ter uma sequência: eu tenho impressos em que eu tenho uma sequência numérica, “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o propranolol, “3” é o captopril e tem impressos em que eu tenho esta sequência de uma outra forma, “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o captopril, então depende da pessoa; eu tenho uma certa facilidade para guardar esses números, se naquele impresso tá trocado lá a ordem do captopril, você acaba colocando, se não prestar atenção, então coloca uma coisa que não tá real, e pode dar margem para outras interpretações pra quem for pegar esse paciente no futuro; eu vejo também que quando o paciente é do programa, qualquer consulta que ele faça vem o impresso do programa, então por mais que você tente seguir lá o retorno com a classificação, então muitas vezes ele vem para mostrar um exame, de uma outra coisa e vem lá o impresso do programa, então o impresso é usado para tudo; tem pessoas que escrevem mais, tem pessoas que escrevem menos, mas..., de alguma maneira todo mundo escreve, todo mundo registra sua consulta, eu vejo este questionamento, e eu acho que o impresso tem que ser o mais simples possível, é assim, de fácil manuseio, que você não precise escrever muito, que você coloque um “xísinho” ou coloque um risquinho se existe ou não tal patologia, para agilizar, porque são muitas pessoas e ainda tem muitas pessoas para entrar nesse programa.

José Manoel: Você acha o formato atual da folha de seguimento útil?

G1: Eu acho que ele é útil porque quando organizo os exames eu posso ver a evolução desses pacientes em relação a esses exames. Só que eu não tenho visto esta folha de evolução anexada no protocolo, as vezes existe a folha, mas, com tantas folhas anexadas ao protocolo juntas que você olha lá tem exame de 2000 e depois não tem mais anotado porque o pessoal acaba anotando no próprio protocolo, na própria consulta os valores dos exames, porque não está vendo a praticidade, a necessidade dessa folha de resumo de exames.

José Manoel: O que você acha que poderia melhorar nisso tudo, agora como médica da rede atendendo no Cajuru?

G1: Então, no protocolo descriminamos os fatores de risco, alimentação, obesidade, sedentarismo, eu acho que isto tem que continuar, tem que continuar existindo a classificação de acordo com o grau de risco; acho que esta classificação tem que ser revista, não sei como mas ela tem que ser revista por que as vezes eu tenho um paciente que eu coloco lá risco “2”, mas ele pode ser “A, B ou C”, e por exemplo no SIS que foi implantado agora, você não tem “A, B ou C” só tem risco “2”, então eu sou risco “2”, só estou classificando meu paciente só com o valor da pressão arterial, e eu deveria classifica-lo com fator de risco, sem fator de risco, com lesão de órgão alvo ou não, ou com diabetes. Devia ter... eu acho que isso é uma falha, eu acho que devia ser corrigida.

José Manoel: No protocolo novo ele já está alterado, grau 1, grau 2...

G1: Isso, mas esse grau “1”, grau “2” ele só fala do nível do valor numérico da pressão arterial, (José Manoel intervém: “e a presença de um fator de risco né...”) mas eu posso ter pessoas com grau “2” é... que não tem fator de risco, ela não é obesa, ela não tem diabetes, não é sedentária, ele só é hipertensa. Então ela seria um “2A”, só que na classificação geral ela só é dois.

José Manoel: Do ponto de vista prático o que mudaria isto, porque temos que pensar na UBS, na racionalização do atendimento do ponto de vista prático para evitar as complicações. Em termos de protocolo o que mudaria na classificação de “2” para “2A”, em termos de conduta médica para o seguimento daquele paciente para tentarmos facilitar a vida do médico...

G1: É a presença de fator de risco ou não né Zé, ou lesão de órgão alvo, se eu anotei que ele é “A” não tem fator de risco e nem lesão de órgão alvo, então é um paciente mais light, um dois mais light, mas se ele é um “2B” eu sei que ele é obeso, ou é sedentário, é ou tem dislipidemia, ou seja, ele tem um fator de risco presente, então eu tenho que atuar sobre esse fator de risco, se numa unidade eu tiver cem pessoas inscritas, e eu tiver oitenta delas com risco “B” então eu tenho que ir atrás desse risco, que está acontecendo, e tenho que atuar em cima desse risco, se é obesidade então eu tenho que chamar essa população, reunir, ver que grau é essa obesidade e propor um tratamento pra elas dentro da unidade e fora da unidade eu vejo assim um meio de visualizar, eu tenho aqui um risco “2”, risco “4” e o paciente é “C” tem diabetes, já teve infarto, já teve AVC e tal, então já é uma população que eu tenho que ver com outros olhos, né..., eu sei que ela é uma população que tem que vir mais frequente, então eu também posso atuar em algumas coisas que estão presentes, então se ela teve um AVC, de repente eu posso estar reaprendendo andar, melhorando sua marcha, de repente eu posso estar colocando essa pessoa no grupo de caminhada, com alguém do lado dela que que vá acompanhando, que vá ajudando...

José Manoel: Você acha que só mudar a letrinha da classificação..., por que eu imagino o seguinte: você vendo o prontuário do paciente você já vai ter essa noção do que você está me falando, fatores de risco que ele tem... você acha que na hora de fazer a classificação, em só mudar a letra... eu digo isto porque nós estamos ajudando a repensar o protocolo e a atualização dele..., e isso está sendo contemplado na proposta..., do novo consenso?

G1: É a proposta do consenso novo né, o que eu vejo assim é que a unidade pode planejar o seu programa do adulto, porque se ela ver que tem muito obeso ela vai de alguma maneira ter que dar conta desses obesos, algum tipo de encaminhamento ela vai ter que fazer, se percebe que o

peçoal é mais sedentário ela vai ter que agir no sedentário, se tem dislipidemia, vai agir na dislipidemia, então é um modo de você programar, fazer grupos diferentes, que tenham orientações mais diferenciadas, em relação aos seus problemas, eu vejo assim, se eu tenho bastante AVC, então eu tenho que cuidar para que essas pessoas não fiquem internadas, que internem cada vez menos, e que elas se recuperem de uma maneira melhor e mais rápida, né, então se eu fico mais atento a elas, elas são lá o grupo "4", eu fico mais atento a elas, desculpa, eu digo, se elas são risco "C" eu fico mais atento a elas a coisas que possam evitar pneumonia, que você deve ficar atento para ela tomar a vacina da gripe na época certa e insistir para que ela faça isso, eu vejo assim essas condutas, é claro que pra isso aí eu tenho que fazer outras análises, para planejar o programa, mas, isso é um dado que tá ali presente. Eu tenho essa população, então eu tenho que trabalhar essa população.

José Manoel: Em relação a aferição da pressão, é você quem mede ou ela já vem aferida da pré-consulta?

G1: A pressão vem medida.

José Manoel: Na consulta médica você não mede a pressão?

G1: Quando eu vejo a necessidade eu refaço a avaliação, da pressão.

José Manoel: Você acha que o pessoal tem medido direitinho ou tem falha técnica na aferição?

G1: Falha técnica eu acho que sempre vai ter, então a gente sempre tem que estar falando, "refalando", mostrando, sempre tem que ter uma horinha lá... ó..., vamos verificar a pressão arterial, vamos rever os conceitos.

José Manoel: De rotina então o médico não mede a pressão na consulta?

G1: Não mede. É uma maneira de facilitar porque são 16 consultas em três horas, então até dá pra medir a pressão arterial..., vem da pré-consulta.

José Manoel: Os pacientes vem com o peso anotado ou o médico que pesa?

G1: Na unidade que eu trabalho vem de todos, porque na sala nem cabe uma balança, não teria espaço. É uma forma de facilitar porque é bastante gente.

José Manoel: Como está o atendimento de enfermagem de auxiliar de enfermagem em relação ao programa do adulto?

G1: Dificilmente eu vejo o AE acontecendo, principalmente na unidade que eu trabalho, porque não há espaço para se fazer o AE, mas, eu acho que o AE seria algo extremamente interessante, porque essa classificação de risco que eu falei para você de "A, B ou C" o AE poderia pegar esse "B ou C" e passar mais vezes nele, é..., ter mais orientações para esse grupo, e depois a consulta médica né..., na sua necessidade, então eu, eu..., gostaria que tivesse o AE funcionando plenamente em todas as unidades. Pelo que eu tenho visto não tem acontecido.

José Manoel: Muito obrigado!"

Eu, G1, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com G2:

José Manoel: G2, como foram implantados os programas de atendimento à hipertensão arterial e diabetes na rede de atenção primária de Sorocaba, quais os detalhes dessa implantação que você lembra?

G2: O que eu lembro é que foi feito um conjunto de reuniões onde foi pensado numa estratégia primeiro em conversa com os profissionais, depois, opinião pegando alguns profissionais opinião de medicamentos que deveriam ser usados, e depois, um assim, uma opinião de cada um de como a população iria reagir com essa, como eu posso dizer, esse compromisso que eles poderiam ter com o programa, o programa é fechado num compromisso de comparecimento aonde se ele não comparecer a gente vai atrás cobrar dele, então foi feito tudo um conjunto de pequenas estratégias para um plano total.

José Manoel: Existia a preocupação com o diagnóstico precoce das complicações dessas doenças?

G2: Talvez não como hoje, existia essa possibilidade que você iria diminuir, isso já tinha essa visão que já tinha de você diminuir o número de internações, melhorar a situação e o controle da medicação, fazer com que o paciente acreditasse mais no que estava sendo feito, isso houve, com certeza houve. Depois houve também o outro lado no investimento do secretário de saúde que era o Lippi na época, com a história da vida saudável, que foi um trampolim a mais pra implantação – foi uma ajuda grande. Com certeza...

José Manoel: Como as equipes foram capacitadas?

G2: Na época... não foi de uma forma... foi por grupos de profissionais, não tenho uma lembrança precisa Zé Manoel, mas, se não me engano foi por grupos de profissionais de cada área de abrangência, você pegava um grupo de profissionais discutia o protocolo, como ia ser implantado, de que forma ia ser feito os retornos, tudo, e cada um dava uma opinião. Na minha opinião na época teve a resistência dos profissionais eles encararam como um trabalho a mais que eu me lembro houve um pouco de resistência, alguns foram resistentes a implantação – com certeza.

José Manoel: E como é que vocês enfrentaram essa resistência?

G2: Mostrando que num tinha volta, tinha que ser feito, tinha que ser feito principalmente por causa disso, na... na.. no sentido de você minimizar o... a evolução dessas doenças nas complicações, que e... você segurar o teu paciente. Queira ou não queira, o fato dele esta cadastrado no programa com carteirinha com tudo, fazia com que o paciente tivesse um pouquinho mais de responsabilidade no sentido de ajuda, e isso a gente teve que fazer mais ou menos dissidentes que não queriam muito, que duvidavam do processo. Mostrando, mostrando, mostrando... e com a implantação do programa, do Hiperdia mesmo, a implantação do programa do ponto de vista de informatização aí a coisa já pegou melhor que aí se tinha como mostrar a evolução, o cadastramento, cada vez se pegava um centro de saúde que não estava cadastrando, se ia atrás por que não estava cadastrado, e aí se via que tinha fuga, eram outros médicos mais resistentes que não queriam preencher aquela ficha... hoje, uma parte das fichas é aquela ficha branca que devia ser completa, com palpação, tudo, ainda não é preenchida, não é preenchida... essa eu acho que uma boa dica é pegar os alunos de quarto ano, e fazer, pegar os pacientes que estavam lá e esses alunos ir preenchendo... é um bom treinamento pra eles, mas os médicos abriram mão do preenchimento dessa ficha que teoricamente seria importante, mas, para

preencher uma ficha dessa teria que diminuir 2 ou 3 atendimentos, para cada ficha dessa, seria um exame muito mais completo e essa ficha é desde aquela época, já tinha, é a ficha completa.

José Manoel: Você acha que a resistência deles se dá pelo trabalho de preencher os impressos do programa ou tem mais coisas?

G2: Eu acho que em primeiro lugar pelo trabalho que ia dá e não ia ser negociado uma folga a mais no atendimento dos outros pacientes – em primeiro lugar. Em segundo lugar, muitos deles eu acho que tinham um pouco de receio – eu acredito nisso – pouco de receio de se expor, de fazer coisa errada, lá seria uma exposição do saber ou não saber um exame clínico, entendeu? Então...

José Manoel: Tem havido capacitações sistemáticas, atualizações?

G2: Do Hiperdia, da hipertensão e do diabetes sim, em cima desses pontos não, mas, houve a videoconferência para todos os médicos da rede, tudo, feita não pela prefeitura, mas feita pelo ministério da saúde no sentido das complicações principalmente a complicação renal, as complicações vasculares, teve um apoio, mas não tá tendo assim uma renovação de ideias, troca de ideias, troca de informações, um fórum onde as pessoas podem discutir o captopril dando tosse, “quantos você tem? Quantos você têm? Porque que acontece tá...” sabe, uma troca de informações, aí vai o meu ponto de vista e vale pra prefeitura e pra faculdade, sem por a vaidade no meio, onde você só cresceria com algumas opiniões de uns, a opinião de outros, coisas que são vistas. Eu não tenho explicação pra isso mas de repente aparece alguém pra esse fórum e relata: “eu vi assim, assim, assim...”. Isso não existe. Eu acho que dava pra ser implantado, na faculdade existe já a reunião anátomo-clínica, mas, parece que ela não anda e aí eu acho que é por culpa dos profissionais, os profissionais acabam... aqueles que gostam de ouvir, falar e dar opinião às vezes eles ficam inibidos por outros que se acham donos de todo poder do saber.

José Manoel: Você ficou na secretaria da saúde durante um período logo depois que implantou...

G2: Uns três... não um pouco mais... depois que implantou é... quatro anos e meio.

José Manoel: Daquela programação inicial, como era feito o treinamento dos médicos recém contratados e que ainda não haviam participado do treinamento?

G2: Espera um pouquinho, você está falando naquela época? Eles tinham um período de uma semana de adaptação onde era falado muita coisa da parte administrativa, das situações e depois conforme eles iam entrando no transcorrer do tempo eles eram chamados para explicar como era o programa mas nunca era uma coisa assim que eu possa falar que era uma senhora... uma apresentação... pra aquele indivíduo, para chegar sabendo, ele ia aprendendo o programa por conta própria mesmo aplicando o que ele já sabia.

José Manoel: Naquela época também, e agora trabalhando como clínico, você pode me dizer se existia ou existem mecanismos de monitoramento do trabalho dos clínicos frente aos programas?

G2: Uma resposta que me dão é que... os teus pacientes morrem menos que os do fulano “X”, por que será? Eu to dando um exemplo, seria uma resposta pra mim, aquele paciente que você mandou com suspeita de enfarte foi pro hospital e morreu – não tenho essa resposta se ele morreu – eu não tenho retorno do que tá acontecendo. Um novo esquema que eu tenho implantado pra alguns pacientes

estudo... não tenho esse retorno, eu acredito que ó... a prefeitura pode até ter esse retorno assim em termo do geoprocessamento mostrar, mostrar onde tá, da onde tá internando mais, nós não temos esse retorno não, com certeza.

José Manoel: Existe canal de comunicação entre os médicos e as equipes de nível central para responder dúvidas ou algo mais? Você sente isso como médico?

G2: Quando você fala é... do médico do Centro de Saúde com o pessoal da prefeitura – NÃO – não sinto. É difícil. Eu sinto dificuldade. Eu que fui do lado de lá e de repente vem uns impressos, pô, os caras num avaliaram pra fazer, que nem, tem alguns impressos que eles tiraram coisas que a gente usa pô, furosemda, nifedipina, acabaram com os itens e aonde tinha um espaço largo diminuíram e pra botar um número um espaço, então lá em cima ele escreve todas as complicações e dá um espaço desse tamanho e fica um impresso pouco operacional, você entendeu? Pouco operacional, isso poderia ser mais estudado, com certeza, trocar ideia, mas, não tem essa troca não. Eu acho que não tem e aquela mudança fatal era assim: 1 era hidroclorotiazida, 2 furosemda, propranolol 3, 4 não me lembro o que que é, 5 captopril, era assim. De repente eles mudaram, 1 hidroclorotiazida, 2 furosemda, 3 captopril e quem não prestava a atenção na passagem de impressos para a outra ele olhava... tá tomando 3, então tá tomando propranolol. Ou então invertia captopril com propranolol. Poxa, isso aconteceu de monte... de monte... e deve ter acontecido em todos centros de saúde – era o tipo da coisa que não podia ter acontecido, devia ser avaliado antes qual seria a consequência disso, ter passado pras pessoas, “ó... vai entrar uma sequência...”. Não tem e por isso eu reforço, não tem essa troca de... de... opinião. É assim... “mas se convocam os médicos não vão...”. Não vão também... mas então, fazer que nem você está fazendo ó... dá um prontuário para um indivíduo preencher o que ele acha – ele faz – pelo menos a grande maioria faz – mas é um ponto que eu acho que seria um ponto importante – uma troca maior com quem tá lá no “front” guerra. Com certeza.

José Manoel: A operacionalização do programa, como você sente, na época vocês criaram os impressos, as fichas de marcar os exames, ficha de exame físico, ficha de seguimento... Hoje você como médico da ponta você acha que isso te ajuda ou te atrapalha ter esses impressos como foram feitos?

G2: Eu acho que podia melhorar muito, tá havendo um impresso só de anotação de exame, esse impresso é um impresso principal que devia ficar inclusive cravado pra não se perder no meio das folhas, eu hoje quando tem resultado de exames eu ponho na parte de evolução. Se eu quiser ver um outro exame eu me perco num monte de papel. Outra coisa, são quatro fichas de papel de evolução, se eu pegar um paciente de grau moderado, vai... um hipertenso moderado que ele passa comigo uma vez a cada seis meses, eu faço no primeiro espaço e depois a enfermagem preenche tudo aquilo, quando eu for vê, pô, passou 4, 5 6 passagens... essa parte vai ocupando espaço – eu conversei com a enfermagem – eu troco uma ideia e elas falaram que: “pô, se eu não por aí vocês não vão ver...” mas pra elas o espaço podia ser mais curto... isso é uma coisa pra tentar identificar um impresso que seja viável, que seja prático, e que quando eu bato o olho junto com o impresso, junto com o exame, eu sei o que acontece com o paciente. Dentro desse contexto ainda o... resultado dos exames, ainda, queira ou não queira, para hipertensão e diabetes um exame que chega com 20, 25 dias depois, ele perde a função. Ele chega um dia que tá 400, se eu for medicar esses quatrocentos e fizer o dextro tá 100. Talvez aí, e eu não gosto do jeito que é feito no Nova Sorocaba lá i Igor faz um dextro na hora que ele vem, mesmo que ele tenha tomado um café com leite. Pra mim é dextro de jejum ou pelo menos umas quatro horas que ele comeu – dizem que

depois de umas duas horas já seriam suficientes. Eu gosto do dextro de manhã, picado, bonitinho, hoje em dia o limite de erro é pequeno e você teria uma coisa mais real e eu faço isso por conta, nas terças feiras que eu vou de manhã tem um monte daqueles pacientes encrenca eles vão lá e fazem isso.

José Manoel: O que você faria de forma diferente do que tem sido feito? Você participou de todo o processo de construção desse programa que está rodando... então hoje, se fosse jogado na sua mão... se eu falasse: G2, faça de novo o programa como você faria? O que você faria de forma diferente?

G2: Primeira coisa: escolheria os caras de bom papo, escolheria projeções que existem com desenhos, tudo, e investiria nas palestras, eu investiria nas palestras. **[José Manoel:** Palestra para os pacientes?] Para o paciente, essa é a primeira coisa, palestra de 40 minutos, mais onde ele teria que passar pela palestra de hipertensão, poderia ser até hipertensão e diabetes, tem muitos sintomas, uma palestra de cigarro, palestra de caminhada, tem todos investimentos, eu investiria em palestras e depois, por que o retorno que to tendo com meus pacientes, a maior parte deles, eles comentam muito na palestra por que depois da palestra você joga neles a responsabilidade para ele – ele não pode falar que ele é ignorante no assunto, aí você tem uma igualdade – eu investiria muito na palestra – investiria em protocolos aonde eu daria a liberdade pro indivíduo sair, mas se ele sair e alguma coisa acontecer ele vai me explicar por que saiu – se o médico sair do protocolo de atendimento deve justificar – existem situações que você vai sair mesmo, o protocolo não fica adequado a aquele tipo de paciente, então tudo bem – isso também faria – e alguns protocolos – bom – isso depois eu falo para você... é... alguns protocolos que o médico tá usando um protocolo muito antigo, e principalmente nesses casos, o que que eu faço com um indivíduo com 500 de glicemia, chega no centro de saúde com 500 de glicemia, pouca sintomatologia, hoje falei com a enfermeira, estava desesperada, a Ana Cristina – “pô... o Dr. mandou dar alta para casa, fez sub cutâneo insulina e mandou embora para casa... eu tive medo de mandar para casa...”. Isso é uma coisa que também tem que ter... esse tipo de coordenação de equipe. “Dr. você quer mesmo...” – ter essa possibilidade e o Dr. explicar o porque está mandando embora e assumir a conduta dele – isso que eu falei – “você marque que o médico Dr. tal mandou...”. O que que seria bom para esse indivíduo? Ligar um soro fisiológico? Endovenoso a insulina, 10 unidades – espera uma hora – mais 10 unidades quando chegar 200 ou 300 você manda ele embora para casa? Não existe isso – cada um tá fazendo do jeito que quer... porque, queira ou não queira, dependendo do nível dos médicos que tem e da consciência do paciente ele vai parar. Hoje o Nova Sorocaba tem oxímetro digital e tem o eletrocardiograma, venho fazendo eletrocardiogramas maravilhosos e isso é uma mão na roda. Ter esses equipamentos para esse tipo de programa – eu acho maravilha isso daí, mas, a palestra, esses protocolos bem localizados...

Solicitações de exames, isso eu sempre falava, falava, falava, falava, então o laboratório tem que entender que tem um carimbo pô... se faz blocos de carimbo, pô, isso facilita não se perde muito tempo preenchendo, tem que ter essas coisas, “mas aí pede demais”, de qualquer jeito pede demais – o pior é pedir de menos – o que é pior – se pega um diabético lá que de vez em quando passa e tá um ano e meio sem pedir nada, então eu acho que tem que ser feito algumas coisas, um padrão de primeiro atendimento, depois, um padrão de acompanhamento, quais exames que eu acompanho, como que eu vou tratar o hipotireoideo... só com o TSH, será que só ele de controle é suficiente? Para esses casos é suficiente, não preciso pedir T4 nada, na maior parte dos casos... mas se tem que vê pô... esses protocolos ficam muito solto, é o que a Magali tá querendo e pediu para distribuir pros médicos da prefeitura pra saber

com que você se conduziria mediante a algumas situações de alterações hormonais... eu respondo do jeito que... não sei se acertei... se eu errei mas do que acertei... ela não me deu ainda de volta o gabarito, mas tem que ser feito um negócio meio padrão, hoje tem gente que dá 100 mcg de Puran T4 para 6,7 de TSH quando o paciente volta a gente tem que reverter a tireotoxicose medicamentosa, então é explicar, eu acho que tem algumas coisas que tem que ser pontuadas... Benzetacil de 3 em 3 dias, 10 injeções de Benzetacil de 3 em 3 dias... pô existe alguma coisa que me dê evidência que esse Benzetacil tem uma somação de... Então existem algumas situações que eu acho que o profissional faz por desconhecimento, não faz porque... faz por desconhecimento na época antiga fazia assim... hoje... não é...

José Manoel: Mudando um pouquinho de assunto: Como você gostaria de receber atualizações, qual seria o formato, em que horário? Com qual frequência?

G2: Olha, quem tá respondendo é o G2, se fosse através de DVD ou vídeo, para mim seria maravilhoso, para mim seria maravilhoso! Eu uso muito algumas coisas, mas não é... assim das diretrizes, aquele DVD das diretrizes, mas assim, novas coisas e depois disso daí, que daria um endereço, uma situação que você pudesse fazer contato de algumas dúvidas que você criou nessa situação, senão não adianta... **[José Manoel:** Como educação à distância?] É, você recebe e depois tem chance de tirar as dúvidas, não precisa ter a resposta na hora, mas, que ele me dê a respostas... por que que acontece isso... por que que acontece assim... medicamento tal não pode usar...

José Manoel: Com que frequência você acha que o médico deveria ser atualizado?

G2: Eu vou dizer uma coisa para você por experiência própria... vou citar o Enéas Carneiro... aquele curso dele é uma coisa que tinha de mais maravilhosa de eletrocardiograma, mas, se você não tivesse o contato contínuo com o eletrocardiograma você perdia o teu ensinamento... então, talvez eu estou numa utopia, mas, se dentro dessa a... como se diz... essas atualizações você tivesse depois assim, uma série de perguntas, uma série de perguntas de situações de emergência de urgência ou só de Centro de Saúde, tal, que pudesse responder e ninguém ia te avaliar, que depois que você fizesse tudo vinha as respostas e você se auto avaliaria. Eu, G2, ia adorar! E eu acho que isso me acrescentaria muito... muito, muito... G2. Não sei os outros.

José Manoel: Você ache que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para se dedicar a atualizações com Educação à Distância?

G2: Ele não tá se dedicando a uma atualização da prefeitura, ele tá se dedicando a uma atualização profissional pessoal, eu acho que isso facilitaria a ele. Isso daria até um protocolo, uma disciplina de estudo, Zé, não tenho dúvidas disso.

José Manoel: E agora para terminar, qual que é a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas de hipertensão e diabetes?

G2: Acho que se a equipe for boa é fundamental. Se a equipe for boa! O que eu continuo falando e eu acho que isso daí eu sou chato demais, e sou um dos poucos: eu peso, eu meço pressão. Eu tenho brigado muito apesar que as enfermeiras atualmente do Centro de Saúde são muito boas, e elas tão concordando comigo, eu acho que o atendimento do técnico de enfermagem de medir a pressão, esse precisa de atualização e melhorar muito a técnica com aqueles estetoscópio a dois – ele vai medir junto comigo, junto com o médico, e quando ele souber que de repente vai ser pedido para ele justificar junto com o médico ele vai

se aprimorar em achar a braquial em colocar certinho na posição, para fazer certo. E aí, não auscultou... não auscultou. Entre parênteses: "os estetoscópios são uma porcária também". Então, essa é uma desculpa que eles dão. Mas, do mesmo jeito que é uma porcária para não chegar no dezessete, não pode ser tão bom para chegar no oito quando chego no onze com aquele aparelho que eu tenho – então aí tem chute. Chute de pressão que eu acho que isso que a gente tinha que embutir na cabeça – não escutou, ...não escutei. Hoje eu falei para uma paciente, peguei o braço direito dela, não consegui – fui pro esquerdo – aí eu consegui. Então... ter essa humildade de falar: não consegui pô! Não sou bom... O aparelho é ruim... Aí ele coloca o aparelho ao contrário – não é o aparelho que é ruim, ele que não sabe usar. A técnica que é ruim. Então aqueles aparelhos duplos eu acho que é fundamental por que na hora que o médico pega uma paciente que acabou de sair lá da pré-consulta, 13x7 e chega com você 20x11, tem alguma coisa errado... tem alguma coisa errado, isso eu sou chato, por mais que eles falaram que mediram a pressão eu sempre confirmo com o meu. Isso é uma coisa pessoal minha, claro que se você tivesse uma equipe que você fechasse os olhos com a equipe, nossa, o valor disso em termos de tempo... é fundamental. Mas eu uso muito a equipe multiprofissional e as enfermeiras trocam comigo bem! Eu só tenho essa pendenga aí com a pressão. A pressão... não me acertei com elas ainda.

José Manoel: As perguntas que eu tinha são essas, você quer fazer algum outro comentário, alguma colocação?

G2: Deixa eu ver... A... eu tenho sim... Eu acho que a prefeitura devia, dentro desse contexto de... do programa, tinha que olhar com mais carinho os medicamentos... não acho que o Captopril seja tão ruim, mas, pelo número de efeitos que ele dá já tem a Losartana livre na coisa... que vá para prefeitura, é pelo governo. Pô, ter mais um de escape vai... uma Valsartana, sei lá... um que não seja tão caro mas que você tenha um escape para dar... não tem isso. Então a gente fica... a... outra coisa, então eu tô combatendo a pressão alta, eu tenho 60% de uma população que sofre dor de dessa 60, 80 – 90% toma Diclofenaco pô... Diclofenaco Sódico! É outra coisa que tem que ser pensado também nesse processo de operacionalização o que que vai por, o que não vai por... hoje estamos vivendo uma epidemia de problemas de tireóide, hipotireoidismo... pô! Traz o Puran! Pô se quer evitar a internação por causa das dislipidemias... tem que ter a Sinvastatina, tem que ter um Benzaifibrato, é dado né, pô, mas é dado de uma forma tão complicada, tão complexa... o indivíduo tem que preencher um monte de papel, tem que ir uma vez por mês para pegar... pô isso só atrapalha... A gente tem na apresentação de palestras tudo que impede a adesão de um paciente! Tudo que complica impede a adesão do paciente pô. A... nós queremos atingir isso, mas, tem que liberar um monte de coisas para atingir isso, senão não atinge. Outra coisa que aí tem... e não é tanto a parte de diabetes tudo... mas, vasodilatadores, um medicamento para varizes, que também tem um monte... tudo isso é o de menos dentro dessa história, mas, e ter uma coisa que cubra mais, que cubra mais e eu não vejo isso. Eu não vejo essa força política para ajeitar, e isso é muito mais barato, muito mais barato. Uma outra coisa... voltando... que eu não coloquei: palestra com educador físico pô, eu não vou falar nem da assistente social porque se por assistente social todos nós, até dentro da nossa casa precisamos de assistente social, mas um educador físico... esse negócio da caminhada tem mais de cem pacientes que fazem com a Clélia, ela é uma abnegada. Mas precisa junto com ela uma pessoa que ensina a fazer alongamento, que brinque com o pessoal, que bote uma música naquela praça central... pô... é fundamental aprender a alongar... resolveria metade dos problemas... Isso também é uma outra coisa que dentro do processo é fundamental. Porque só a caminhada melhora a parte cardiovascular e respiratória, mas não faz emagrecer e não faz tirar as dores e muita gente não vai caminhar por causa da dor, então

alongamento... como é que tem que fazer... talvez, a prefeitura estar liberando alguns profissionais de acupuntura, coisas paralelas, vê outras coisas para ajudar! Agora Diclofenaco não! Cada vez que faço diagnóstico e tenho que passar Diclofenaco dói minha alma. Outra coisa que eu acho que tem que ser aprendido, pô, crise hipertensiva em PA não adianta você dar Lasix. Se não tiver estertor e não tem edema, pô, dá um Diempax. Deixa dormir e depois de meia hora a pressão despenca. Eles continuam dando, puxa, Lasix, Captopril e o indivíduo continua lá dentro – Pronto-Socorro só aumenta pô. Então são coisas que, que tem que trabalhar, e o profissional tem que entender que se ele tá lá, tem que dar o melhor dele, não pode tá lá para fazer nas coxas. Mas tem que fazer o melhor, pô. Não pode ser chutado. Mais é isso daí – acho que o programa é muito bom e sempre nas minhas palestras eu elogio o governo – acho que é a única vez que eu elogio o governo com a história dos medicamentos nas farmácias populares, foi um ponto positivo pro governo, sem dúvida nenhuma. Muita gente que não tratava, com essa facilidade passou a tratar mais, se cuidar mais, tem a obrigação talvez de buscar o remédio, uma vez por mês, mas, vai buscar e trata, eu tenho controlado muito mais pressão. Agora não pode chegar o governo e faltar a parte governamental municipal, não, vai ter o programa do tabagismo, pô, hoje a gente manda o indivíduo praquela endereço e preenche um formulário e vai ser chamado só depois de um ano. É aquilo que eu falei, a adesão fica lá em baixo, não adianta fazer um programa, um programa é para uma cidade de 600.000 habitantes, não uma Araçoiaba da Serra. Fala: "Vou propor esse programa, todo mundo começa a ver e..." aí é desacreditado. Ônibus Azul: são coisas que eu falo que dá descrédito. A... o médico só chega às 10h, briga com todo mundo... esses lugares, Ônibus Azul, Ônibus Rosa, tem que ser a pessoa mais delicada, gente que trabalha gente... não pode ser gente casca grossa pô. Num dá para ser, e tá sendo né... e aí todo mundo ó... puxa o carro, então é isso daí Zé!

José Manoel: Mais alguma coisa?

G2: Acho que não!

José Manoel: Obrigado G2,

G2: Falô...!

Eu, G2, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com G3:

José Manoel: G3, o que você acha do atual programa de atendimento ao hipertenso e ao diabético existente na rede de atenção primária, o que você acha que está bom e o que poderia melhorar no programa atual?

G3: Aumenta hoje absurdamente de volume e em 2015 as doenças crônicas serão mais que toda pediatria. Quinze por cento (15%) de toda a população de 2015 vai ser de maiores de 60 anos. Hipertensão e diabetes participa da maioria das doenças crônicas com alta mortalidade e com curto período de incapacidade (até porque matam muito). E então o programa de hipertensão e diabetes é fundamental em qualquer planejamento que se pretende cuidar da saúde do adulto, principalmente dos adultos mais idosos. Como é na nossa rede? Hoje nós somos atropelados pela dificuldade de mão de obra médica disponível e necessidade de atendimento médico de patologias agudas.

Eu tenho a impressão que vamos falar disto nas outras perguntas. Preliminarmente podemos dizer que quando os programas de hipertensão e diabetes foram instituídos há 20 anos atrás possuíam o mérito de ter mais mão de obra e menos população. O serviço público continua disponível para contratar essa mão de obra mas ela hoje não existe em lugar nenhum do Brasil. Hoje carecemos de profissionais médicos interessados em trabalhar na saúde pública.

José Manoel: O que você acha que está bom e o que poderia melhorar no atual programa?

G3: Eu sou do tempo em que saúde pública municipal era só vacina. Eu quando criança ia no posto de saúde só para tomar vacina. Nunca fui consultado por um médico lá. Então, em menos de 50 anos melhoramos muito. É maravilhosa a visão SUS, contemplando a integralidade e a equidade. Por estes princípios, se não se pode dar tudo para todo mundo, existe a visão de que é preciso dar mais para quem precisa mais. Os programas instituídos têm este mérito. UBS está preparada para sentir a diferença e acolher melhor os pacientes que precisam mais... o programa do acolhimento tem o poder de filtrar essa necessidade e então isso é maravilhoso e isso evoluiu muito e muito bem. O fato de estarem disponíveis na rede a maioria dos medicamentos de hipertensão e diabetes é muito bom. Boa parte dos que não existem, agora estão disponíveis no Programa Saúde Não Tem Preço do governo federal, nas farmácias, e sem custo para o paciente. Os pacientes com diabetes e/ou hipertensão podem lançar mão deste programa se usarem medicamentos específicos. Há muito que melhorar? Com certeza. E devemos iniciar pelo treinamento dos profissionais da rede. Mas não temos feito isto. Não é que não temos sentido esta necessidade. Na verdade ele não tem sido possível. Não temos tido a oportunidade de reunir os profissionais, principalmente os médicos, porque a gente tem se perdido na necessidade médica do dia a dia nas UBSs de cada lugar da cidade.

José Manoel: Se você tivesse trabalhando na rede hoje como você gostaria de receber atualizações, em que formato, qual horário, com qual frequência?

G3: Olha, a gente tem que caminhar se modernizando. Hoje não dá mais para levar informações em folhetos, cartazes ou mesmo cursos presenciais onde tem hora e dia marcados, professores com necessidade de estarem em algum lugar em dia e hora determinados. Com essa coisa maluca que ficou o trabalho médico onde cada um tem um horário, cada um faz uma determinada coisa em lugares tão diferentes para poder ganhar o seu pão de cada dia, temos que evoluir para o treinamento digital. Temos o Moodle que é uma ferramenta pública. Ele tem que entrar no nosso dia a dia. Temos que ter acesso a essa ferramenta que disponibiliza as informações na hora que o interessado puder, no momento particular de cada um. E a informática permite isso. O treinamento deve ser continuado e tem que ser digital. As dúvidas devem ser sanadas com troca de ideias em chat ou via e-mail disponibilizados pela própria ferramenta Moodle que permite isso. Se não evoluirmos para o treinamento digital vamos ficar para trás, porque cada dia mais cada um de nós tem menos tempo.

José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho, fora do expediente, para atualização, educação à distância?

G3: A motivação... os motivos que levam à ação são muitos... Acho que hoje o interesse pelo serviço público não tem sido dos maiores. A dificuldade que a gente tem tido para contratar mão de obra médica é uma prova disso. Não acredito que não existam médicos. O que existe é falta de interesse pelo nosso serviço. Agora...é possível criar motivos que façam melhorar o interesse. É preciso levar as pessoas a quererem aprender mais, a se dedicarem mais à

saúde pública, porque a saúde pública é muito peculiar. Temos o intuito de atender a massa, a grande maioria das pessoas. Aquele especialista do quinto dedo do pé esquerdo é necessário mas apenas a uma pequena parcela da população. O especialista hoje tem alguns estímulos para estudar a especialidade dele. E eu acho que agente tem que criar esses estímulos para a saúde básica, saúde pública, para a grande massa e a gente não tem evoluído muito nesta missão. A remuneração por hora de trabalho, na minha opinião, não facilita o estímulo. A hora é igual para todos... para os que se dedicam e para os que não se dedicam. É preciso remunerar por efetividade, por resultados, como os países desenvolvidos têm feito. O sistema público da Inglaterra é um grande exemplo disso onde se tem um salário base e prêmios importantes pelos resultados que se alcançar, então, se houver o estímulo para se chegar no resultado vamos nos dedicar para alcançá-lo e vamos querer fazer isso bem. Realizar treinamentos faz parte de "fazer a coisa direito".

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses dois programas?

G3: Pois é... o atendimento multidisciplinar tem dado muito pano para manga. Muita conversa! Os médicos não dão conta de fazer tudo sozinho, é preciso dividir responsabilidades, é preciso chamar os profissionais de outras áreas para fazerem parte desse grande bem do ser humano que chama saúde. Mas também, é preciso ter muito cuidado para não deixar profissionais não médicos ocuparem o lugar que é exclusivamente do médico. Não dá para abrir mão do diagnóstico e do tratamento que são patognômicos do profissional médico. Então é preciso estimular a multidisciplinaridade, é preciso dividir responsabilidades, é preciso fazer com que a população entenda que existem outras maneiras de fazer saúde que não só a consulta médica. Mas é preciso garantir ao médico as coisas que são exclusivas da categoria. A saúde é tão multidisciplinar que talvez a principal disciplina seja a do indivíduo. Quero dizer: é disciplina "indivíduo" a responsável por 70% da saúde de todos nós. O médico não motiva ninguém. Motivação é pessoal. Abandonar o vício de fumar depende da motivação individual. O médico pode explicar, pode orientar, mas é preciso ter ações próprias para caminhar, para ter uma alimentação saudável, e isso depende exclusivamente do indivíduo.

José Manoel: Agora vamos mudar de papel! Você trabalhava na rede como clínico a partir de que ano? [G3: 91] Noventa e um... você é um médico "antigo" da rede... [risos] diga uma coisa para mim G3, você viveu aquele processo da implantação do atual programa olhando a "outra face da moeda", você era médico da rede básica, qual foi a sua percepção do processo como um todo? Esqueça o seu lado de gestor do programa e agora me conta como você viveu isso no dia a dia nesse processo.

G3: Essa implantação do programa de hipertensão e diabetes do ano 2000 foi uma revolução. É... a gente partiu do nada e começou a sistematizar um atendimento que ocupava mais de 50% da agenda diária. É lógico que os colegas que tinham mais afinidade com a saúde pública usufruiu mais com a implantação desses programas. Era comum numa mesma UBS ter um médico clínico com 90% da sua agenda ocupada com programa e outro só com 30%, porque não se adaptava, não gostava daquele tipo de trabalho de ver sempre os mesmos clientes e falar a mesma coisa, repetir várias vezes num curto período de tempo a mesma história e os mesmos aconselhamentos. Mas, em 2000 foi uma revolução e os resultados apareceram de uma maneira extremamente evidente no número de internações por descompensação diabética, por infarto agudo do miocárdio, e complicações por doenças cardiovasculares. O impacto foi importante e os números mostraram com os anos que se seguiram. Mas, como tudo que já aconteceu, que já produziu os seus frutos, daí para frente o

aperfeiçoamento é mais lento. É muito mais difícil depois de se ter conseguido grandes resultados conseguir pequenos resultado a partir daí porque a gente já parte de um resultado muito bom ou pelo menos um resultado muito melhor. Isso a gente vê também na mortalidade infantil. Apesar dos enormes esforços que já foram feitos pelo município e de já termos alcançado redução absolutamente significativa, pequenas reduções a partir de agora demandam grandes esforços. Em relação aos programas de diabete e hipertensão hoje estamos nesse estágio onde o sistema já incorporou a necessidade do controle. Isso já passou a fazer parte do nosso dia a dia e agente tenta todo dia aperfeiçoar um pouquinho mais e às vezes a gente passa um pouco da mão porque querendo aperfeiçoar cria regras que às vezes complicam.

José Manoel: Você, naquela época, passou por treinamentos dados pelo programa, começou pela equipe de enfermagem depois foi a parte médica. Como vocês viveram isso no centro de saúde?

G3: Na minha terra a gente diz que não dá para fazer omelete sem quebrar o ovo. Eu sinto que em épocas passadas a a gente tinha mais condição de abrir mão da mão de obra médica por um período grande em nome de um treinamento eficiente. Assim, um treinamento de uma semana de uma equipe inteira, abrindo mão da presença destes profissionais na unidade era muito mais fácil do que tem sido hoje. Temos tido muita dificuldade para tirar o profissional, principalmente o profissional médico. Temos treinado o corpo de enfermagem, os administrativos...até os coordenadores têm tido oportunidades de treinamento, na esperança de que os conhecimentos possam ser distribuídos quando estes profissionais retornam para as suas unidades. Mas isto não tem sido efetivo em relação aos profissionais médicos. O médico não tem saído, a gente não tem conseguido envolver o médico nesses treinamentos como se ele não fosse muito importante. Então, eu tenho a impressão que agente tem que assumir essa falta de mão de obra e ainda assim fazer treinamento, por que senão a gente vai ficar capenga, vai ficar manco. Não dá para treinar só os outros profissionais. É preciso entender que o médico tem que sair da linha de frente para treinar e nós não estamos conseguindo fazer isso sequer no momento da sua contratação.

José Manoel: O médico que entra não está tendo oportunidade de ter contato com o protocolo, com o programa de forma adequada?

G3: Não. Ele é contratado pelo serviço e quando muito a gente entrega o material para ele estudar em casa. Houve até um tempo atrás um treinamento de entrada que era um treinamento com todas as áreas juntas e que ele supria muito a missão de transmitir para o profissional que estava entrando informações de como funciona a rede e quais são as características de cada atividade. Mas ainda faltava o treinamento separado da parte técnica médica que é muito importante. Quando houve, houve no sentido de explicar como é a rede, como funciona o sistema, como são os encaminhamentos, qual é a visão do SUS. Tudo isto é muito importante mas, ainda assim, faltava a visão técnica médica específica do programa em separado para o profissional que tem as suas peculiaridades.

José Manoel: Quando você passou pelo treinamento no ano 2000 foi uma semana de treinamento para o médico?

G3: Eu não sei se não foi mais, mas foi um longo período que a gente se encontrava várias vezes, repetidas vezes num curto período de tempo. Uma imersão no treinamento para o acompanhamento de doenças crônicas.

José Manoel: Como era o treinamento, legal ou cansativo?

G3: Você sabe que acumular muitos conhecimentos numa semana é sempre muito cansativo mas a gente tá acostumado a fazer isso. A gente quando vai num congresso também faz tudo numa semana e aprende muito. No treinamento de 2000 haviam entre uma palestra e outra umas dinâmicas de grupo para desestressar um pouco, para aliviar um pouco. Era relaxar e voltar pro estudo. Como eu disse, não dá para fazer omelete sem quebrar o ovo. Tem alguma coisa ruim também, mas o saldo é muito positivo.

José Manoel: Você acha que existia na época a preocupação de se estabelecer um canal de comunicação entre o médico da ponta e o nível central?

G3: Não. [José Manoel: E hoje?] Também não, isso sempre foi muito ruim. Eu já passei, pelo tempo que estou no nível central, por várias tentativas de fazer esta aproximação e sempre esbarramos na velha dificuldade de RH. Numa destas tentativas terminamos numa maneira diferente de executar o trabalho. Dividimos a cidade em cinco colegiados e nesses colegiados, agora fisicamente mais próximo das unidades, fariamos a ponte com a administração central. Cinco áreas prioritárias com um representante de cada área de atenção à saúde em cada uma, aproximando a área meio da área fim. Isto ainda existe mas não funciona do jeito que foi planejado pois esbarra na quantidade de mão de obra disponível. Sinto que o programa de saúde do adulto até se envolveu nas atividades de outras áreas de atenção para fazer valer a ideia de que o representante do nível central deveria conhecer todas as áreas para levar uma informação de mais qualidade para a ponta. Mas as outras áreas não tiveram a mesma oportunidade em relação ao programa do adulto.

Então eu sinto que a ideia dos colegiados é uma ideia boa, que é possível melhorar, mas que a quantidade de RH não tem sido suficiente para aquilo que se propôs inicialmente.

José Manoel: O que você faria de forma diferente do que tem sido feito hoje?

G3: Eu acho que nós já tentamos vários métodos. Criamos a figura do supervisor para fazer o intercâmbio com a rede e também não foi muito eficiente. Depois veio o colegiado que ficou barrado na mão de obra. Já fizemos vários planos de estímulo com é o GRATO – Gratificação por Responsabilidade nas Atividades e Trabalho Objetivo, que sequer foi instituído. Já fizemos um plano de gratificação por resultados, é... já fizemos um plano de trabalho com banco de horas; banco de consultas para que o profissional pudesse atender a toda a demanda com overbooking, mas assim, as coisas não têm andado. Acho que a gente não tá precisando mais de ideias novas. A gente está precisando pegar as que temos e ver o que é possível fazer. A gente não implantou efetivamente nenhuma delas. A gente já pensou, já estudou, ficamos mais de ano reunindo pessoas, grupos, eu acho que nós já temos um cabedal de informações necessárias para fazermos diferente. Agora, num precisa só pensar, temos que parar de pensar um pouco e pegar o que já está pensado! E executar um pouco o que está pensado. E... repito o bordão meu: "a gente tem tido algumas iniciativas... mas, nenhuma acabativa".

José Manoel: Das perguntas que eu tinha, acabaram todas. Você gostaria de fazer mais alguma colocação, alguma contribuição?

G3: Então Zé, eu acho que essa última fala foi muito legal, por que eu acho que a gente já pensou muitas coisas, auxiliado por você. E quando você saiu da direção eu disse: "puxa, eu não sei como pude participar de gestão de saúde, por que eu participo disso há muitos anos, pública e privada, como eu pude fazer tudo isso sem ter aquelas informações de organização de ideias, de planejamento que a gente demorou mais de ano fazendo". Eu acho que até dois anos. Então... a gente se reuniu, a gente conversou e a gente se

enriqueceu demais. Eu temo que aos poucos as pessoas que participaram disso vão embora sem que se possa dar efetivamente alguma coisa em troca para o serviço público. Acho que as pessoas que ainda estão aqui ainda têm a memória dessa formação e que é possível junta-las e fazermos diferente; mas é preciso ter vontade para terminar isso. E para isto acontecer depende de uma porção de outras coisas que não só da gerência, que não só dos líderes das equipes de programas. Eu acho que se pegarmos o conhecimento que temos e fizermos acontecer com os recursos necessários, acho que podemos melhorar muito.

José Manoel: Legal, muito obrigado!

Eu, G3, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com G4:

José Manoel: , G4 como foram implantados os programas de Hipertensão arterial e diabetes na rede básica de Sorocaba, quais os detalhes que você sabe?

G4: A implantação ocorreu através da aplicação, divulgação e treinamento do protocolo de hipertensão e diabetes para atender a população sorocabana, os protocolos estão baseados nos consensos e diretrizes atuais.

José Manoel: Quando foi implantado o protocolo atual havia a preocupação em fazer diagnóstico precoce das complicações dessas doenças?

G4: No momento da implantação, existe sim. A implantação já ocorreu há muitos anos e a partir da primeira implantação no município, esse protocolo foi sendo atualizado de acordo com os consensos... Qual é a sua pergunta mesmo? [José Manoel: Preocupação com o diagnóstico precoce das complicações.] Ah... sim, com certeza! Existe sim a preocupação tanto com a captação precoce e também com o diagnóstico precoce, para que você consiga minimizar complicações e existe também hoje, inclusive, preocupando-se com as complicações, a existência do projeto da prevenção da doença renal, que a gente também tem visto essas complicações, mas, de maneira geral todas as complicações são pensadas sim, com o objetivo de diminuir precocemente, o que você conseguir evitar é melhor, através de um controle adequado.

José Manoel: Você trabalha na rede de saúde de Sorocaba desde quando?

G4: desde 2002.

José Manoel: Você não chegou a ter contato de maneira alguma com aquele treinamento?

G4: Não, não, o primeiro treinamento eu não acompanhei ele já tinha acontecido, porém todos se lembram dele de uma maneira muito positiva, mas eu não participei e não acompanhei, não sei como foi.

José Manoel: Você sabe me dizer a partir do momento que você entrou e tem acompanhado o programa como enfermeira de UBS e depois você veio para a secretaria, no nível central para coordenar o programa, com tem sido a questão da capacitação dessas equipes?

G4: A capacitação das equipes, ela tem ocorrido através não só dos informes que são enviados para as unidades, mas dos protocolos, que foram também enviados, em alguns momentos esses profissionais eles são retirados da unidade pra que eles possam passar por um treinamento presencial. Também, o que tem sido muito desenvolvido em relação à saúde do adulto quanto à capacitação, é a discussão, construção, atualização dos profissionais através das oficinas, que a gente acaba fazendo treinamento in lócus na unidade para reorganizar o programa, bem como, o acolhimento.

José Manoel: Conta pra mim como são essas oficinas.

G4: Essas oficinas são agendadas, são realizadas algumas visitas na unidade antes que ela aconteça, para identificar os possíveis problemas, reclamações, dificuldades de equipe. A gente conversa com o coordenador, com os enfermeiros, muitas vezes com os médicos, quando existe essa possibilidade, antes dessa oficina acontecer. Na data agendada a equipe técnica de saúde do adulto faz a apresentação do protocolo, de como são os agendamentos, o atendimento em si, a função da equipe multidisciplinar, a função de cada um, a importância do atendimento, comenta-se também sobre os indicadores, o que tem avançado bastante, e o que precisa avançar, a questão da cobertura, o pessoal tem bastante dúvida também nessas reuniões, mas, eles participam bastante. É dessa forma.

José Manoel: E isso acontece em todas as unidades? Nas 30 UBSs?

G4: Prioritariamente nas que estão apresentando maiores problemas, maiores dificuldades para organizar o programa, pois se não existir uma organização mínima dentro da unidade, a classificação segundo o risco dos hipertensos e dos diabéticos, isso vai promover um retorno muito frequente de consulta médica(desnecessário), o que acarretará sobrecarga nas agendas, gerando atendimento sempre aos mesmos pacientes, dificultando o acesso aos novos pacientes que devemos captar e incluir no programa, a agenda fica com desorganizada, lotada, por isso que a gente tem falado muito da ação multidisciplinar tendo a convicção de que ela é importantíssima na educação em saúde, principalmente nas doenças crônicas, trabalhar com os grupos, com os atendimentos de enfermagem, as abordagens individuais e coletivas, bem como o atendimento médico coletivo que não é em momento algum para livrar a agenda do médico, mas por que, porque o período de consulta a gente sabe que é muito difícil fazer com que o médico consiga realizar todas as orientações, e existem outras formas que isso pode ser feito, em outros momentos também, então é enfatizada toda parte educacional em saúde, para fortalecer o paciente com auto cuidado, e, a unidade que está pautada só na consulta médica, ela acaba fechando o acesso de outros pacientes, e, se cada um tem um risco, existe um cronograma de retornos dentro da saúde do adulto de acordo com um risco classificado pelo médico, se o risco é mais grave indica mais retornos com o médico durante o ano, para todos os pacientes o retorno é a cada dois meses, mas o que vai diferenciar? Quem realiza esse atendimento. Se o meu risco, se eu sou um paciente limítrofe, na hipertensão por exemplo, sou risco 1, pelo cronograma, desde que eu não tenha intercorrência vou passar em consulta médica uma vez ao ano para ser reavaliado, mas também vou passar em atendimentos coletivos(de grupo), em atendimentos de enfermagem individual e em grupo com o médico e assim por diante, sempre a cada 2 meses, então, de acordo com o cronograma, seguindo a classificação de risco, vai possibilitar que eu atenda cada paciente com equidade. Se ele for um paciente mais grave, vai passar mais vezes em consulta médica individual, vai passar também em consultas com o enfermeiro, se ele for um paciente limítrofe, sem lesão em órgão alvo, menos fatores de risco ele vai ser acompanhado a cada dois meses na unidade, porém em

outros atendimentos, são menos consultas individuais com o médico, o que não significa que a qualquer momento se for identificado alguma alteração no paciente que indique necessidade ele vai ser agendado/atendido no dia pelo médico ou será agendada uma consulta. Numa intercorrência, o paciente deverá ser acolhido, e o mesmo será avaliado pelo enfermeiro, podendo ser atendido no dia pelo médico, se houver indicação, ou, a data da consulta médica será adiantada de acordo com a necessidade do caso.

José Manoel: São muitas unidades que precisaram da intervenção de vocês com oficinas?

G4: Várias unidades, nesses últimos tempos a gente investiu bastante nas unidades com a implantação do acolhimento, não tem como falar em acolhimento se não reorganizar a saúde do adulto, porque caso isto não ocorra, todos os pacientes da agenda serão hipertensos e/ou diabéticos, por isso é necessário trabalhar com a classificação de risco desses pacientes, evidentemente que todas as unidades precisam ser capacitadas no protocolo de saúde do adulto e acolhimento, inclusive independente de estarem com as agendas mais distantes ou não, hoje temos dado prioridade realmente para os casos que apresentam maior dificuldade para a organização do programa.

José Manoel: Quantos clínicos trabalham hoje na rede básica?

G4: Em torno de 150 clínicos na rede.

José Manoel: E desses 150, quantos você acha que passaram por esse treinamento por vocês? Qual o percentual?

G4: Esse número de cabeça eu não sei dizer. Preciso observar todas as listas de presença, não sei este quantitativo de cabeça. Esse número é em que período? De quanto tempo para cá? Os médicos também fizeram parte do protocolo do acolhimento, da validação dos fluxos. Eu tenho todas essas listas, que aconteceram em várias UBSs, mas de cabeça não sei dizer.

José Manoel: Em termos percentual, das 30 unidades você acha que em torno de quantas...

G4: Eu prefiro contabilizar as listas de presença, a agenda da gente tá com tanta reunião, tanta reunião... oficina e dizer assim... teria que ver tudo de cada membro da equipe quem participou com cada um, pois em cada UBS são vários de cada categoria profissional que participam.

José Manoel: Capacitação sistemática para equipe inteira – por exemplo – você retira 100% de todos os clínicos da rede para uma capacitação – isso tem acontecido?

G4: Tem acontecido, porém, com maior dificuldade. Isso devido a esse período que a gente começou a viver desde o começo do ano [José Manoel: ano eleitoral] é... estamos com dois treinamentos parados por "n" motivos e também pela situação atual do RH de médicos, nós estamos com dificuldade de tirá-los da rede para fazer algum treinamento por conta de não ter quem assuma a agenda, causando um problema maior. Por outro lado, entendemos que é prioritário fazer essa capacitação para médicos e que seja para 100% . O último que treinou 100% dos médicos, foi o treinamento do protocolo da doença renal... [José Manoel: Quando foi isso mais ou menos...] Não lembro a data, foi o ano passado.

José Manoel: Esse ano não teve nenhum treinamento ainda?

G4: Esse ano, a partir do começo do ano Zé, a gente estava com o treinamento montado para acontecer. Na verdade já era para ele ter acontecido no ano passado, e foi transferido para este ano, e não tivemos nem a autorização e a liberação para fazer isso acontecer, entendeu? Justamente para não prejudicar o atendimento da população por conta do horário do médico, que é escasso e que não é novidade para ninguém, pois não é só a prefeitura de Sorocaba que tem dificuldade em contratar médicos, enfim, nós estamos com dois treinamentos infelizmente ainda parados.

José Manoel: Tem muita rotatividade de médicos?

G4: Imagine... [riso irônico!] quase nada. Infelizmente sim, muita rotatividade de profissionais. Minimamente o que o profissional recebe de capacitação, ao ingressar na rede básica é uma orientação sobre os protocolos existentes na rede, que são apresentados a ele e também enviados por e-mail, a unidade também tem os protocolos. É uma orientação mínima, por exemplo, se entrarem cinco médicos, a orientação será feita para os cinco. Se for um por vez, vai ser feito isso individualmente, para que minimamente ele tenha conhecimento do que está preconizado pela SES para ele poder atender no Centro de Saúde.

José Manoel: Então todo mundo passa por esse mini treinamento?

G4: Não é um mini treinamento, é uma orientação geral, dentro do possível, sim.

José Manoel: Existe monitoramento dos resultados da ação desses programas?

G4: Monitoramento do que? Resultados...

José Manoel: Das ações, por exemplo, os médicos estão atendendo na UBS Barcelona, por exemplo, é... eu sei que o pessoal do Barcelona tem conseguido é... avaliar e reduzir internações, complicações... Existe alguma forma de monitorar? Eles estão classificando certo no risco, o agendamento do retorno está adequado... Seria monitorar a ação do programa como um todo e seus resultados.

G4: Existe hoje depois de longas conversas, com o sistema de informações isso se tornou bem mais fácil por que tudo que a gente construiu de informações com o sistema, por exemplo, os dados que as unidades validaram e alimentam de cada paciente nosso é por classificação de risco, então se hoje eu consulto as informações de todos os meus hipertensos e diabéticos das unidades, eles não podem estar sem a classificação, e quando há problema com a classificação, a nossa equipe técnica realiza uma visita à equipe para entender o que está acontecendo, qual é a dificuldade, ou seja, com o sistema de informações ficou muito mais fácil de monitorar isso e intervir. A questão dos indicadores, em todas as oficinas são mostradas nossas metas, como está o Brasil, o Estado de SP e Sorocaba, qual é a nossa meta local. Aborda-se também a cobertura, mas, ainda existe uma dificuldade em trabalhar com os indicadores, realmente de resultados, internação, diminuição de internação, isso é comentado e, eles gostam muito de participar dessas conversas, mas acho que tem muito que avançar ainda nessa discussão.

José Manoel: Vocês têm canais de comunicação entre o médico e a equipe do nível central para acolher alguma dúvida ou sugestão deles, existe um canal formalizado?

G4: Formalizado, não. Todas as unidades têm o nosso telefone, e-mail, celular para a qualquer momento que eles precisem, qualquer dúvida, qualquer impresso, qualquer coisa que seja envolvida na clínica médica eles têm livre acesso de se comunicar conosco. Isso acontece, às vezes

eles pedem algumas coisas que estão faltando na unidade ou mesmo que desconhecem, ou às vezes dão sugestões e nós discutimos no programa para tentar numa oportunidade implementar na rede. Isso é sempre muito bem vindo, estamos tentando também ampliar essa conversa com os especialistas da Poli [Policlínica Municipal de Especialidades] a fim de tecer uma rede de serviços entre a clínica, a atenção básica, a secretaria e a Poli ...

José Manoel: O que você faria de forma diferente no programa de tudo que tem sido feito?

G4: As dificuldades são inúmeras. A maior dificuldade nossa realmente é retirar esse profissional para capacitá-lo, e isso é extremamente necessário e que todos sejam capacitados com maior frequência também, mas contar com o profissional num horário que também seja, que ele consiga participar, ou dentro do horário de trabalho que eu acho que é a melhor alternativa, treinar o médico no horário que ele já realiza na UBS, por que ele não tem que mudar a sua rotina, então essa é uma das dificuldades pela falta de RH médico, de horas médicas que a gente tem sofrido ultimamente, está ficando muito complicado, mas acho que se Deus quiser vai melhorando. A questão também dos momentos com as equipes, essa rediscussão também que se consiga construir essa rede de serviço, que realmente funciona como uma equipe multi e interdisciplinar, por que muitas vezes acabam funcionando como multi, cada um faz o seu mas a gente não conversa sobre os nossos pacientes o que poderia melhorar ou não naquela unidade em prol dos pacientes que são atendidos ali. Então essa conversa mesmo de discussão de casos dentro da equipe, com um apoio dos técnicos do programa, eu acho que ajudaria bastante.

José Manoel: Essas foram as perguntas que eu havia programado, você gostaria de fazer alguma outra colocação e/ou contribuição pertinente?

G4: Eu, acho que essas perguntas, apesar de algumas eu não ter resposta prontamente acho que talvez ajude você a entender um pouquinho melhor, apesar de que você já conhece bastante, a gente conversa bastante sobre tudo isso já faz tempo, e eu acho que para a área do adulto

mesmo, precisaríamos trabalhar também com os núcleos técnicos, fortalecendo assim a importância dessa atenção ao adulto, essa visão de não captar o paciente apenas quando ele estiver num risco maior da sua doença, e da sua patologia, mas a sua captação precoce que deveria ser a visão daquelas pessoas que estão dentro da unidade, que muitas vezes deixa de buscá-las, deixa de rastreá-las para hipertensão e diabetes principalmente. Normalmente a gente fala em cobertura, a gente está com uma cobertura que eu considero muito boa, tem muito o que melhorar, em torno de 70% dos pacientes diabéticos estão cadastrados, dos previstos, 70% estão cadastrados nessas unidades e dos hipertensos em torno de 60%, então, essa cobertura é muito boa se a compararmos com outros municípios, porém, sabemos que a podemos chegar a 100%. E o olhar da equipe para as pessoas que estão lá dentro da unidade e podem ser rastreadas, isso também é muito importante, tem muito paciente dentro da unidade e, não tem o diagnóstico, ele entra e sai da unidade sem que ninguém tenha ao menos pensado nos fatores de risco para hipertensão e para o diabetes, sem ter orientado e, feito pelo menos uma verificação de pressão, um teste de glicemia, uma orientação mais detalhada. No mais, fico muito feliz porque Sorocaba está conseguindo cadastrar os pacientes, mas temos que avançar mesmo na qualidade da assistência, temos melhorado bastante. A gente tem também os insumos [para diabéticos] hoje, Sorocaba pode dizer que tem o padrão ouro de insumos para diabetes, só que, tem que melhorar muito na educação em saúde, seja realizada pelo médico, pela equipe de enfermagem, para que tudo o que nós temos hoje desses insumos sejam utilizados da melhor maneira, que é um grande investimento, então esse insumo tem que ser bem utilizado e vai depender de quem? De toda a equipe na orientação, seja enfermagem, seja médica.

José Manoel: Legal, muito obrigado!

G4: De nada, estou à disposição.

Eu, G4, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO MÉDICOS

Entrevista com M1:

José Manoel: M1, o que você acha do atual programa existente na rede de atenção primária para o tratamento da hipertensão e diabetes? O que você acha que está bom e o que poderia melhorar?

M1: Bom, eu acho que o atendimento é bem estruturado com consultas de enfermagem, atendimentos de enfermagem, consultas médicas, procurando dar uma atenção integral ao paciente, trabalhando a parte educativa, a parte de orientação e também a parte médica, medicamentosa, etc. Eu acho que está bem estruturado.

José Manoel: Você acha que precisa mudar alguma coisa no atual programa?

M1: Eu acho que não, com relação à última mudança que teve, a nova classificação de risco e o novo cronograma de acompanhamentos eu acho que do jeito que está, está ótimo o acompanhamento do pacientes hipertensos e diabéticos.

José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações – formato, horários, frequência?

M1: Eu acho que atualizações são mais fáceis para o médico ser de forma escrita, ou via eletrônica, ou por e-mail, ou impressa, acho que fica mais fácil que você simplesmente marcar um dia para fazer uma atualização presencial. Talvez seja mais difícil, então, creio que uma atualização impressa seja melhor...

José Manoel: E com que frequência você acha que isso deve ocorrer?

M1: Eu acho que, como a medicina sempre evolui de forma rápida, uma vez por ano seria interessante fazer uma atualização.

José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário do expediente para fazer um curso a distância, atualização ou outro curso?

M1: Eu acredito que sim, desde que esse tipo de curso contasse para curriculum, na carga horária dele, não sei, eu acho que valeria a pena sim.

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas?

M1: Isso é fundamental pois na nova política de atenção básica você tem que sair daquele atendimento medicocêntrico para o atendimento multiprofissional, que inclui o auxiliar de enfermagem, enfermeiro, até o agente comunitário de saúde, com isso o trabalho é feito de forma mais integral, então você trabalha a parte de prevenção, orientação geral, de hábitos de vida, faz a parte de promoção de saúde principalmente, que às vezes você não tem tempo de fazer na consulta médica, então os outros profissionais fazem esse papel também, da promoção da saúde – eu acho isso muito importante.

José Manoel: As perguntas programadas que eu tinha para fazer são essas, você tem alguma sugestão, alguma outra contribuição para o nosso estudo?

M1: Eu acho que o programa está bem estruturado, eu acho que um dos maiores problemas que a gente enfrenta no nosso dia a dia é a falta de adesão do paciente ao

tratamento, então tanto para a parte educacional, dos hábitos de vida, como dos medicamentos, muita gente não toma remédio corretamente, não segue a prescrição médica. Talvez, se tivesse algum método da gente acompanhar isso mais de perto, se o paciente toma o remédio certinho ou não, eu acho que isso aí iria ser interessante, um acompanhamento melhor desses pacientes para ver se ele está tomando como prescrito ou não.

José Manoel: Você acha que deveria fazer esse acompanhamento como?

M1: Não sei, talvez uma outra forma de trabalhar, não só os médicos, mas também os agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem para ir atrás desses pacientes pra ver se eles tão tomando esses remédios, ver a prescrição. Isso elas já fazem em parte, mas eu acho que uma coisa mais incisiva assim, principalmente do agente comunitário de saúde, eu acho que é uma coisa que ajuda no seguimento do paciente e confere uma resposta melhor ao tratamento.

José Manoel: Tá bom, muito obrigado!

M1: De nada!

Eu, M1, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Entrevista com M2:

José Manoel: O que você acha do atual programa de tratamento da hipertensão e diabetes existente atualmente na atenção primária?

M2: O programa é bom mas ele tem alguns detalhes que podem ser mudados. Algumas coisas que podem ser mudadas porque o paciente cansa de vir tantas vezes ao posto, não que as ações com a enfermagem ou as discussões com o médico naquele atendimento coletivo sejam dispensáveis, não é isso, mas o paciente cansa, ele vem algumas vezes e cansa, então, talvez a gente pudesse achar uma outra forma para que o paciente não se canse de ouvir sempre a mesma coisa.

José Manoel: O que você acha que está bom e o que você acha que pode melhorar no atual programa?

M2: O que está bom: a parte das reuniões, quando as reuniões são com o médico, não sei como os outros médicos fazem, mas, eu prefiro que o paciente me traga dúvidas sobre a doença, sobre a forma da medicação, sobre a dieta, sobre exercício, então, quando os pacientes trazem mais dúvidas, eu consigo responder e eu consigo uma reunião melhor, eu acho que o fornecimento de medicação tem algumas coisas que podem melhorar, mas, em geral o fornecimento de medicação está legal, o que, qual é o problema, além da reunião, além da consulta médica, além da reunião médica coletiva existe também a reunião com a enfermagem e essa reunião com os pacientes eles se queixam que ela se torna repetitiva, ela é sempre igual e o paciente é obrigado a vir para dar continuidade ao programa e às vezes o paciente não vem porque está trabalhando, ou

tem consulta na Policlínica, no oftalmológico, no hospital, ou por que ele tem alguma outra coisa para fazer e ele não vem, é aí onde falha o retorno do paciente porque aí o paciente tem que marcar, consulta de novo como se fosse uma novidade, aí ele tem dificuldade de voltar no programa. Tem paciente que eu peço consulta em quatro meses, porque é um paciente de rico quatro e esse paciente não consegue voltar em quatro meses porque ele faltou na reunião, então se ele falta na reunião ele não tem como voltar a marcar porque ele tem que vir e marcar e ele marca como se fosse um paciente novo, ele marca uma consulta eventual e aí ele entra de novo no programa, a consulta eventual demora mais um mês para passar, e aí até ele voltar no programa vai levar mais um tempão. Essa questão da marcação do paciente eu sei que ela foi atrelada às reuniões que é uma forma de forçar a vir nas reuniões, mas, quando o paciente não vem por qualquer motivo, você meio que deixa esse paciente de lado, é difícil de pegar de novo, eu tenho pacientes que eu vejo uma vez por ano por causa disso, e não consegue voltar no programa por falta na reunião, ou não consegue colher um exame porque aí falha também a coleta do exame, então atrasa a consulta, atrasa também a coleta de exame, aí o paciente diabético que eu tinha que ver a glicemia você vê um ano depois.

José Manoel: E a parte de medicamentos, impressos, rotinas, você tem algo que possa contribuir ou você acha que está bom?

M2: A parte de medicação, considerando que não é só a fornecida no posto, mas tem também a medicação da farmácia popular, a medicação melhorou bastante. A parte dos impressos, eu tenho alguns problemas, com alguns impressos específicos do programa de pressão alta e diabetes que eu normalmente prefiro, neste posto especificamente, eu tenho o acolhimento da enfermagem, então o que que acontece, a enfermagem vai pegar uma folha de ficha clínica e fazer o acolhimento. Se eu pego o impresso específico de pressão e diabetes eu não vejo o atendimento de enfermagem eventual que aconteceu antes, então eu prefiro não usar a folha de atendimento de pressão alta e diabetes, eu prefiro continuar na ficha clínica normal, porque aí eu tenho uma sequência de atendimento, eu tenho o atendimento de enfermagem, a consulta eventual que passou, às vezes não é comigo, é com o colega que mudou um medicamento e eu preciso saber, aí eu tenho a consulta de gineco ou de acolhimento de outra coisa e aí... a enfermagem marca o que aconteceu, marca a pressão alta daquele hipertenso, então é a forma de eu ter outros controles numa sequência clínica total, da paciente e não uma coisa separada. Se eu abro uma folha do programa, eu tenho só o meu atendimento de quatro meses atrás, ou de seis meses, mas às vezes eu não tenho a informação do que a enfermagem escreveu, do acolhimento da enfermagem, ou a informação do que aconteceu, quando eu não estava aqui porque eu estava de férias, ou o paciente teve qualquer coisa e passou pelo colega, então eu não uso muitas vezes esse impresso, eu uso a ficha clínica geral, por o impresso está separando o paciente em partes e ele é um só, ele não é parcelado, ele é uma estrutura única, uma pessoa única.

José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, em relação ao formato, que horário você acha que é melhor, dentro ou fora do horário de trabalho e com que frequência você acha que seria interessante receber atualizações?

M2: Eu acho que formação específica do trabalho ele tem que ser fornecida no horário de trabalho. Por que... porque este horário de trabalho que eu tenho é o horário que eu tenho disponível para esse serviço, em outro horário estou em outro serviço, estou no consultório ou na cirurgia então não tem como eu desmarcar uma cirurgia para fazer uma atualização de hipertensão, então eu acho que a atualização minha de hipertensão tem que ser no horário do

meu serviço no posto, porque no horário da cirurgia eu não vou fazer.

José Manoel: E quanto ao formato? Impressos, receber uma aula... o que você prefere?

M2: O impresso eu acho interessante, mas, acho a aula mais produtiva.

José Manoel: Tem algum outro formato que você acha interessante além desses?

M2: Nós tivemos um tempo atrás umas aulas que foi online, você lembra disso? Aquelas foram legais também, foi interessante, eu sempre prefiro uma coisa assim de aula, porque para mim, é mais fácil do que o impresso.

José Manoel: E com que frequência?

M2: A frequência depende do aparecimento de alguma novidade, de medicação nova, ou do aparecimento do protocolo novo, porque se você entra com protocolo novo é mais fácil você juntar todo mundo e apresentar o protocolo inteiro para todo mundo, do que você dar picado para um e para outro, às vezes eu entendo uma coisa, você entende outra, eu entendo que tem que ser feito assim e você entende que tem que ser feito de outra forma.

José Manoel: você acha que o médico pode dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para se utilizar de outras formas de atualização como educação à distância e internet?

M2: Eu acho que sempre existe a chance de você se dedicar a uma educação à distância, o problema é assim, quanto de tempo você vai demandar nisso, e o quanto vai valer a pena essa educação a distância não só pra minha melhora pessoal, mas, para minha melhora de nível, de progressão dentro da profissão, isso inclui não só a progressão minha, mas a progressão de retorno financeiro, entendeu? Por que ninguém vai se dedicar a uma educação à distância assim, sem nenhum interesse de retorno financeiro, você tem que ter um retorno financeiro disso. Tem que ter um retorno pessoal, que o meu retorno pessoal existe, mas eu acho que o retorno financeiro também é importante senão você não consegue a adesão à educação à distância. Eu tô por exemplo, naquele curso da FIOCRUZ, daquele de envelhecimento, eu achei extremamente interessante e estou nele e vou nele até fevereiro, mas não é uma coisa fácil eu chegar na minha casa às 9h da noite, e sentar para estudar isso aqui. Tem dia que vai, tem dia que não vai, então... considerando que eu tenho as atualizações da cirurgia e outras coisas e às vezes eu tenho que revisar procedimentos que vou fazer quando vou fazer alguma coisa que não faço rotineiramente na cirurgia, então eu tenho que demandar algum tempo de revisão de cirurgia, de técnica cirúrgica, então tem tudo isso. Não adianta você querer que todo um grupo de médicos vá aderir à educação à distância, sem algum retorno financeiro disso.

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas?

M2: Eu acho que o atendimento multidisciplinar é muito importante, mas, nem sempre a gente tem essa retaguarda multidisciplinar. Quando falo de multidisciplinar, não falo só de especialista, falo também da questão da nutrição. Eu posso ser muito interessada em nutrição eu gosto e tenho uma facilidade muito grande, mas, eu não sou nutricionista, então às vezes eu preciso de uma nutricionista, uma coisa específica, eu preciso às vezes de um professor de educação física para orientar exercício para um monte de idosos artríticos e com artrose e com lombalgias básicas de todo idoso, então eu acho que o atendimento multidisciplinar é extremamente interessante e é muito importante. Eu preciso dessa retaguarda... que nem sempre

eu tenho. Eu não posso suprir a falta da nutrição, do professor de educação física, não tem como suprir a falta de um assistente social, não dá, eu sou só a médica assistente, eu posso fazer algumas coisas extras mas eu não sou a assistente social responsável por isso, eu tenho limite na questão do exercício, na questão da nutrição.

José Manoel: As perguntas que eu tinha programado são essas, você tem alguma colocação a mais, alguma contribuição?

M2: O que é muito difícil, o que é muito complicado, para mim é conseguir a consulta com especialista quando eu tenho coisas que eu não sei resolver, vamos combinar que eu sou cirurgiã de superfície, não é não? Como o povo diz, cirurgiã de superfície, então tudo bem, eu atendo clínica mas eu tenho o meu limite então algumas vezes eu preciso de um cardiologista e eu tenho dificuldades com o encaminhamento com o especialista. Essa acho que é a minha maior dificuldade – é essa questão – quando o paciente precisa sair da rede básica para ir pra rede especializada e eu não tenho muitas vezes essa retaguarda. Minha maior dificuldade nesse caso é essa.

José Manoel: Mais alguma coisa?

M2: No momento não!

José Manoel: Obrigado M2!

Eu, M2, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Entrevista com M3:

José Manoel: M3, o que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos, o que você acha que está bom e o que você acha que poderia melhorar.

M3: Olha, eu acho que em relação ao programa muita coisa poderia melhorar desde o..., em relação especificamente ao posto que eu trabalho falta o atendimento de enfermagem adequado né, por que o atendimento não pode ser só do médico por que o tempo do médico não é o eficaz, não é suficiente pra gente falar das dietas, atividade física, medicamentos, não dá pra gente conseguir falar tudo isso numa consulta, então precisaria ter um profissional que seja um técnico, um auxiliar ou mesmo enfermeiro pra poder esclarecer em relação a isso, esses outros detalhes, não só a medicação. O médico ficaria mais para ver a medicação, ver os exames necessários, ajustar a dose de medicamentos, agora para falar em relação ao resto, peso, dieta, atividade física, outras coisas, eu acho que a enfermagem poderia atuar melhor, não sei como é nos outros postos, mas aqui eu vejo essa dificuldade, além disso, a medicação, não tem como não falar, eu acho que muitos medicamentos estão desatualizados, precisaria melhorar né... medicamentos necessários hoje em dia para o tratamento não só de programa, mas, pros fatores de risco não tem no posto né... e em relação a outra coisa também que a gente fica com um tempo escasso, às vezes a gente precisa que o paciente volte mais rápido e ele acaba não conseguindo voltar por falta de vagas, por falta de atendimento médico, número de profissional não é adequado, então a gente passa por isso aqui também. Às vezes o paciente precisa vir num retorno mais rápido e acaba não tendo vaga, acaba não passando e ai complica né. Então eu acho que precisaria de mais, também, mais profissionais médicos nos postos para poder ter um atendimento melhor por que o volume de pacientes está

aumentando muito, isso eu percebo desde que eu entrei aqui.

José Manoel: Em relação ao programa em si, a estrutura, medicação, impressos... o que precisaria melhorar na estrutura dele?

M3: Eu acho que em relação ao impresso não é o mais importante. Teria que mudar em relação ao medicamento especificamente, eu acho que teria que ter medicação no posto de saúde, medicamentos melhores, a Losartana tem na farmácia popular, mas, alguns pacientes ainda tem dificuldade em conseguir por que a farmácia às vezes não tem, mesmo um errinho na receita é negado, então, se tivesse aqui na rede seria bem melhor né, medicamento para o tratamento de colesterol, é uma coisa hoje fundamental para a prevenção cardiovascular, hoje em dia é uma coisa assim muito... fundamental, o tratamento do hipertenso e diabético com dislipidemia, se você não tiver uma estatina junto você não consegue tratar ou você trata de um jeito não adequado. Então hoje em dia tem medicamentos baratinhos, na farmácia popular também, mas, muitas vezes o paciente não consegue adquirir pelos mesmos problemas da Losartana. Então... e outros medicamentos também que estariam faltando né, medicamento para tireoide, outras classes de medicamentos que a gente não encontra no posto, por exemplo, beta bloqueador só tem o Propranolol, é... o Captopril que você está vendo que está cada vez mais ultrapassado, bloqueador de canal de cálcio só Nifedipina que dá muitos efeitos colaterais, então são outras coisas que podem ser mudadas por que o medicamento está muito preso, são muitos anos os mesmos medicamentos e a medicina evoluindo, a medicina melhorando e a gente tá parado nos mesmos medicamentos já há muitos anos, entendeu? Basicamente isso.

José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações em relação ao formato, com que frequência? [M3: Atualizações em que você diz?] Sobre o programa, alguma capacitação...

M3: Á... então, eu acho que seria importante, a capacitação é importante eu vejo aí, enfermagem tendo aulas, tendo atualizações, programa de educação continuada, a enfermagem, pediatras... e os clínicos sempre..., nunca tem, o pouco que tem são horários fora do horário normal, que a gente não tem disponibilidade, plantão, horário noturno, alguma coisa assim que a gente não tem disponibilidade, então poderia ter atualização em um programa de educação continuada, palestras de atualização, mas, dentro do horário do posto acho que um dia de vez em quando, sem um clínico não vai fazer falta sendo que ele vai estar se atualizando, não vai estar fazendo alguma outra coisa, entendeu?

José Manoel: E o formato, qual seria melhor, aulas, apostilas, um CD ROM, educação a distância, algo no computador... qual formato seria melhor para você?

M3: Eu acho que tudo isso aí que você falou é válido, aulas poderiam ser dadas, um CD também pra gente poder receber atualizações, acho que todas as formas de educação continuada são poderiam ser feitas, poderiam ser implantadas né...

José Manoel: E com qual frequência você acha que isso poderia acontecer?

M3: Eu acho assim..., isso depende muito de como que tá indo em relação ao programa, né, por que aqui a gente tem pacientes que tratam a cada dois meses, a cada três meses, então a gente poderia estar fazendo isso não de uma forma mensal, mas, dependendo do conteúdo que vai ser dado bimestral, trimestral, atualizações, eu acho que isso sempre tem, a medicina está se atualizando muito,

evoluindo muito e a gente fica sempre meio parado aqui nas unidades, em relação a atualizações.

José Manoel: Você acha que um médico poderia dedicar um tempo do seu horário fora do expediente para receber atualizações, por exemplo, educação a distância?

M3: Sim, eu acho que isso é válido, né, poderia ser feito palestras dentro do horário do serviço, mas, uma vez ou outra fora do horário também é válido, no final de semana... desde que não seja uma rotina, é lógico, mais um final de semana, um horário noturno, EVENTUALMENTE poderia acontecer, mas acho que vale a pena também o... a... prefeitura no caso fazer atualizações dentro do horário de serviço do médico, eu acho que isso é importante, não acho que isso não seja importante, é muito importante, a gente precisa de atualização né...

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar dentro desses programas?

M3: É muito importante, a gente precisaria aqui de nutricionista, de o atendimento da enfermagem funcionar..., ter palestras, seria importante aqui palestras para os pacientes entendeu... Precisaria vir especialistas não do posto mais de outras áreas também, dar palestras para os pacientes, fazer uma palestra coletiva, fazer uma aula sobre alimentação, uma aula sobre atividade física, mas, uma pessoa especializada na área, eu acho que isso é fundamental.

José Manoel: Tá bom, M3, das perguntas que eu tinha para fazer são estas, você gostaria de fazer mais algum comentário, alguma outra contribuição?

M3: Não... eu acho que... o importante é isso aí em relação a última pergunta é enfatizar essa importância – aulas são importantes, não só aulas para os profissionais, mas para os pacientes também porque aqui no meu posto especificamente isso não acontece, não sei como é nos outros postos, mas no meu especificamente não acontece, a gente vê o paciente muitas vezes praticamente sem nenhuma orientação ele sai daqui com a receita e só, a função dele ele acha que é só tomar a medicação, não sabe como que é a dieta, um programa de atividade física, aqui começou agora, um tempo atrás o “Projeto Caminhada” uma coisa que no meu posto é uma coisa recente, tinha assim mais muito esporádico, então, acho que tudo isso é importante, não só o atendimento médico, mas o atendimento multidisciplinar como foi colocado.

José Manoel: Obrigado!

M3: De nada!

Eu, M3, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com M4:

José Manoel: M4, o que o senhor acha dos atuais programas para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes existente na rede de atenção primária? O que você acha que está bom e o que poderia melhorar no atual programa?

M4: Nós que já tivemos, né, uma experiência, um contato de alguns anos atrás trabalhando na rede pública, né... notamos e sentimos e visualizamos essa mudança evolutiva né... e constante, uma mudança importante né, quem viu,

quem trabalhou na rede pública há 10 anos atrás, e trabalhou hoje viu o quanto houve de investimento, o quanto houve de mudança, o quanto houve de agregação de valores é... nesse universo da saúde pública, principalmente se tratando da saúde do adulto né... Eu tenho feito reuniões de OMC – orientação médica coletiva, e ali eu acabei agregando e introduzindo é... vários conceitos, várias diretrizes que eu tenho passado para os pacientes, é claro, com a autorização dos respectivos coordenadores das unidades que eu trabalho e eles gostaram muito né... tanto é que em algumas das reuniões que eu tive teve a participação até de professora e alunas de enfermagem de uma universidade que faz estágio com a gente e eles gostaram muito também, por que? Porque é... o que eu vinha e eu venho notando é que não é só você atender o paciente em uma sala de consultório dar uma receita, passar um remédio novo sem você fazer que o paciente viva, entenda o por que da unidade básica da saúde, tem que entender o por que daquilo, senão ele acaba vindo aqui somente para buscar o remédio e vai embora, né... então que nós conseguimos descobrir e identificar é que nesse primeiro momento de somente passar uma receita e pouco se falar com o paciente sobre a sua doença, o porque da unidade de saúde né... é... o contingente de pacientes que não seguem o tratamento corretamente é muito grande, pacientes que não valorizam não só o médico, mas, a unidade, não valorizam o próprio medicamento, não valorizam a si próprio, não se cuidando bem. Então, o que eu comecei a fazer, isso faz quatro anos, eu entrei na rede novamente. Eu comecei nas reuniões com os pacientes começar a explicar desde como funciona o posto, pra que existe o posto de saúde, quais são os tipos de programa, refinando mais o que diz respeito ao programa do adulto né, então, como que funciona o posto, desde uma entrada, uma recepção que tá lá pra ajudar e não para discutir com o paciente e vice versa, os tipos de consulta que existe no posto, a consulta eletiva né, a consulta emergencial, a consulta programada, o acolhimento, então, tudo isso é ensinado ao paciente pra que ele saiba como usar o posto de saúde né. E eles passaram a entender melhor, eles passaram a gostar, a entender mais... e a saber usar, então é... desde o momento que eles entram aqueles que têm a consulta programada para o ano todo no respectivo programa seja de hipertensão, seja de diabetes, ou através de uma consulta eletiva fora de hora que nós chamamos de uma consulta eletiva eventual, então, a partir disso o paciente, eu comecei a notar que os pacientes começaram a ficar menos ansiosos, começaram a se portar de uma maneira mais tranquila, passaram a procurar menos o médico na porá do consultório fora de hora, porque eles começaram a ser treinados a ter disciplina e seguir um caminho correto né... das coisas, então, pelo menos comigo, eu comecei a notar que os meus pacientes que passam comigo rotineiramente eles já sabem como funciona o posto, como eu trabalho e isso começou a render mais, e também, fazendo parte da orientação médica coletiva primeiro eu ensino como é o posto de saúde, a dinâmica do posto de saúde, o que a prefeitura investiu, o que a secretaria da saúde da cidade de Sorocaba investiu nesses anos todos, como era o posto que eles usavam 10 a 15 anos atrás e como é hoje e muitas coisas que eles não sabem. Depois, o passo seguinte né..., é conversar sobre o que? É conversar sobre o tratamento deles, o programa a que eles pertencem, então eu mostro que eles tem... que eles têm que saber... dosar e saber a consulta programada, não faltar nas consultas, tudo tem uma razão de ser, então as consultas eletivas e diferenciar quando é uma quando é outra, sobre as medicações, eu vou a fundo nas medicações, as evoluções que teve nessa última década nos medicamentos disponíveis na unidade de saúde né... o que tem hoje, o que foi agregado do governo federal do programa da farmácia popular, como usar a receita... é... eu verificava, eu verifiquei muito nesses anos o paciente que acabava o remédio, mas era uma sexta feira aqui e sexta era feriado então eles voltavam na segunda pegar remédio no posto mas ele ficava sem medicação no final de semana

então orientamos pra que na farmácia popular ele pegue o mesmo medicamento de sábado, domingo, feriado, você entende?, então eu comecei a notar que muitas informações os pacientes não tinham, informações básicas, simples, informações cotidianas. Então eu comecei a aumentar esse número de informações e eles começaram a se interessar mais, pelo menos os pacientes que passam comigo não deixam de tomar medicamentos né... tudo é explicado, você trata 10 anos de hipertensão, você fica uma semana sem remédio, você jogou fora dez anos de tratamento, vai começar de novo, e o medicamento que você vinha usando que era tão bom, de repente pode passar a não fazer mais efeito vai ter que começar com tratamento novo, com todo período de adaptação, então, tudo isso é passado para o paciente, e eu comecei a notar que eles começaram a ficar cúmplices, começou a criar uma cumplicidade dessa convivência de tratamento e eles começaram a ver a unidade básica de saúde não como postinho que vai lá para pegar medicamento, pegar remédio, e sim como um, uma... entidade séria e grande que tá lá pra ajudar que é o ponto de apoio deles né.

Então, explico também que é uma coisa que vinha acontecendo e identifiquei que muitos pacientes iam em médicos particulares, vão em convênios, mas, tem vergonha ou tem medo de contar pro médico do posto, então o que que eu coloco nas reuniões, nós, médicos, do posto ou do consultório particular ou convênio estamos para ajudar o paciente, não é para esconder informação, não é para ter duas receitas, para esconder o tratamento. Traz todas essas informações para o médico que eu normatizo num, num tratamento único, eu procuro colocar numa receita só, eu congrego o tratamento do especialista, aliás, hierarquicamente o especialista está acima do clínico do posto, mas, numa convivência harmônica, entendeu? Então eles me trazem as receitas e eu mostro para eles a... um medicamento "X" que o médico deu no consultório custa caro, mas, traz para mim que eu sei as drogas que compõem aquele medicamento e eu procuro transcrever no receituário do SUS aquele mesmo medicamento de uma forma que eles encontrem na farmácia popular o que vai ser menos oneroso para o paciente né..., então, nós procuramos passar esses conceitos, explicar pro paciente também que pelo "CRM" você não tem a obrigação de transcrever tudo que o paciente traz, você tem que conhecer o medicamento e concordar com o tratamento proposto pelo outro colega e então você transcreve – se você não conhecer o outro medicamento você não transcreve. Então, eu gasto mais ou menos um tempo dessa reunião explicando toda a dinâmica do receituário, toda a dinâmica das medicações, toda a dinâmica dos medicamentos que têm na rede pública, oi que não tem... então, eles começaram a se mostrar mais interessados, Entender como se muda os remédios, o porque dos remédios, por que eu tomo um e o meu vizinho do lado toma 3, 4 ou 5. Eles entendem a importância disso tudo. Entendem também que se mesmo na mesma família o marido e a mulher tomas os mesmos remédios, cada um tem que tomar a sua receita, existe um comodismo de primeiro usar uma receita só para depois usar outra. Então eles passaram a entender a importância de valorizar a receita individual e todos participarem e ajudarem na forma de utilizar os medicamentos.

Próximo passo: exames laboratoriais, exames de imagem. Então eles passaram a entender depois das nossas explicações que não há necessidade de a cada mês, a cada dois meses, pedir exames, existe uma normatização – os exames tem um preço, tem um custo que sai do bolso deles através dos impostos então tudo isso é colocado. Eles passaram a entender e a valorizar o momento certo de pedir exames coisa que não respeitavam e ficavam bravos quando a gente falava que não havia necessidade. Hoje eles já entendem que normalmente os exames são pedidos uma vez ao ano de rotina ou em casos excepcionais, pede-se mais a miúdo conforme o caso, conforme a necessidade de cada paciente né... e em se tratando de exames mais diferenciados as vezes eles vem com pedido do convênio ou de médico particular de

determinados exames mais diferenciados, então é explicado que até um certo limite o médico do posto pode pedir exames, mas, outros exames, não pode. Ele não tem autonomia. Então esses exames mais elaborados como um eco comum ou um "eco-doppler" uma tomografia computadorizada, uma ressonância magnética, então nos temos que encaminhar esses pacientes para a policlínica par o especialista e ele que vai pedir esses exames. Eles brigavam sempre com a gente porque nós nos recusávamos a pedir certos exames diferenciados e caros. Hoje eles já entende por que? Porque agora eles têm informações do que pode e do que não pode, você entende? Então através dessa reunião, do OMC é... a gente vem colocando todas essas situações né... e logo no começo dessa reunião eu já falo: quem já assistiu essa reunião – de 7, 8 ou 10, sempre 1 ou 2 já assistiram comigo então eu reforço – "que bom que você voltou, é melhor ler um livro cinco vezes do que ler cinco livros de uma vez só" - você aprende muito mais, você absorve cada vez que você repete e o nosso aprendizado é por repetição, então, eu tenho sentido nestes quatro anos que estou na rede que estou colhendo frutos, eu estava no caminho certo, e, outra coisa que faço e comecei a fazer, e começou a dar certo, e as coordenadoras gostaram é que eu passei a normatizar e a disciplinar o uso da receita médica. Até então os pacientes tinham 3 ou 4 receitas, passavam com quatro médicos diferentes, e num espaço de um mês, dois meses, cada um dava uma receita e não perguntavam como estava a outra, e coisa, e tal... e eu passei a disciplinar, só dou a próxima receita se me trouxer as anteriores, e eu comecei a recolher, inúmeros, inúmeros, inúmeros, inúmeras, receitas guardadas e sendo usadas desnecessariamente, e isso onerando o que, o dinheiro público, por que o mesmo paciente tinha 3 receitas de 3 médicos de unidades básicas diferentes e vindo pegar remédios, aqui nessa unidade ou em outra, quer dizer, estava gastando remédio, não estava tomando corretamente, então, foi uma outra coisa que eu descobri e eu passei a disciplinar quem consulta comigo nesses quatro anos sabe que só vai ter uma nova receita se me trouxer a anterior e nos prontuários está tudo anotado, as receitas fornecidas e o tempo delas, entende? Então passou a ficar uma situação, mais assim, mais agradável, mais harmônica e o próprio paciente já sabe como transcorre a consulta e como é e como vai ser o tratamento dele.

José Manoel: E em relação à estrutura do programa em si, a questão de impressos, de medicamentos disponíveis, exames disponíveis, o que você acha disso?

M4: Olha, pelo que nós temos visto, tudo que nos é fornecido não vejo nada de anormal ou que esteja faltando né... é... eu acho que tá bem equilibrado tanto o que o paciente precisa e o quanto nós poderíamos dar, na saúde pública. Na parte de impressos, de medicamentos, sem problemas nenhum, não tenho tido problemas.

José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, o formato – papel, vídeo aula – que horário você acha que é melhor – no horário de trabalho, em outro horário, à noite, é... com que frequência...?

M4: Isso eu já até comentei, comentei com outro colega da secretaria e tenho comentado com os coordenadores. O médico clínico da unidade básica se ele pudesse ter uma pouquinho mais de acesso de informação, ou de atualização, seria ideal, no caso, pequenos módulos, pequenos cursos, de reciclagem ou de atualização, principalmente no que diz respeito ao dia a dia, temas de eletrocardiograma, de cardiopatia, temas de hepatopatias, temas de moléstias infecciosas. Se pudesse chegar até nós essas, essas..., através de cursos, tá, pequenos cursos, pequenos módulos, eu acho que seria muito mais interessante.

José Manoel: Você gostaria de ter aula ou receber um impresso... ou talvez um...

M4: Não eu prefiro... como se trata de especialidades como interpretação clínica do eletrocardiograma, interpretação dos exames laboratoriais das doenças hepáticas principalmente as infecciosas, né... você somente recebendo um impresso, de repente você vai continuar com dúvidas, se você tiver aulas, mas pequenas aulas objetivas, pequenos módulos, e claro, evidente, teria que ser em algum dia e em algum horário que a gente estaria fazendo atendimento, suspenderia antecipadamente esse atendimento, para ele assistir essas aulas, isso por que todo profissional médico trabalha na rede ele tem o consultório ou ele tem outros compromissos, então eu acho que vai ser inviável ele dispor de outro tempo e outra que não é tão difícil você é... mudar a agenda antecipadamente e reservar uma manhã ou uma tarde pra ele participar desse encontro, eu acho que vai ser produtivo, vai agregar valores e conhecimento, e vai facilitar que muitas das condutas que o clínico pode tomar – eu faço isso já a algum tempo – o que eu posso tratar na unidade básica eu evito de encaminhar ao especialista, é uma vaga a menos a ser usada na especialidade, entende? Mas tem coisas que o clínico poderia fazer mais, utilizar mais, e ele acaba não fazendo por que não tem o conhecimento pra poder executar aquele serviço como o tratamento de uma determinada tipo de patologias cardiológicas, ou hepáticas, ou até de gastroenterologia, até mesmo em psiquiatria que a gente sabe que a demanda é bem reprimida, né... e então para um paciente conseguir uma vaga num ambulatório de psiquiatria leva alguns meses, e nós conseguimos tratar aqui, leva alguns meses até que o paciente possa ter contato com o profissional da especialidade de uma forma mais tranquila.

José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu expediente de trabalho para se dedicar a uma atualização do tipo educação a distância – via internet, apostilas...?

M4: Olha, é difícil, generalizar esse tipo de colocação porque cada profissional tem o seu universo pessoal, eu por exemplo tenho as 24 horas repletas, trabalho em duas unidades, tenho consultório e ainda faço faculdade, então para eu conseguir outro horário além do meu horário de trabalho na rede pública de Sorocaba para dispor a outro tipo de atividade pra mim é impossível, então teria que ser no horário de trabalho.

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas de hipertensão e diabetes?

M4: Bom, é evidente que todo paciente e toda patologia não é restrita aquele pequeno universo, você depende, tudo em relação à espécie humana é multidisciplinar, não só a medicina e essa interdependência, essa dinâmica de relacionamento isso daí você só consegue o objetivo final que é promover a saúde que é eliminar precocemente a doença e o problema, você só consegue se tiver essa harmonia e essa facilidade de como se diz, essa facilidade de ter acesso de ir e vir e é uma coisa que falo muito nas reuniões de OMC: como é que funciona a guia de referencia, não basta dar uma guia de referencia e ele ir em uma consulta, aí quando ele volta com você 3 ou 4 meses depois ele volta e não sabe nem quem era o médico, nem a especialidade e muito menos o que o médico disse pra ele sobre a sua doença e sobre o tratamento, então eu ensino que ele ao passar no médico da especialidade que traga de volta a guia de contra referência porque ele vai passar com o especialista uma vez por ano e comigo todo o mês - eu vou dar continuidade ao tratamento e isso mostra essa interdependência e esse convívio multidisciplinar – o médico clínico do posto tem que estar atento e cobrando do

paciente o retorno do exame ou da especialidade ao qual ele foi encaminhado, entendeu?

José Manoel: Minhas perguntas acabaram... você quer fazer mais alguma colocação?

M4: No momento o que eu estava mais sentindo e espero que vá evoluindo pra esse lado é que realmente vá descentralizar o atendimento de especialidades que estava centralizado na Policlínica. Ainda continuamos com queixas, com situações, com pacientes que continuam tendo dificuldade de ter acesso às especialidades com um tempo muito prolongado às suas consultas – eu acho que se a secretaria da saúde tomasse um cuidado a mais de quem sabe trazer mais especialista pra rede e coloca-las como começou a fazer nos postos de saúde é... cardiologista, ortopedista, dermatologista, e se puder outras especialidades, isso acaba diminuindo a demanda reprimida e fluindo melhor a dinâmica de tratamento nas unidades básicas, entendeu?

José Manoel: Legal, obrigado!

M4: Ok. De nada!

Eu, M4, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com M5:

José Manoel: M5, conta para mim o que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos existente na rede de atenção básica hoje:

M5: olha, o programa que a gente procura desenvolver aqui seguindo as diretrizes nacionais de hipertensão e de diabetes eu acredito que flui a contento, a gente procura aplicar, todas as... vamos dizer... dentro dos nossos recursos e da nossa habilidade tanto a questão da dieta quanto o cumprimento do uso dos medicamentos propostos, e, também uma cobertura do serviço de enfermagem nos dando apoio.

José Manoel: em relação ao atual programa, do jeito como ele está organizado na rede, o que você acha que está bom nele e o que você acha que poderia melhorar? Tem dificuldades no modo de desenvolver o programa?

M5: Na verdade o protocolo acho que está muito bem embasado, do ponto de vista de conteúdo teórico, talvez, isso é uma opinião pessoal, mas a oferta de medicamentos pela rede poderia ser ampliada, do ponto de vista dos medicamentos para diabetes oferecendo talvez uma alternativa numa eventual falha, ou “pseudofalha” do tratamento preconizado para a maior parte dos pacientes. Talvez isso pudesse ser modificado, um leque maior de medicamentos, para que possa até fazer uma experiência terapêutica e observar resposta.

José Manoel: em relação à forma como está organizado o programa, impressos, prontuário, você tem alguma sugestão? Você acha que está bom da forma como está hoje?

M5: eu pessoalmente trago dietas comigo, mas, isso eu faço na minha residência e número limitado de cópias, é óbvio, tanto pelo custo e pelo próprio tempo, mas eu acho que poderia ser feito um atendimento nutricional para estes pacientes com nutricionista pra que além do reforço do tratamento pudesse até complementar, às vezes alguma

dúvida surge e o médico não está sempre presente e podia até reforçar com folhetos de dieta, e, eu acredito que você deixa a coisa mais presente pro indivíduo a importância para o controle alimentar para o diabetes, pois, não basta só tomar medicamentos como alguns dizem.

José Manoel: em relação à organização do programa, calendário de retornos, o que você acha?

M5: acredito que a questão é que temos um número diminuído de profissionais na rede, num vai aqui uma crítica, mais, se nós tivéssemos mais médicos, logicamente os retornos ficariam até melhores, a divisão destes pacientes ficaria até igualitária, até por que são pacientes idosos que apresentam várias co-morbidades, e não ficaria uma coisa centralizada neste ou naquele profissional, diluindo melhor estes pacientes e tendo até um pouco mais de brecha na agenda do profissional pra que eventualmente um retorno mais antecipado fosse solicitado e o paciente não ficaria naquela angústia de conseguir ou não um encaixe isso aí eleva o stress do paciente, etc. etc.

José Manoel: como você gostaria de receber as atualizações, vamos dizer, quando muda o protocolo, ou até uma novidade, como você entende que seria interessante para você quanto ao formato?

M5: eu particularmente gosto muito de ler, eu leio várias coisas, técnicas, e não técnicas, então, eu ainda sou da velha guarda, eu prefiro até papel, eu até leio artigos no computador, enfim, nessas redes médicas, mais eu ainda prefiro porque eu gosto de anotar, eu gosto de fazer uma chancela com uma caneta pra que eu possa fixar isso melhor, então eu gostaria talvez de uma apostila, ou receber, enfim, de alguma maneira isso impresso pra que você pudesse gradativamente ir absorvendo essa diferenciação.

José Manoel: se a prefeitura for fazer um treinamento, em relação aos horários disponíveis, qual você prefere – durante horário de trabalho, fora do horário de trabalho, final de semana, o que você acha mais adequado?

M5: eu acredito que como eu sou um profissional teria que ser na hora que eu estaria na rede. Com certeza, teria que ser um horário reservado do atendimento, da mesma maneira como eu faço o programa de orientação coletiva, que é reservado aquele dia pra que eu faça isso com os pacientes e logicamente eu acho que essa é a melhor forma, porque fora daqui tenho outros compromissos que são pessoais e logicamente não deve interferir, pra até melhor dinâmica da coisa.

José Manoel: Com qual frequência você acha que deve ser atualizado um médico que trabalha na rede básica dentro do programa de hipertensão e diabetes?

M5: olha, em diversas áreas clínicas, é muito vasto, no foco aí acho que uma vez ao mês, ou uma vez a cada dois meses, dependendo da extensão do assunto e da profundidade, eu acredito que pelo menos uma vez ao mês tem que ser feito um foco nesse sentido. Eu acho que ajuda.

José Manoel: Você acha que um médico deve dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para a sua atualização, como educação à distância?

M5: com certeza, isso até eu faço em alguns sites, em algumas coisas, não posso, eu trabalho à noite, eu dou plantões de quarta e quinta feira à noite, então o tempo médico é uma coisa escassa, então na medida que é possível eu faço. É difícil mas eu faço.

José Manoel: Qual a importância para você dos atendimentos multidisciplinares dentro desses programas?

M5: eu acho de cabal importância porque é... o contato que o corpo, não só de enfermagem, mas de nutricionista e do próprio médico vem reforçar, vem estimular, vem cobrar o paciente, porque nós somos cobrados, agora, e os pacientes, quem vai implementar o tratamento realmente se utilizar dessas dietas é... dessas orientações são os pacientes, então, tendo esse corpo multidisciplinar, ajuda e muito a dinâmica, é... você prende melhor esse paciente na rede, ele fica mais fixo, não fica flutuando em PA, enfim, em outros serviços, convênios, e você pode ter um "feedback" melhor desse tratamento.

José Manoel: Legal, as perguntas que eu tinha programado foram essas, e para terminar queria ouvir de você se tem alguma contribuição para que possamos melhorar o programa que eu não tenha perguntado?

M5: olha, eu acredito que se nós tivermos uma liberdade maior assim, no sentido de encaminhar esses pacientes quando necessário, eu digo liberdade porque a gente sabe que o endocrinologista é uma das clínicas de especialidades mais sobrecarregadas, porque às vezes você tenta tudo o que você sabe, e a coisa não funciona e aí precisaria ter alguma retaguarda desses casos específicos pra que pudesse ser drenado sem tanta burocracia, eu acho que isso, ficaria como vaga curinga lá na Policlínica para todas as unidades, é óbvio, olha... eu tenho um caso complicado aqui que não tá compensando, eu já fiz de tudo, que posso aqui, o que mais falta? Eu não tenho acesso, o paciente não tem acesso a medicamentos de custo maior, então esses casos mais específicos pudessem ter um canal, mais direto porque aí deixaria de ter uma angústia do paciente, do próprio profissional querendo ajudar o paciente, e aí uma resposta até mais rápido... "não... o Sr. realmente está fazendo tudo certo, só acrescentei isso aqui que a gente tem no alto custo para que possa ajudar a compensar o quadro"; eu acho, eu acredito que se tivesse essa brecha, ajudaria bastante em casos específicos.

José Manoel: em relação aos exames disponíveis, algum comentário?

M5: não, em relação aos exames, estão sendo, vamos dizer, o acesso está sendo fácil, tanto para o médico e para o paciente, quanto a isso eu não tenho nenhuma reclamação não. Acho que tá funcionando mesmo.

José Manoel: mais alguma coisa?

M5: não, é isso aí, acho que a nutricionista, a questão dos encartes, dos folhetos para ajudar né, mais tranquilo. Eu acho que com aquelas palestras que a gente faz, mês a mês com pacientes, se tivesse mais pacientes aderindo, talvez, as informações chegassem pra quem mais precisa com maior velocidade, mas, a gente faz o que é possível e eles tem dado uma resposta legal em relação a isto, as enfermeiras tem acompanhado no retorno de AE e tá sendo satisfatório, pelo menos e isso que tem chego pra mim. Tá bom?

José Manoel: Tá bom, obrigado pela sua entrevista!

Eu, M5, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

Entrevista com M6:

José Manoel: M6, você entrou na rede pública de Sorocaba agora há pouco tempo, e passou por uma orientação na

Secretaria da Saúde sobre o programa do adulto, (hipertensão e diabetes), o que você acha do atual programa para o tratamento da hipertensão e diabetes existente na rede pública de Sorocaba dentro do que você viu até agora?

M6: Eu acho a proposta do programa muito boa, eu acho que tem uma dupla responsabilidade aí tanto do paciente, tanto do atendimento dos enfermeiros e a gente forma uma rede mesmo de atendimento de acordo com o risco do paciente. Se o paciente tem mais risco ele passa mais em consulta médica e continua passando no acolhimento dos enfermeiros e tudo mais, é... eu só acho que existe ainda um pouco de falta de responsabilidade com a sua própria saúde com relação à população. Eles não vêm na consulta, eles só vem para trocar receita não estão preocupados se estão evoluindo bem ou não com o controle da doença porque eles não sentem nada, a não ser o diabético é claro, e... os hipertensos costumam ser assintomáticos e mesmo que eles estejam com a pressão super alta, eles não dão muita atenção para isso e a gente tem que ficar correndo atrás o tempo todo fazendo essa parte de responsabilização do paciente e por conta disso eu acho que agente tem um pouquinho de dificuldade de implantação do programa aqui, embora eu não faça programa e eu não tenha contato durante muito tempo com o programa isso eu pude observar.

José Manoel: Dentro do que você vivenciou até agora, o que você acha que está bom e o que acha que precisa melhorar no atual programa?

M6: Eu acho que com relação às medicações tem algumas medicações que são ainda bem antigas, que para alguns pacientes funcionam e a gente tem algumas medicações assim... agora tem o Losartan no diabetes, digo na hipertensão e insulina pra os diabéticos, mas, tem outras medicações que a gente não tem aqui na rede e que eu acho que poderia melhorar com relação a essas medicações, mas, no atual atendimento eu acho que o programa em si é ideal, a proposta do programa é muito boa o difícil é implementar com falta de pessoal e... botar esse esquema em prática eu acho que é mais difícil. A idéia do programa eu acho que é muito boa.

José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, em relação a formato, horário, com qual frequência?

M6: Atualização dos pacientes?

José Manoel: Em relação ao programa, conhecimento, protocolos, rotinas...

M6: Á... eu gostaria que fosse por e-mail, o mais fácil possível, o mais rápido possível né... por que se tiver que dispensar o profissional para sair de lá, para vim aqui, em todas as unidades, para fazer um treinamento – um treinamento seria ideal – todos médicos saem. Vão para um treinamento e eles explicam tudo para todo mundo seria ideal mas acho isso inviável, então o e-mail é uma maneira fácil e rápida que todo mundo tem acesso.

José Manoel: Se fosse fazer um treinamento presencial, em que horário você acha que seria melhor: durante o trabalho, fora do horário de trabalho, final de semana?

M6: Eu acho que fora do horário de trabalho. Essa agenda da unidade é tão lotada que se agente perder esse tempo de atendimento a gente vai ter de repor de alguma maneira, e a gente trabalha com tempo extremamente apertado, por isso, fora do horário de trabalho.

José Manoel: E com que frequência você acha que poderia ser?

M6: As atualizações?

José Manoel: Isso...

M6: Eu acho que uma vez a cada seis meses estava bom, porque não tem grandes mudanças assim de tratamento de hipertensão, é uma vez por ano, lançam novos editais, lançam novas diretrizes, às vezes nem tem dia dinâmica, [não consegui entender a frase] mas se tivesse, quando tem atualização a gente tinha que participar de um programa de treinamento.

José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para participar de cursos do tipo “Educação à Distância”?

M6: Eu acho que o médico já faz educação à distância pra sempre. Ele já tem que ter esse tipo de coisa introjetada na mente dele que faz pro resto da vida, que é autodidata, a gente faz congresso, eu acho que a gente já faz esse tipo de atualização.

José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar dentro desses programas?

M6: Fundamental, né... porque não adianta só agente fazer consulta, além da consulta tem orientação de dieta, tem orientação de atividade física, tem orientação de medidas das pressões que a gente, o médico, não faz todas as vindas do paciente, quem faz é a enfermagem, quem faz o grupo de caminhada são outras pessoas, então eu acho fundamental, o médico sozinho não dá conta de atender – número um: “a demanda”, número dois: “não dá conta de atender o paciente de uma maneira completa como um todo”, consegue atender a doença dele e orientá-lo, orientações gerais, mas eu acho que a equipe é muito importante no programa.

José Manoel: As perguntas que eu tinha programado são essas, você deseja fazer algum comentário, alguma colocação, alguma sugestão?

M6: Sugestão que eu acho e que todo mundo já sabe que é pessoal, a gente tem uma grande dificuldade de conseguir implementar o programa da maneira que ele foi idealizado por conta da falta de pessoal, por conta da falta de agenda, pela falta de médicos, então isso dificulta um pouco a... o andamento do programa, mas, fora isso eu acho que dá para fazer sim, ele é perfeitamente realizável se tiver essas condições.

José Manoel: Mais alguma coisa?

M6: Só isso.

José Manoel: Muito obrigado!

M6: De nada!

Eu, M6, endosso a transcrição da entrevista acima e autorizo a sua utilização pelo Dr. José Manoel Amadio Guerrero conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinei.

APÊNDICE E - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS - GRUPO COLEGIADO

Esclarecimento do pesquisador: Inicialmente expliquei o trabalho e mostrei alguns resultados das entrevistas para contextualizar a reunião. Em seguida o Dr. Fernando A. Almeida falou que acredita que não existe atualmente um protocolo seguido pela rede e que retomar esse processo é muito importante. O protocolo anterior era baseado nas ações da SES e do hiperdia.

Dr. Fernando A. Almeida: ... eu acho que hoje na rede não existe um protocolo sendo seguido e o fato de ter um protocolo, favorece o programa que as ações sejam mais homogêneas, caminhem na mesma direção e vai contemplar um número maior de pessoas no diagnóstico. É assim, o protocolo anterior, ele era o início do protocolo do hiperdia e tinha um protocolo próprio da prefeitura. Depois, neste interim, foi feito, inclusive com uma ação muito importante da enfermagem, um trabalho de melhoria neste protocolo, mas, na minha percepção, isso ocorria na gestão, mas, no atendimento mesmo as pessoas aprendiam por si mesmas, nem o protocolo ensina, não quer dizer que as pessoas devem seguir na risca o protocolo, ele é um norte, ele pega um paciente que já toma tal e tal droga, o que será que vou fazer agora? Se você for lá o protocolo vai contemplar 95 a 99% dessas situações, claro que você vai ter dificuldade em uma ou outra coisa, mas, a grande maioria tá aí. Eu acho que neste sentido os protocolos não tem muita diferença, ele é atualizado com drogas novas, maneiras novas de pensar certos problemas, o exame, é isso, é mais uma atualização mesmo.

C6: comparando o protocolo médico do programa do adulto que a gente usa, não tem quase diferença, tem apenas umas atualizações.

Dr. Fernando A. Almeida: exatamente.

C6: agora para agente trabalhar estas questões a gente tem que dividir a equipe de enfermagem e a equipe médica. Porque assim, eu faço protocolo do adulto desde 2006 quando eu fui para atenção básica, eu vim da urgência e emergência, e lá não tinha que trabalhar isso. Desde 2006 passei no Simus, Nova Sorocaba, Sorocaba I e no Hortência, (UBSs da rede básica de Sorocaba) montando o protocolo do adulto, montando o protocolo do adulto proposto pela Secretaria da Saúde. E eu vejo que é muito fácil de trabalhar qualquer tipo de protocolo, não especificamente esses com a equipe de enfermagem desde que tenhamos um número, não o ideal, mas suficiente de funcionários para fazer o AE infantil, o AE individual e a consulta de enfermagem. E que os enfermeiros, eles procuraram até na questão de exame físico, de fazer o atendimento mesmo da consulta de enfermagem e colocar a sistematização que o COREM preconiza para gente, usando referencial teórico para o diagnóstico de enfermagem, muitos foram atrás disso e estão conseguindo trabalhar essa questão. Junto com a equipe médica eu percebo assim muito resistência deles aceitarem o que é proposto, e assim, eles não tem tempo para estudar, eles não tem vontade de estudar isso, eles querem fazer do jeito que eles aprenderam no banco da universidade, fazer o que eles acham melhor e uma das queixas que a gente tinha muito dos médicos é assim: eu atendo 16 pacientes de consulta de programa. Isso não é verdade, ele atende pacientes inscritos no programa, mas, as consultas de rotina do programa eram só 5 ou 6 no máximo quando atendem 16. Hoje eles atendem 12, a grande maioria atende 12 porque diminuiu uma hora de atendimento, mesmo assim, manteve as cinco consultas de rotina e eu tinha médico que classificava o hipertenso ou diabético como risco "2" porque

ele não queria ver esse paciente tão cedo, pois o risco "2" é uma vez por ano. Eu trabalhei com vários com perfil diferente e tinha aqueles que sempre classificavam grupo "4" não como classificação de risco, mas sim, porque ele queria encher a agenda dele. Então o grande nó desta situação é a questão do médico ser um pouquinho mais acessível às mudanças, a seguir algumas normas, o protocolo nos permite seguir um caminho e eles muitas vezes não concordam e a gente tem dificuldade de trabalhar essa situação com eles. Então por exemplo, a relação de medicamentos, tem uns que prescrevem os medicamentos que tem só na rede porque esse negócio de farmácia popular é uma complicação, tem que ficar trocando receita e sempre tem essa dificuldade com eles de entenderem que a medicação evoluiu e é muito melhor usar o Losartana que o Captopril por exemplo. Então a gente tem assim essas duas frentes. Com relação ao atendimento de enfermagem coletivo (AEC) um grande problema que sentimos é a falta de recurso audiovisual por que a gente sabe que quanto mais o município souber sobre a doença, sobre a prevenção, sobre as complicações, melhor ele vai ter para escolher na sua casa se ele faz certo ou se ele faz errado, e tem muito funcionário que não tem facilidade de criar, falar, então eu com os alunos da PUC em 2012, a gente montou palestras até 2019 com PowerPoint e um material de apoio porque pode falar para cada slide ali para poder dar uma assessoria. Isso que tem animado um pouquinho mais o pessoal da equipe da enfermagem para fazer esse AEC.

Dr. Fernando A. Almeida: Mas vocês tem agora como projetar o PowerPoint lá?

C6: O que a gente está fazendo, ou a gente está usando o computador da UBS para apresentar no monitor que é de 21 polegadas, a gente põe 15 pessoas próximas porque não tem datashow, ou como fazemos na USF Sabiá, usamos uma televisão com DVD que eu tomei o cuidado de transformar cada slide em foto e editar um filme para passar no DVD e apertar o pause e o play toda hora para poder fazer isso. Isso tudo porque é uma chatice o paciente chegar lá e ouvir a mesma coisa: olha... tem que comer com menos sal... fazer atividade física, comer de 3 em 3 horas, também tirar o açúcar, então isso eu acredito que se a gente tiver condições de melhorar então vai dar muito certo, então nos últimos 40 dias, mesmo eu coordenando uma UBS e fui em três UBSs diferentes com pedido para que eu ajudasse a estruturar o programa do adulto. Então eu vejo essa grande diferença - eu acho que os médicos estão precisando sim de uma atualização, até de um ânimo porque ficaram muito tempo estagnados, mudou muito médico mesmo, mas, a gente tem muitos que estão há muito tempo atendendo. Eu fiz um levantamento, porque estava vendo a questão da doença renal da UBS Sorocaba I de quem tinha feito microalbuminúria, uréia e creatinina e percebi que tinha paciente que tinha 690 de microalbuminúria. então assim, esse paciente já tá lá com nefro? Não está, está perdido por aí. Então tem coisas assim, se o enfermeiro na consulta de enfermagem pede alguns exames, porque analisou exames anteriores, o médico diz que esses exames ele não vai ver porque foi o enfermeiro que pediu, quem que vai ver? Não fui eu que pedi. E o meu choque foi que quando fiz o levantamento de exames de um ano, tem pacientes que não fez nenhum exame neste um ano. Então eu fiquei chocada com a quantidade porque eu peguei um por um paciente do programa pelo SIS (sistema informatizado de gestão da saúde da secretaria municipal de Sorocaba) para ver quem tinha feito para doença renal e fiquei chocada, nossa, esses pacientes fazem tanto exame, mas, os do programa não fazem tanto exame.

Dr. Fernando A. Almeida: a gente pega pacientes que vem fazer diálise que estava acompanhado na rede e durante todo esse período, ... hoje mesmo... o cara tá lá e um dia trouxeram uma ficha de acompanhamento do paciente e você viu uma anemia progressiva que é uma das coisas mais óbvias que tem, então acompanhava na rede. Não foi pedido uma creatinina... e então de repente está precisando de diálise.

C6: eu desenvolvi uma planilha do Excel para fazer a fórmula de crooll..., não sei o que, esse nome aí! Ai, o José lá da informática montou para mim, eu mandei a fórmula para ele e só de digitar os valores sai os resultados né... e a gente ficou assim chocados com a falta de exames solicitados no período de um ano, um ano e meio, isso foi feito lá no Sorocaba I. Então é realmente difícil a gente fazer com que o médico entenda a importância dele.

Dr. Fernando A. Almeida: Você tem alguma sugestão?

C6: Olha, eu acho que é capacitação mesmo, no horário de trabalho, fechar a agenda dele. É a única forma que a gente vai fazer com que eles ouçam pelo menos e comecem a refletir cada um no seu íntimo por que é muito difícil.

Dr. Fernando A. Almeida: Agora, o que será que faz com que o médico não se interesse por isso?

C6: Então... eu acho assim... Talvez eles não tenham sido valorizados ao ponto de saber assim... nossa, como melhorou esse paciente, ou ter discussão de casos com uma equipe para isso, eu não sei... eles falam muito de condições de trabalho, de salário mas eu acredito que o objetivo não seja muito isso... isso não é o mais...

Dr. Fernando A. Almeida: Eu acho que é falta de envolvimento, entender aquilo como o trabalho dele... essa ideia... eu acho que foi muito interessante para a prefeitura ir lá e reduzir a jornada dele para 3 horas, é um absurdo mesmo o médico atender 16 pacientes no período que ele ficava lá, se ele ficasse as 4 horas, mas não ficava, ele dizia você vem aqui fazer o trabalho e vai embora - não tenha o compromisso.

C6: ele tem dificuldade de enxergar o todo! Na semana passada, um dos médicos lá da UBS falou que precisa acabar essas reuniõeszinhas do programa do adulto... Questionei: como assim, começamos de começar, agora que começo a ter o AEC agora em dezembro, como acabar? O médico respondeu: a não... vai na reunião e vê lá que está hipertenso e fica então enchendo a minha agenda de atendimento assim, eu não vou dar conta... Você vê assim, é muito egoísta... uma visão muito pequena do todo.

Dr. Fernando A. Almeida: Eu acho que falta ele entender porque está trabalhando em equipe para o bem do paciente.

C6: é confiar no trabalho da equipe, entender que o AEC vai ser bom para isso, para isso, a consulta com a enfermeira vai ser bom para isso... falta um pouquinho de equipe...

C1: é preocupante né... essa "despreocupação com o paciente" sabendo que ele está apresentando quadro de complicação, fica por isso mesmo, não conta com outros profissionais para ajudar, se tem anemia e vai para diálise tudo bem..., existe uma despreocupação com a vida do outro. Se eu tenho um compromisso de tratar eu deveria saber se está melhorando. Mas isso também não são todos, né, existem aqueles que estão preocupados, mas, é triste ver isso... é uma despreocupação com a vida do outro, estou dizendo que vou cuidar de você mas vejo de outra forma.

Dr. Fernando A. Almeida: Nós estamos numa situação que temos que redefinir qual é o que que é médico que vai trabalhar na saúde pública, ele tem que ser valorizado, eu falo no médico porque é a nossa profissão, isso serve para a enfermagem, para a nutrição... isso por que a saúde pública vai ter que ter uma mudança... não adianta por mais médico, mais enfermeiro, mais não sei o que... tem que mudar o conceito. Tem que criar uma carreira dentro desse negócio, tem que criar uma mudança se é que queremos melhorar a saúde da população... então isso vai acabar encurralando o setor gestor para uma mudança na atitude.

C1: Isso também cabe à universidade né, ela também é responsável pela mudança...

Dr. Fernando A. Almeida: Ela está muito aberta a isso, a universidade eu acho que já tem o espaço, nosso currículo hoje, tanto de medicina quanto de enfermagem, e isso serve como exemplo para muitas universidades que seguem essas mudanças, ele é muito dirigido para a rede pública, tanto que o aluno vai para a rede pública a partir do primeiro ano, e tem contato direto com o sistema. O aluno que sai hoje ele sai muito melhor preparado para trabalhar na rede pública. Eu não tenho dúvida que a universidade deu esse passo, foi atrás de uma diretriz na formação na área da saúde, tanto na área de medicina quanto de enfermagem também. Essas universidades que fizeram essas mudanças estão sendo ouvidas também, isso está sendo discutido no meio.

C6: Torna o aluno muito mais crítico, ele enxerga além... daquele que era formado.

Dr. Fernando A. Almeida: Essa é uma mudança cultural mesmo, mas, não adianta a universidade fazer tudo isso e chegar lá na hora do trabalho não encontrar receptividade para aquilo que aprendeu, se tiver um ambiente de trabalho que não seja favorável ele não vai trabalhar. As vezes, muitos desses profissionais preferem trabalhar lá no pronto atendimento e faz lá 12 ou 24 horas e terminou ali acabou. Ganha quase a mesma coisa, trabalha muito mais rápido, é verdade!

C1: Não cria vínculo...

Dr. Fernando A. Almeida: Talvez a condição de trabalho não é a ideal, mas a gente vê que existe isso e faltam médicos mesmo! E aí, o mercado tá aberto! Se a rede de atenção primária não for um local interessante para o trabalho o médico vai lá e não fica...

C6: é mas faltam hoje profissionais de todas as categorias - está um sufoco para atender. Fiquei 20 dias sem nenhum enfermeiro trabalhando à tarde...

Dr. Fernando A. Almeida: Você hoje está no Vila Hortência, é isso?

C6: isso, um aposentou, outro saiu e estou sem previsão... e aí como faço com as agendas da consulta de enfermagem? Tem que acabar, fazer o que?

C4: E essa situação de falta de estrutura é desestimulante para os profissionais, porque, lá no Barcelona, a gente já tentou inúmeras vezes tocar esse programa, mas aí, chega uma hora que o programa estava andando e saíram todos os médicos e fica só um trabalhando e o que vou fazer? Eu não tenho agenda para marcar médico. Eu não conseguia nem ligar para o paciente desmarcando porque eu não tinha onde marcar ele. Então né... o programa começa...

Dr. Fernando A. Almeida: Então o que acontece? Ele vem e não é atendido?

C4: não, não tinha médico, e daí você acaba não tendo estrutura de enfermagem também, e começa daí você a ficar sem profissional, um se acidenta, um sai de licença, outro... daí você não tem como tocar o AE, fazer os trabalhos de grupo, isso faz você perder a credibilidade, a gente já fez isso umas quatro vezes, ... agora vai dar... de repente tudo cai de novo, se perde e isso é muito ruim. E no momento que estamos vivendo agora existe a situação dos médicos novos que entraram e não receberam capacitação, aí você vê a atitude do médico e não sabe se é por falta de capacitação ou por outro motivo. Mas eu acho que se agente capacitar esse pessoal que está trabalhando é até melhor para conhecer o perfil do médico, esse é melhor para o programa do adulto, esse é melhor para atender urgência e emergência, vê o compromisso, ... mas, a gente poderia abordar ele até para ter essa visão.

Dr. Fernando A. Almeida: mas a capacitação é muito boa para o médico. O médico é interessado, vai servir para ele, não só para aquele local de trabalho, é para a vida dele, então a grande maioria está aberta para essa atividade.

C4: é importante monitorar, se você monitora é um estímulo para o médico fazer certo, tem unidade que ele trabalha bem e tem unidade que está parado, sem contar que em unidade com agenda para três ou quatro meses.

C6: se contar que tem unidade com o programa do adulto rodando certinho, vemos que reduz muito a necessidade de consulta médica. Uma dificuldade que eles têm bastante é fazer orientação coletiva.

Dr. Fernando A. Almeida: essa é uma coisa mais difícil, vocês da enfermagem são muito melhores preparadas para isso porque no curso de enfermagem se prepara de forma muito melhor para essa atividade.

C6: Mais, olha, a valorização de uma palestra para o paciente feita pelo seu médico o resultado é fantástico, ele se sentem melhor cuidado, olhados, é assim, o resultado é fantástico. Isso funcionou bem direitinho com o Nelmar que é da PUC e o Kouzo, do Nova Sorocaba, você vê a satisfação que os pacientes tinham e o trabalho feito por eles era impressionante.

Dr. Fernando A. Almeida: isso você também percebe na unidade PSF que tem agente de saúde, cada pessoa que você envolve...

C6: Mas isso a gente vê porque eu tenho especialidade no bairro lá no Hortência de cardiologia, e..., ele atende as primeiras consultas e atende os retornos. Ele está lotado de retorno, então neste mês ele teve 120 retornos e eu fui discutir com ele há quatro meses atrás se não teria como ele fazer uma contra referência e orientar o clínico a dar o seguimento ou retorno uma ao ano, ou só orientar. Ele me falou que até poderia fazê-lo, mas, não me sinto seguro se este paciente vai encontrar alguém para dar continuidade no tratamento dele, então, até entre eles está difícil essa situação. Eu posso fazer o seguinte, em vez de eu marcar 45 dias para todo mundo, eu vou fazer uma análise e adaptar dependendo de cada caso, mas isso adiantou uns quatro meses, agora está com problemas de novo.

Dr. Fernando A. Almeida: mas eu acho que esse problema da contra referência tem que resolver, não dá para todo hipertenso ser atendido por nefrologista, diabético por cardiologista...

C6: lá no Sorocaba I tive esse problema, o clínico não queria mais atender o diabético e hipertenso porque ele está tratando com endócrino, eu argumentei que o endócrino vai tratar só da diabetes e não da hipertensão... então fica difícil deles entenderem isso também.

Dr. Fernando A. Almeida: Isso é uma coisa que faz parte da educação.

José Manoel: também existe o problema da formação médica, nem todos tem facilidade para atender.

C6: eu tenho um recém formado no Vila Hortência que demora vinte minutos para atender, o paciente sai super bem avaliado, nossa, os pacientes não faltam, só querem passar com ele, é uma beleza o atendimento dele comparado com outros né.

Dr. Fernando A. Almeida: eu ia falar uma coisa e acabei não falando, deixa eu falar: a intenção da capacitação é que ela seja transformada na educação permanente. Não é que vai tirar o médico naquele momento do trabalho, é que isso se torne uma rotina na vida dele e um número muito pequeno de horas... se isso se tornar uma rotina isso vai torná-lo motivado. Vamos discutir um caso... se nessa educação permanente tiver discussão de caso, essa é uma coisa que os médicos gostam muito. Então precisa descobrir o elemento motivador, a estratégia profissional, que vá atrair o profissional e acho que isso é uma coisa importante. E começar a pensar nessas coisas e é isso que a gente precisava começar a conversar.

C1: no ano passado a gente fez um levantamento entre os médicos para saber quais os temas que eles gostariam de estar conversando que na verdade era um pretexto para chamá-los para a roda para a gente rever o trabalho como um todo, e perguntamos além do tema se alguém tinha disposição para estar conversando com o colega sobre algum assunto. Na época o grupo (gestores) discutiu que eles nem queriam participar de treinamento, imagine treinar o outro... e aí, para a surpresa, vários se ofereceram para falar sim! falar sobre alguns assuntos com os demais colegas. E aí, por questões políticas a gente não pode começar em outubro por causa da campanha (eleitoral), no começo do ano não pode pela troca do secretário e o mês passado a gente sentou com representante dos coordenadores, um médico do Barcelona e o nosso coordenador médico para retomar a educação permanente com os médicos então. E a gente já colocou no mês de março o início. A gente analisou os temas que eles sugeriram e a hipertensão e diabetes surgiu com um grande peso, surgiu também a psiquiatria, então a gente já marcou essa data para começar esse diálogo permanente. Aí um dos colegas, o médico lá do Barcelona, acha que precisa discutir o PSA, está desorganizado mesmo, aí ficou aquele dilema, vai ter a cada 2 ou 3 meses, são tantos assunto né, e a gente ficou de conversar em março com quem vier, para discutir com eles. E contemplar o que a gente acha que é importante para o programa, mais o que eles pediram. Dermato é a número um. na época até a dermatologia se ofereceu para falar, depois ela recuou, não queria falar mais, e a gente nem correu atrás de outro funcionário.

José Manoel: Como você encaixaria a questão da educação permanente, diferenciando de um treinamento técnico? Isso porque se não for diferente nós vamos reproduzir treinamento e acho que não é isso que vocês querem.

C1: Não faz parte do nosso perfil, a gente faz treinamento técnico, por exemplo, sobre vacinas e isso não nos impede de problematizar a prática. Da parte médica entendemos que a gente deveria começar falando da atenção primária,

isso significa fazer o médico pensar o que ele está fazendo aqui, qual é o papel, vamos chamar um colega com experiência na área e vamos negociar com eles. Vamos situar, vai ser feito assim, bipartite né! Tem a atualização da prática, tem a atualização técnica e tem a pactuação e a continuidade. A gente teria que mesclar em momentos de conversa de rodas e momentos de aulas mais objetivas... e não existe receita para fazer educação permanente. Tem até um artigo que diz que a cozinha da unidade tem sido um grande lugar para a pessoa discutir o próprio trabalho. Então não tem uma regra, educação permanente é isso, capacitação técnica é assim, as coisas vão se mesclando.

Dr. Fernando A. Almeida: mas eu tenho a impressão que... uma vez participei de uma reunião mensal no Vitória Régia - e foi a única que fui, depois eu fiquei esperando que tivesse regularidade e tal, por que assim, eu acho que falta esse espaço para você falar, por isso que a cozinha se torna esse espaço, você sempre tem dois ou três lá e estão conversando. Tem assuntos pessoais, mas, também tem espaço para outras discussões, na realidade estou dizendo que isso é um espaço, precisa ter espaços para as discussões.

C1: proteger o espaço coletivo, né, só que aqui a gente viaja, de comida, de tudo né. Existem unidades que tem esse espaço garantido a cada 15 dias, a cada mês, com o controle social há dois anos; com os dentistas já começamos e tivemos quatro encontros, então o mês que vem vai ter o planejamento da revisão odontológica, e a parte médica vai começar agora em março. A lógica né e estar todo mundo junto porque cada um tem o seu núcleo de saber, então vai ter hora para sentar com a sua turma e hora para sentar separadamente. Então eu não ligo de ter junto ou separado médico, enfermeiro e dentista porque tem horas de saber coletivo e horas de saber específico. Como a questão da dengue, é uma questão multiprofissional.

Dr. Fernando A. Almeida: mas tudo isso é uma cultura né, primeiro tem que ter compromisso, um dia que alguém não vem o grupo está olhando, esse cara não vem, o outro não vem e está combinado para todo mundo vir... o negócio acaba por aí. Então é importante que aconteça e funcionando, veja como é melhor, eu vejo por exemplo um pessoal que tenho mais contato comum grupo da Vila Sabiá, parece que eles têm um lugar lá que eles cultuam aquilo, é um lugar legal para trabalhar, que as coisas dão certo e uma coisa puxa a outra, você tem que gostar daquilo, é difícil cultivar.

C6: eu vejo o sofrimento de C5 na UBS e fui chamada para ajudar, e sinto que apesar de estar difícil o momento está propício para isso, está todo mundo querendo, eles estão pedindo mesmo que esse é o caminho para melhorar alguns marcadores que a gente sabe que está insustentável. E a outra questão é a medida da pressão arterial. A gente precisa retomar, essa é minha tese de mestrado, agora de doutorado, né, a questão dos aparelhos automáticos...

Dr. Fernando A. Almeida: na conversa que a gente tava trabalhando com G3 eu achei que eu tinha convencido mas aí ... eu acho que valeria a pena trocar os aparelhos das unidades por aparelhos automáticos no sentido de ter aferição melhor.

C6: mas aí entra a questão de ter aparelhos automáticos de qualidade, o que a prefeitura comprou não é de qualidade.

Dr. Fernando A. Almeida: já comprou?

C6: Já comprou e eu mandei devolver porque não era bom.

Dr. Fernando A. Almeida: mas o que eu tinha passado era de qualidade.

C6: pois é... compraram o mais barato. Aí tem a questão do paciente com arritmia cardíaca também...

Dr. Fernando A. Almeida: mas isso é uma coisa pequena, eu acho que o aparelho automático seria uma coisa muito boa, muito interessante porque assim, ele melhoraria a precisão da medida de pressão, se você olha as medidas na unidade é tudo treze por nove, treze por deis...

C6: os estetoscópios são muito ruins, os esfigmos não são calibrados como deveriam, é uma pena.

Dr. Fernando A. Almeida: e o preço é o mesmo...

C6: é, aqui em Sorocaba a gente fez um trabalho lá para UNICAMP e Sorocaba só tem dois modelo de braço que passaram no teste e a média do preço é cento e noventa reais.

Dr. Fernando A. Almeida: deveria ter na unidade, disponibilizar para pacientes, tem inúmeros trabalhos que mostram que melhora muito o controle...

C6: é, tudo isso tem que ter um treinamento de regras de medida também, diminui o erro do observador, mas, tem a posição, o fato da pessoa fumar, alimento, etc... não dá para esquecer.

C1: o que a gente vê que para resolver esse problema vai muito além da capacidade da UBS, tem que ter o aparelho adequado, ter o espaço adequado para o cliente sentar e conversar, a gente acaba fazendo o que está no nosso alcance, vê o que pode ser feito de melhor, mas, você depende de uma série de coisas para o cara chegar lá e ficar dentro dos 40% que controlam.

Dr. Fernando A. Almeida: metade de quarenta!

José Manoel: eu quero registrar que estou evitando de falar para não contaminar o grupo com o que eu já vi!

C4: eu vi que com o acolhimento a Fernanda (supervisora) fez um treinamento com a equipe - oficina - preparando por dois meses, revezando o pessoal o pessoal dos turnos administrativos, enfermagem, a equipe da manhã cobria a da tarde, a da tarde cobria a da manhã, foi discutido sobre AE coletivo, montagem de agenda, o bom que a equipe do programa do adulto naquela época esteve muito presente, nestes três anos estamos numa fase que a equipe está muito desestimulada, desgastada, ficou meio que repetitivo, até os temas. Tem profissionais que têm especialidade então cada um com a sua visão para falar sobre o protocolo, eu tenho reumato que pede mais exames pensando nisso, endócrino, daí tem o profissional que é dermatologista, que ela segue a risca o protocolo. Quando o município passa por determinado médico vê a diferença e começa a fazer comparações: esse pede este exame, por que o outro não pede? Então saiu um pouquinho do protocolo o próprio município entende isso e cobra né. Então acho que a gente teria que seguir bem a risca e voltar o protocolo, trocar experiência. Eu tenho oncologista na minha unidade, ele pede exames diferentes do endócrino, do dermatologista e do reumato. Então a visão deles tá um pouquinho errada.

José Manoel: Como foi dada pela equipe de supervisores a capacitação dos médicos sobre o PSA e a implantação do acolhimento em 2010?

C4: Não tínhamos nada em 2010, era tudo medicocêntrico, era organizado a saúde da mulher e da criança, do adulto não tinha nada. A agenda era de retornos fixos a cada quatro meses e só para consulta médica, não passava com outros profissionais. Então a gente teve que estruturar toda a equipe, você se lembra? Em 2010 entrou acolhimento, programa do adulto e entrou o sistema (informatizado). Então a equipe foi treinada, a roda está andando, está acontecendo a OMC (Orientação Médica Coletiva), o AE coletivo também está acontecendo, consulta de enfermagem é feita quando tem enfermeira...

José Manoel: mas, me conta, como foi a abordagem do médico neste treinamento?

C4: Teve a apresentação do programa, o protocolo.

José Manoel: foi apresentado o protocolo e foi feito discussões com eles ou só apresentou para eles cumprirem?

C4: Só apresentou o protocolo. Depois de dois meses se eu não me engano a gente tinha feito uma oficina para apresentação de resultados, quantos atendimentos clínicos, no acolhimento quanto tinha sido atendido, a produção de atendimento médico e a gente fez essa discussão de produtividade apenas, depois não houve continuidade porque houve o momento político e não pudemos mais fazer oficinas. Esse ano iria ter um grande que a gente não conseguiu realizar, aí veio a dengue, etc. Depois eu fiz reunião com clínicos e enfermeiros por causa de receita de Losartana e de psicotrópicos porque eles estavam voltando de dois em dois meses para pegar receitas, então nós sentamos para conversar, como vamos resolver? O problema é nosso!

Dr. Fernando A. Almeida: e resolveram?

C4: em parte. O indivíduo que passa com o médico em consulta, ele faz duas receitas - entrega uma e a outra fica no prontuário. Quando o paciente passar por consulta com a enfermagem após dois meses ela entrega a receita no atendimento. Se o paciente vier pegar uma nova receita só recebe no atendimento médico ou de enfermagem. Sem atendimento a receita não é entregue. E psicotrópico é agendado.

Dr. Fernando A. Almeida: mas isso aí é equipe!

C4: mas como te falei, a equipe está um pouco desmotivada e uma capacitação viria motivá-los.

José Manoel: Não houve continuidade - teve o treinamento de 2010 e parou?

C4: não houve retomada.

José Manoel: Deixou sob responsabilidade da UBS fazer a retomada?

C4: sim.

José Manoel: e na rotina das atividades vocês conseguiram fazer isso?

C4: não!

José Manoel: essa é uma questão para pensarmos, com é que se garante a continuidade do processo?

C4: tem a questão do AE coletivo, em algumas unidades o dentista entra nas palestras, procuram rever para não ficar repetitivo. As vezes o cliente não quer participar do AE coletivo e não temos como obrigar o cliente a participar. O retorno segue a classificação. Tenho o problema que a C6 comentou também, tem profissional que classifica tudo como risco 3 ou 4 para antecipar o retorno e outro classifica tudo em 2 para espaçar o retorno. Descobrimos isso fazendo o levantamento de todos os prontuários e vimos que o paciente diabético e hipertenso não pode ser risco 2.

José Manoel: Você vê aí que tem que ter um envolvimento anterior, não adianta elaborar e implantar um protocolo maravilhoso para facilitar o processo se antes disto não houver um envolvimento do médico no processo, caso contrário, vão acontecer coisas como essas que você relatou e vai prejudicar o programa.

C6: tem uma médica que discorda do protocolo, entende que o risco deveria ser diferente. Não é uma questão de achar! E aí quando você vê o perfil dos pacientes e compara com o da equipe de supervisores do PSA dá tudo risco quatro - é o inverso do esperado por conta disso, descobri na oficina de planejamento. A médica até deu a sugestão da gente fazer uns carimbos com o risco para ficar mais fácil, para por na receita, para pedir os exames de rotina. Fiz os carimbos porque a gente precisa também valorizar a posição dos profissionais, é uma troca né. A gente está usando o carimbo para facilitar.

José Manoel: Qual é a ideia de vocês, qual seria a melhor forma de envolver os médicos?

C6: olha eu acho que é fazer essa capacitação periódica. Acho que a cada três meses porque menos que isso é difícil a gente bloquear as agendas deles, e serão várias vezes para atender a variação de horário dos médicos, mas eu acho assim, que quando o médico entra na unidade, deveria antes de ir para unidade ter essa capacitação também. Eu sinto isso com o quadro do noturno porque a nossa unidade funciona até meia noite. Eu marquei somente o acolhimento mas, eles estão fazendo o programa do adulto sem ter um treinamento. Deixei os protocolos lá, o de rotina, os de protocolos médicos, mas eu estava esperando chegar agora esse mês e eu vou fazer um treinamento com os dois para gente poder trabalhar o PSA conforme trabalhamos pela manhã. Realmente existem muitas falhas, mas eu não vou falar que tem que pedir esse exame, está lá no protocolo, mas, nem sempre é pedido. Então eu acho assim: de cada três ou quatro meses fazer esse treinamento, essa reunião até mesmo primeiro fazer um treinamento mais teórico e depois pegar casos verídicos das unidades e trabalhar em cima desses casos né, agora que a gente tem o SIS a gente consegue pegar os exames laboratoriais desde 2010, para avaliar a questão renal, o hemograma também, então acho que a gente consegue bolar casos para então trabalhar em cima daquilo, com os objetivos e como a gente faz a problematização. E os médicos que entrariam novos, eu não sei se os médicos do PA vão vir para a UBS, que passem por treinamento antes deles virem. Evitar que criem vícios porque depois fica difícil de cortar. Eu tenho um que veio do PA e ainda trabalha lá, nossa, a consulta dele demora quatro minutos dependendo do que é o paciente. É um atendimento de PA que ele faz na unidade, então eu vou ter muita dificuldade com ele.

Dr. Fernando A. Almeida: voltando ao trabalho, a gente estava pensando em fazer isso de uma forma central e agora isso foi descentralizado. Vocês veem oportunidade de pensar num programa desse tipo? O protocolo é uma desculpa. É só um veículo, vocês veem oportunidade de ter na regional de vocês, de pensar num projeto, num programa de educação continuada, nessa área, começando pela regional de vocês? Dá?

C1: dá para introduzir o assunto nesse projeto nosso de educação permanente, agora, eu acho que demandaria também muito tempo de capacitação, se reservar esse espaço que a gente reservou de dois em dois meses, o ano inteiro vai falar só de hipertensão e diabetes. E eles fizeram uma encomenda para a gente e tem outros assuntos para a gente estar falando. Então eu não sei como a gente faria esse casamento do que a gente tem de necessidade e o que eles estão pedindo para conversar.

C6: não teria como a gente usar Telebook, o Moodle, porque todos tem um tablet, para podermos fazer fórum, essas coisas,

Dr. Fernando A. Almeida: eu acho ótimo, tem mil possibilidades, mas é preciso ter o envolvimento das outras pessoas, programar uma coisa deste tipo também dá trabalho. E aí, se não tem resposta do outro lado você fica com o negócio na mão. Mas eu acho assim, se vai existir um programa desse tipo essa é uma maneira de começar. E aí, vão existir "N" ideias de como fazer. Eu acho que a coisa da problematização e do problema mesmo ele é muito interessante, um caso, com tais e tais coisas que o cara para resolver é só ir lá e ler o protocolo. Então é uma maneira de fazer com que ele leia o protocolo. Pega uns pontos importantes do protocolo e coloca no caso e quando ele for resolver ele lê o protocolo e vai interessá-lo. Então é uma forma de obrigar o indivíduo a ler e ir mexer no protocolo.

C1: a gente também tinha pensado no matriciamento e de repente aquele ambulatório que você faz no Vitória Régia e poderia deslocar para cá é uma forma de matricular, não só de dar aula, vai atender em conjunto.

Dr. Fernando A. Almeida: a ideia é justamente essa, não é de dar aula de jeito nenhum. O meu ambulatório no Vitória Régia é para atender paciente, os meus alunos, quando chego lá, o problema maior são as salas, na hora que a gente consegue distribuir os alunos e os residentes, etc. nas salas tudo flui, eles vão atendendo e vamos discutindo os casos seguindo o protocolo.

José Manoel: você precisa de quantas salas livres para fazer?

Dr. Fernando A. Almeida: Precisa ter, sei lá, a gente começa com duas salas e no horário que a gente vai tem um outro grupo de alunos que começam um pouquinho mais cedo e acabam ocupando as salas também, depois chega três e meia da tarde a gente tem todas as salas livres.

C3: olha, eu vou falar da minha realidade porque estou um pouco mais distante do que vocês estão colocando.

C1: ela é do Santana e o Escola que não está aqui, está no mesmo pé.

C3: estou lá desde maio. Hoje não existe nada, nada, nada. Algumas pessoas de lá não conhecem o protocolo, com a entrada do SIS se perderam a classificação, os prontuários estavam misturados com todos os outros prontuários, então ali nós não sabíamos qual prontuário era de diabéticos, de hipertenso, tudo se perdeu. Hoje não tem consulta de enfermagem, não tem o atendimento de enfermagem, não tem o atendimento coletivo, eu já tenho dificuldade porque um dos médicos não aceita o protocolo, não segue o protocolo, e é praticamente o meu médico "carro chefe da unidade" é o único praticamente que eu tenho. Então, eu não sei, já escutei que teve um PSA na unidade mas não sei de que forma funcionava. Então neste momento nós estamos pegando prontuário por prontuário, a gente está

tarjando para separar quem é hipertenso e quem é diabético, eles estão assustando com o que eles estão vendo, nós estamos tarjando a lateral toda e aquilo está evidenciando uma nova forma. Então, eu não tenho ainda hoje a noção real de quantos pacientes eu tenho hipertensos e diabéticos até porque o SIS não é alimentado da forma correta.

Dr. Fernando A. Almeida: e eles estão lá, estão sendo atendidos, certo!

C3: são atendidos, só marca uma consulta com o médico e ele marca uma consulta do jeito que ele quer que tenha o retorno, e, pelo que eu já percebi, que eu pego assim, o retorno para todos é de três meses. Não existe uma classificação de risco. Então eu acho que esse início de estar tarjando, de estar identificando, e agora a gente está até separando esses prontuários, já é uma coisa que eu percebo que está movimentando a equipe, é um número grande. Eu vim de uma unidade que tinha o programa, que funcionava, e não eram tantos assim. O Santana tem uma população adulta idosa bem relevante. Então ainda nós estamos iniciando uma questão de evidenciar esses pacientes. Depois a gente vai ter que trabalhar a questão dos médicos classificarem esses pacientes. Aí eu entro na questão que o meu médico que é o carro chefe não aceita o protocolo e não classifica porque ele acha que todo paciente devem voltar de três em três meses. E uma médica nova, acaba que eu só tenho ele e uma médica que entrou agora. E não tenho enfermeira à tarde. E a minha equipe de auxiliares de enfermagem é muito reduzida, tanto é que eu estou trabalhando só com suplementação de horas na enfermagem. Só que isso não se justifica, eu acho que não posso me apoiar na falta de funcionários para não fazer. Mas, na prática, é um trabalho que estou ainda começando e estou muito aquém de ter dificuldade porque lá não existe nada ainda.

José Manoel: a UBS Escola está assim também?

C1: é... e lá o quadro de profissionais é mais instável ainda, a maioria dos profissionais são de horas suplementares (lotados em outra unidade e trabalham nesta fazendo jornada suplementar, acima do seu contrato), tanto a área médica, agora a de enfermagem e de odonto. Então acho que é o quadro mais instável que temos.

Dr. Fernando A. Almeida: o que que é isso? Horas suplementares?

C1: o profissional cumpre sua jornada em outro lugar e pode suplementar até duas horas diárias para trabalhar em outra unidade, sem vínculo nenhum, no máximo 10 horas na semana.

C3: eu tenho uma médica assim na minha unidade, ela não tem vínculo nenhum, ela chega na unidade, ela não sabe nada, ela chega e tem um monte de gente para atender, atende e vai embora.

C1: e aqui no Escola, grande parte da enfermagem é hora suplementar, então piorou. O Barcelona está no mesmo pé que a C3. Estão identificando prontuário, está nesta parte bem organizacional ainda.

José Manoel: O escola não tinha programa funcionando lá?

C1: eu não posso falar, mas eu acho que não.

José Manoel: não? Está junto com a faculdade e era para estar funcionando.

C1: acho que é mais complicado, a parte de saúde da mulher segue protocolo próprio.

C6: eu estou dando aula na enfermagem e o Escola não aceitou alunos do quarto ano, embora seja o lugar mais querido por ser ao lado da faculdade, mas não abriu para gente.

C1: e o fato de trabalhar junto com a universidade não garante que o protocolo vai ser atendido, veja o fato da mortalidade infantil, a escola atende de uma forma e a gente tem outro protocolo diferente.

C3: na minha unidade o que eu enxergo é uma dificuldade na relação com o médico porque por mais que a gente tente trabalhar em equipe o que o médico fala tem um peso muito grande para o paciente, então se ele sai da sala do médico e ele falar que o retorno tem que ser em três meses e a gente falar que não é, tentar orientar de acordo com o protocolo choca. E aí você perde a confiança do paciente adesão.

Dr. Fernando A. Almeida: o ideal é que o sistema fizesse isso, direto né.

José Manoel: essa vai ser uma briga com o médico porque ele vai querer burlar esse sistema.

C3: a minha maior dificuldade, ainda que ainda não esteja rodando, é em relação a isso, e essa médica que atende só na segunda é endócrino, tanto que a maior parte dos diabéticos é só dela porque ela já entra com outros medicamentos, às vezes ela usa alguns tipos de insulina que alguns lá não podem prescrever. Então é isso, os pacientes só querem passar só com aquela médica né. Acho que a dificuldade maior é que o posto tinha que ter mais profissionais para poder absorver, seguir o protocolo...

C1: eu acho que temos unidades com grau diferente de maturidade, três estão mais na parte organizacional, um a equipe está motivada, mas ainda não está fazendo a roda rodar e outra está no meio da organização tentando fazer a roda continuar a funcionar.

José Manoel: e como faremos para enfrentar a questão médica, de treiná-los, envolvê-los, trazê-los para mais perto da gente? Como colocar um novo protocolo? Acho que esse é o grande desafio. O que eu gostaria de saber de vocês agora não é o que está sendo feito, mas, o que poderia ser feito neste processo?

C6: mesmo que seja muito distante... o que passa na cabeça da gente! É assim, eu acho que tem que garantir o mínimo de funcionário, tanto da enfermagem quanto médico, uma sala do programa do adulto não roda se não tiver pelo menos dois funcionários cobrindo o período todo, porque existe o hábito de se fazer uma pré-consulta, não é uma pré-consulta de medida de pressão. Aquele médico que reclama que atendeu 12 pacientes, 16 pacientes, ele não sabe mesmo se aquele paciente veio para uma consulta de retorno ou se ele veio para uma consulta eventual. Então a nossa pré-consulta é no dia anterior retirar todos os prontuários, e a gente carimba, aonde o médico colocaria a data, consulta médica de rotina, consulta médica eventual, consulta médica resultado de exame, exame fora do período de rotina, para poder direcionar esse atendimento na hora que esse prontuário chega na mesa do médico porque ele vai saber a situação daquele paciente porque o paciente muitas vezes não sabe, ele quer tudo, quer guia para isso, quer guia para aquilo, quer exame, e a gente faz isso para ajudar e dar subsídio para o médico saber o que o paciente está fazendo ali no consultório. Depois vem a pós consulta que é muito específico, por

exemplo, ele sai com um pedido de exame que não é de rotina, para colher já, e recita de medicamento de farmácia popular, então você tem que agendar: colher exame, marcar uma consulta para ver esse exame no período que vai estar pronto, marcar a rotina nos próximos dois meses de retorno do programa e anotar que ele está usando medicamento da farmácia popular, isso não é qualquer pessoa da unidade que tem competência para fazer isso. Isso acontece na sala do programa na pós consulta. São os mesmos dois técnicos de enfermagem que estão na sala do programa do adulto que fazem essa rotina, retiram prontuário, fazem o AE coletivo e individual e fazem a pós consulta. É uma sala com dois funcionários da enfermagem. Um sozinho para fazer dessa forma é impossível. E se ele for no balcão para fazer a pós consulta com o administrativo ele marca só o exame e o paciente vai embora, aí o exame está pronto, não tem consulta médica para resultado de exame, aí fica vencido esse exame, aí entra no encaixe para o acolhimento, dá tudo errado! Então é melhor fazer dessa forma e dá muito certo isso. No cartãozinho ele sai com três agendamentos e aí faz o AE coletivo e quando acaba o horário do médico atender, todos prontuários que ficaram na caixinha na pré-consulta são os faltosos, nós vamos convocar esses faltosos né. A gente agenda nova consulta para ele e fazemos esse trabalho para não perder o fluxo, então já começa aí a questão do funcionário né. A questão de suplementação eu acho que só vai resolver isso se todas as 31 unidades falarem a mesma coisa, se ele faz isso no Paineiras ele faz isso no Escola, é uma única voz, então se ele está suplementando em outra unidade não vai fazer diferença porque a rotina é a mesma, o protocolo funciona em todo lugar da mesma forma. Como a suplementação não deve acabar tão cedo, isso seria um ganho para o município, toda unidades fazerem o programa do adulto. Eu vejo dessa forma. E faria mesmo os encontros periódicos, organizaria a unidade para que um médico e um enfermeiro da unidade fossem os gestores do programa do adulto para avaliar o dia a dia, identificar falhas ou problemas e até o caso do próximo estudo e acredito que poderia até trabalhar dessa forma.

C4: eu achei interessante de repente chamar a equipe médica para ouvi-lo, fazer com que o médico também coloque as suas dificuldades, de repente ele tem também suas limitações, não conhece tanto, não tem tempo para ler o protocolo, tem profissional que está vinte anos fazendo a mesma coisa, de repente, ver como aliviar um pouco, e treinar, colocar o protocolo é assim, e vai funcionar assim a partir de agora, fazer essa troca, ver como eles estão hoje.

Dr. Fernando A. Almeida: outra coisa é que isso deveria ser customizado de acordo com cada unidade, a unidade que já tem estrutura fazer de um jeito, a que não tem, de outro, tem unidade que primeiro precisa ter a estrutura. Talvez fazer alguma coisa nuclear, com discussão de caso clínico, com problemas que possam ter atividades, coisas deste tipo. Uma coisa mais nuclear que envolva todas unidades e individualmente tratar do problema lá e fazer da melhor forma possível, até que todas fiquem mais ou menos homogêneas e possam caminhar juntas num programa só.

C4: eu não tenho tanta dificuldade quanto a C3 quanto ao número de médicos, tenho cinco clínicos e um que saiu porque aposentou, eles não querem sair, eu tenho um vínculo fixo de médicos, o mais novo na unidade tem cinco anos.

José Manoel: como faríamos... usando seu exemplo C4, tem unidade com grande rotatividade, quando trabalho com essa questão pontualmente enfrento o problema de repentinamente trocar a maior parte da equipe, como enfrentar isso?

C4: o treinamento tem que ser frequente, não tem outra forma, o processo de remoção faz isso com toda enfermagem, não tem como segurar, é lei, tem sua periodicidade e não tem como, tem que ser frequente, mas o protocolo já ajuda muito isso né. Se você tem um protocolo certinho que permita você se nortear... entrou um funcionário novo e tem um tempo que você vai sentar com ele e conversar sobre o protocolo e dar seguimento né, duro quando não tem o protocolo... e a rotatividade da remoção da enfermagem não vai ser tão complicada se tiver todo mundo treinado das unidades, tiver noção de como funciona o programa nas outras unidades.

C3: o problema é que de um tempo para cá, nós temos um quadro de funcionários muito mais instável, entra e sai toda hora, tinha uma época que entravam no serviço público e não saíam, hoje não é assim. Esse é o quadro que a gente vai ter mais dificuldade, tem contrato CLT, fica um ano e vai embora, você acaba de fazer o treinamento e troca a equipe.

José Manoel: olha como é complexo. Se for elaborar uma série de treinamentos para a mesma equipe ele deve ter uma estrutura "X", deve ter uma sequência, uma continuidade, uma reavaliação. Se o treinamento é para um cara novo que está entrando deve ter outro formato.

C2: aí me diga uma coisa, a gente está vendo que para resolver isso é uma coisa de médio e longo prazo, são muitas pessoas para estar conversando, várias situações diferentes, vocês vão estar com a gente neste longo prazo para implantar o protocolo?

Dr. Fernando A. Almeida: eu gostaria muito. A gente tem namorado essa ideia. Eu vou dizer o seguinte: a universidade está aberta. Na hora que fomos chamados nós viemos e fizemos uma parte do nosso trabalho, propondo um protocolo, agora, é claro que isso vai muito além, e nós temos muito interesse em estreitar relações cada vez mais, a universidade, o que eu posso dizer, eu sou o Coordenador do Mestrado de Educação nas Profissões da Saúde, ele está francamente envolvido com a rede SUS, seja atenção primária, secundária... isso é de franco interesse.

C1: a princípio o que vocês tem para oferecer para ajudar nesse processo?

Dr. Fernando A. Almeida: nós estamos oferecendo um protocolo, mas estamos oferecendo também atividades que possa atender as necessidades dos programas. A conversa que tivemos, precisamos focar em qual unidade entendeu? Numa unidade que não tem nada? Uma unidade que já tem o programa? Isso é uma coisa de escolha do coletivo. Vocês disseram que já tem um projeto a partir de março de reuniões de programas de implantação em diferentes áreas, se entrar alguma coisa de hipertensão, ótimo, se entrar alguma coisa da área de dermatologia eu posso ver, na área de psiquiatria eu posso ajudar até porque foi feito no Vitória Régia um roteiro de atendimento em psiquiatria que acabou se transformando num livro. Nesse negócio o livro foi escrito por um aluno, um professor de psiquiatria e um professor de saúde pública, o Reinaldo, o Carlos Hubner e um aluno que estava envolvido no programa. E criaram rotinas do atendimento de psiquiatria mais... a história do matriciamento é muito interessante, mas precisamos assim pensar em coisas objetivas, quando é que vai começar esse programa que vocês estão pensando, vamos juntar, vamos pensar, vamos fazer. O trabalho do Zé Manoel, ele está terminado, o que nós estamos querendo na realidade é fazer essa aproximação, transformar isso em fato, em coisa prática.

C1: estou pensando, isso aqui vai demandar da gente pelo menos uns seis meses de investimento fora a alimentação que vai ter que acontecer de tempo em tempo.

Dr. Fernando A. Almeida: mas isso vai ter que ter uma continuidade mesmo. Não vai dar para pensar coisas estanques, é uma continuidade. Quando a C6 recebe um aluno da enfermagem ele vem lá e ele conhece a unidade, conhece o serviço público, é uma troca contínua.

C1: mas é que as coisas se misturam, tem a hipertensão, tem a dengue que vai chegar, tem a mortalidade infantil, ela não vai ficar só em cima da hipertensão né? Esse espaço coletivo com os médicos é para abordar o cuidados e tem uns que tem hipertensão uns que tem isso, outros que tem aquilo...

Dr. Fernando A. Almeida: talvez a gente vai ter que rever isso... como é que a universidade vai ver esse indivíduo. Eu estou falando como especialista, a universidade forma o aluno generalista, tem que mudar o olhar.

C1: eu entendo que a gente teria que fazer uma integração de maneira geral, e depois tratar cada um com a sua particularidade, pensar desde a parte organizacional, ver quem está precisando dar uma reanimada, ver quem precisa de alguma coisa, e de tempo em tempo fazer essa alimentação. O que a C6 falou eu acho que é uma solução para o futuro, o coordenador tem uma sobrecarga de coisas para ele administrar que ele não dá conta de tudo aquilo, então dentro da unidade, dentro da equipe para que ela também ajude fazendo avaliação, monitorando... se a gente centralizar numa pessoa só eu acho que é difícil a gente dar conta. Então, como a gente forma essa equipe multi lá dentro para que ela possa assumir esse papel? Então acho que matriciamento é uma outra coisa que poderia estar ajudando. Então vai lá e tira dúvidas da equipe ou do cara que está atendendo mesmo.

Dr. Fernando A. Almeida: o matriciamento é a forma mais fácil e rápido de fazer. Ao invés de ter um lugar único para fazer as coisas onde possa levar os alunos, os residentes, mas aí a unidade tem que preparar para poder receber a coisa da orientação. Por exemplo, poderíamos fazer na sua unidade por exemplo o atendimento de alguns pacientes com problema para ser atendido. Então naquele dia e naquele horário, vai lá e marca esses pacientes a equipe atende junto, discute e de forma a trabalhar em cima do protocolo, não adianta você ter a equipe de matriciamento ir lá resolver cada problema, aquilo tem que ser um exemplo e o próximo que vier com o mesmo problema a equipe tem que resolver sozinho. É uma coisa de capacitação super interessante, uma ideia excelente. A gente poderia por exemplo, quando eu terminei o ciclo no Vitória eu pedi para não abrir a agenda o ano que vem antes da gente ter essa conversa. E eu não tenho mais um horário eu precisaria usar esse horário, numa coisa. Se vocês entenderem que é interessante aí cada unidade prepara e eu vou fazendo unidades diferentes a cada semana, ou vai um mês e fica numa unidade, mas aquilo precisa ser preparado pela unidade.

José Manoel: acho que é preciso ficar claro que a unidade neste processo vai ter que se preparar para acolher estudantes e residentes neste período, para poder ser proveitoso isso, caso contrário não vai ter o resultado esperado.

C1: faz parte do processo a preparação da equipe, não é só para ir lá atender e ir embora, tem que conversar com quem está lá...

Dr. Fernando A. Almeida: não, e depois terminado o atendimento vai fazer o feedback, todo o processo de discussão e colocar tarefas para a semana seguinte, então eu acho que para fazer uma coisa deste tipo vai ser preciso fazer uma programação, ter pelo menos umas três ou quatro semanas em cada unidade, podia fazer um processo de trabalho, vai, naquele dia discutimos tais e tais assuntos, vamos trabalhar nisso, vamos colocar tais e tais tarefas para a semana que vem, você vai traçando uma coisa contínua.

C6: lembrando que o agendamento para os pacientes é a cada dois meses, então é um negócio que a gente programa agora e vai começar a agendar para março ou final de fevereiro né? A não ser que pegue do colega que está atendendo lá, ou bloquear a agenda para atender junto.

Dr. Fernando A. Almeida: eu acho que nesse dia é importante atender junto senão como você vai...

C6: então o médico tem que aceitar atender junto e a agenda dele não é só de atendimento do programa do adulto, é uma mescla de consultas de acolhimento com essas queixas, para poder viabilizar.

José Manoel: você poderia pedir para o seu médico agrupar naquele dia todos os pacientes que ele está tendo dificuldade em tratar, o que tem o controle mais difícil, que não adere ao tratamento, que o tratamento não está funcionando, que tenha alguma alteração renal ou cardíaca... é uma forma de motivá-lo a participar e valorizar.

C1: será que ele de cara vai ter interesse, será que não teria que fazer uma preparação, apresentar isso como uma bela oferta para ele, incentivá-lo.

C6: uma contextualização né, por isso que ele vai ter que ser sensibilizado.

C4: se chegar ali de cara acho que vai ter uma grande resistência.

Dr. Fernando A. Almeida: uma coisa que pode ser feito é cada um consultar na unidade qual é a receptividade que tem, de repente chega um e diz: olha, seria excelente mesmo. Quando eu cheguei no Vitória Régia foi uma coisa assim, a coisa foi acontecendo naturalmente... olha, eu vou mandar um paciente para você, mas, neste dia eu gostaria de estar lá... então, acontece, de repente você tem alguém super disponível.

C6: é eu teria essa necessidade com os dois novos do período da noite que ainda não se enquadraram no programa do adulto. Mas seria a noite o que é mais complicado.

Dr. Fernando A. Almeida: eu não tenho problema para ir à noite. Talvez num caso como esse precisava ver se não acertava para o período da tarde.

C6: é, eles não viriam porque já tem outros compromissos. Já escolheram à noite por isso. É o horário que eles estão vinculados na prefeitura.

C3: só para este ano temos a proposta de 15 CAIS (unidade que trabalha até a meia noite).

C1: são várias ideias, chamar todo mundo, problematizar, tratar cada unidade de acordo com o nível que ela traz, outra: matriciamento, outra: formar equipes gestoras internas para tentar ajudar o coordenador na gestão do programa. Agora... a gente costuma tomar as decisões

colegiadamente né, então eu não me sinto autorizada a falar em nome do grupo que a gente vai começa a trabalhar falando de hipertensão, até porque a gente já falou de começar com atenção primária. Então isso ficaria para depois de março e ainda temos que conversar com o grupo lá. Então, do encontro de EP eu acho que teríamos que conversar com o grupo, agora quanto às UBSs cada um estaria livre para falar o que acha que deve fazer, se dá para pegar agora ou esperar mais seis meses, não sei, aí vocês vão ver individualmente o que querem fazer. Poderiam já estar usufruindo dessa oferta dele.

C4: na minha equipe tenho dois no primeiro horário, das 7 às 10h, dois no último horário - um entrando às 15 e outro às 16h.

C6: esse é o grande problema na minha unidade que eu só tenho consultório vago ou quarta feira à tarde ou todas as noites. Isso porque tenho dois especialidade no bairro - dois cardiologistas, tenho oito médicos atendendo, tem consultório da enfermeira, a sala de reunião é ocupada manhã, tarde e noite com AE coletivo, tem o trabalho de grupo da odonto, então, realmente tem que fazer ao ar livre!

José Manoel: temos duas situações: a questão do meu trabalho que é discutir estratégias para implantação do protocolo, e no final vai sair um documento que vai ajudá-los a pensar na melhor estratégia para a implantação do protocolo novo. Esse é um ponto. O segundo ponto é a questão da faculdade estar se colocando a disposição do colegiado e da prefeitura para estar ajudando nesse processo de implementar o PSA na rede, com capacitação dos profissionais, são duas coisas diferentes.

C1: me parece que a C4 tendo a sala, tendo profissional receptivo, tendo um problema que roda desde 2010, talvez fosse uma super oportunidade de dar uma alavancada lá, aí a gente poderia combinar por um tempo, por seis meses por exemplo. Engrenou, o Barcelona já está num pé que daria para ir para lá e nesse meio do caminho a gente faria a proposta: EP de agosto, cabe o programa do adulto, vamos lá! Talvez pudesse aproveitar essa oportunidade, tem quatro colegas disponíveis e não vai começar do zero, ela já tem uma noção da população que tem lá dentro, quantos faltariam entrar, de repente, uma coisa prática...

C6: uma sugestão que eu queria fazer é quando tiver um médico de férias faria com os demais, aí tem um consultório livre. Pode ir conversando e se programando entre as unidades.

José Manoel: deixa eu dar uma devolutiva para vocês que surgiu nas entrevistas e pode ajudar nessa discussão, não falei antes para não contaminar a reflexão: os médicos sentem falta de receber feedback sobre o resultado do seu atendimento. Se os dados do AE forem organizados e passarem para o médico quantos passaram a ser controlados, estão aderindo ao programa, isso poderia ser um estímulo para eles melhorarem. Pode fazer uma comparação entre os pacientes daquele médico e dos demais. Outra coisa que sentiram falta é a oferta de dietas impressas para disponibilizar para a população, alguns imprimem em casa para leva à UBS. São pequenas coisas que podem contribuir com a aproximação do médico. Buscar o que motiva o médico a querer ter um resultado melhor. Algumas vezes projetamos nossas motivações nos outros - eu penso que dar o treinamento vai motivar, mas, na verdade, ele está mais motivado para acabar logo os atendimento e ir para a cozinha da UBS.

C1: aplicar a escala de Maslow em cada um!

José Manoel: por que não o motivograma? São situações para se pensar para estimular os médicos. É difícil mesmo.

Dr. Fernando A. Almeida: eu estou disponível, até meados de janeiro eu posso segurar as coisas lá no Vitória, vocês se organizam, elegem uma unidade que possa ficar seis meses lá...

C1: eu acho que já poderia ficar combinado.

C2: eu acho que os coordenadores já podem discutir com a equipe e ver como isso pode acontecer, quando pode acontecer e dar um retorno.

Dr. Fernando A. Almeida: isso em relação à hipertensão, mas, se houver outra demanda como C1 colocou eu posso ser o interlocutor com a faculdade para ver com as outras áreas.

C6: uma forma de fazer essa contextualização é aproveitar as oficinas de planejamento, as minha estão agendadas para o ano todo! manhã, tarde e noite. Tem a equipe inteira, a unidade fica semi fechada, eu falei um pouquinho do programa do adulto, todas as mudanças que fizemos na unidade foram muito bem aceitas, o pessoal gostou bastante, eu acho que a gente tem que retomar isso mesmo, poderia ser o momento pra gente conversar sobre isso né. Dia 9 de janeiro à tarde é a próxima. Das 14 às 17h.

Dr. Fernando A. Almeida: dia 9 de janeiro é uma quinta feira e infelizmente não posso porque estou de plantão e não tem com trocar.

C6: fevereiro é à noite, aí março é pela manhã.

Dr. Fernando A. Almeida: fevereiro que dia?

C6: então, eu não sei, eu sei que vai se na sexta feira à noite. Daí março volta a ser pela manhã na quarta feira.

Dr. Fernando A. Almeida: vou ver a data de fevereiro.

C6: à noite é bom porque os dois médicos são novos e a maioria da enfermagem vem suplementar à noite. Cada um está num nível.

Dr. Fernando A. Almeida: então vou deixar meu telefone, meu e-mail e vocês entram em contato.

C1: a medida que novos protocolos forem surgindo entramos em conato.

Dr. Fernando A. Almeida passou o telefone e e-mail.

Dr. Fernando A. Almeida: o do José Manoel vocês já tem! então eu aguardo o contato da C4 para janeiro, mesmo que você pense, olha, não vai dar, me avisa.

Dr. Fernando A. Almeida: C4, passa o teu telefone...

C6: posso ficar com o protocolo.

Dr. Fernando A. Almeida: pode ficar, essa é uma versão informal e se vocês quiserem eu passo por e-mail. Posso pedir para a Maria Helena e se ela concordar mando o de diabetes.

C6: é bom para comparar os dois protocolos

C1: não seria bom trocar os protocolos para não ficar dois rodando...

Dr. Fernando A. Almeida: esse é um protocolo que estava sendo discutido com a equipe gestora do PSA, não é uma coisa oficial, entenderam?

C1: o fato de ter sido discutido não nos exime de validar, você viu o que o Ministério publicou sobre doenças crônicas?

José Manoel: a minha dúvida é: não tem um programa central - regionalizou tudo! Quem vai ficar responsável por essa validação na SES? Seria a Diretoria de Assistência e seus grupos de trabalho e um deles vai ter que validar para dar continuidade. Eu acho que tem coisas que não devem estar no protocolo, por exemplo, o processo de trabalho da unidade, como ela vai fazer a capacitação? Isso tem que ser regional, colegiado, temos que dar as diretrizes no nível central.

Dr. Fernando A. Almeida: e lembrar que isso é um protocolo médico, não entra em detalhes do atendimento de enfermagem...

C6: deixa eu só entender Dr. Fernando A. Almeida... esse quadro da estratificação de risco é cópia da sexta diretriz?

Dr. Fernando A. Almeida: é cópia.

C6: isso a gente precisava comparar porque estava bem diferente e o que achei interessante que tem a manutenção que não tem no nosso, traz a questão de prevenção mesmo né... isso a gente pode fazer uma adaptação no que a gente está usando.

Comentário do Autor: Neste momento o Dr. Fernando A. Almeida pega o tele fone de todos coordenadores enquanto eles esclarecem as dúvidas sobre a proposta de atualização do protocolo.

C6: eu acho maravilhoso esse protocolo que tem na prefeitura para saúde pública, eu não vejo falha nenhuma, precisa sim ser atualizado, mas eu não vejo falha alguma, é pensado em todos aspectos, de uma forma sistemática para fazer o tratamento. Eu sou fã número 1 do protocolo da prefeitura, eu elogio muito o trabalho. A grande dificuldade é a aplicação dele e de todos os programas que nós falamos aqui. Precisa mesmo ter uma equipe que dê condições e que cobre o resultado de uma forma epidemiológica, né, estatisticamente falando.

José Manoel: mais alguma coisa gente? Queria agradecer a todos, ao Dr. Fernando A. Almeida que adiou a viagem para estar aqui e me comprometo a dar uma devolutiva quando o trabalho ficar pronto! Obrigado!

Dr. Fernando A. Almeida: eu queria repetir as palavras do Zé Manoel, mas não vou repetir! Mas dizer agora falando em nome da instituição embora eu seja só um funcionário, eu tenho certeza que a PUC está absolutamente aberta para estreitar as relações, tudo que aconteceu nos últimos anos tem demonstrado isso - PET saúde, a relação dos alunos da enfermagem e da medicina com as unidades de saúde, eu acho que estamos formando profissionais melhores, mas essa relação, o crescimento dessa relação, precisa de vocês, e agradeço a disponibilidade de vocês.

C6: surgiu uma ideia aqui: e se agente estruturar melhor essa ideia e fazer também uma parceria melhor com o departamento de enfermagem? Porque a gente vai fazer uma visão muito voltada ao atendimento médico, mas a

gente também tem que andar junto com a formação da enfermagem.

Dr. Fernando A. Almeida: isso como falei, é um protocolo de atendimento médico, o atendimento ao indivíduo não é isso, certo? É para resolver as coisas do médico mesmo. Agora, o atendimento do indivíduo é completamente diferente. Não é só a enfermagem, tem também os outros profissionais da saúde. Na PUC nós temos uma relação muito boa. Esse distanciamento que existia entre o curso de medicina e de enfermagem acabou com a reforma curricular. Hoje nós temos professores dos dois departamentos dando aulas para as duas turmas, aliás, tem muita gente da enfermagem dando aula na medicina. Então,

esse intercâmbio dentro da universidade já existe, e foi muito estimulado com a reforma curricular.

José Manoel: para você ter uma ideia, a Prof. Raquel nos ajudou muito na sistematização de como trabalhar com as entrevistas, fazer a análise, e ela é do Departamento de Enfermagem.

Dr. Fernando A. Almeida: na própria pós graduação o grupo tem trabalhado muito junto, isso é muito bom. E é um processo, e na hora que vocês colocarem que estão precisando disso, eu vou me colocar como intermediário para facilitar. Ok. Obrigado!

APÊNDICE F - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Análise temática das entrevistas com gestores:

G1:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: ...este programa existe desde 1996; na época eu era médica clínica da unidade Maria do Carmo	...este programa existe desde 1996	Início do programa	Estratégia/ contexto histórico
G1:.. tinha uma estrutura de história que nós tínhamos que cumprir, de exame físico	...tinha uma estrutura de história que nós tínhamos que cumprir, de exame físico	Estrutura do programa no início	Estratégia/ contexto histórico
G1: Você fazia o diagnóstico de hipertensão e prescrevia os medicamentos; mas a rede, naquela época não tínhamos uma medicação padronizada. Não era como hoje.	...mas a rede, naquela época não tínhamos uma medicação padronizada.	Faltava medicação padronizada no início do programa.	Estratégia contexto histórico
G1: ... começamos a fazer este programa passando só por um treinamento; depois nós fomos chamados novamente para dizer o que nós achávamos do programa, qual nossa impressão do que havia sido instalado na rede e eu me lembro que quando chegou minha vez de falar, disse que a gente tinha uma noção mais clara e melhor do que estava acontecendo com o paciente porque ele passava em consultas regulares, víamos como estava evoluindo esta pessoa.	... passando só por um treinamento; ... fomos chamados novamente para dizer o que nós achávamos do programa. ... a gente tinha uma noção mais clara e melhor do que estava acontecendo com o paciente porque ele passava em consultas regulares, víamos como estava evoluindo esta pessoa.	Proposta inicial de treinamento – uma única aula. Solicitação de feedback sobre o treinamento. Aceitação positiva da proposta da ação programática por parte da entrevistada. Era possível acompanhar a evolução da doença.	Estratégia/contexto histórico
G1: ... conversaram comigo e pediram pra eu melhorar um pouquinho este programa de hipertensão e diabetes, me convidaram trabalhar aqui. Vim para cá, mais ou menos 98, 99.	...pediram pra eu melhorar um pouquinho este programa de hipertensão e diabetes, me convidaram trabalhar aqui. Vim para cá, mais ou menos 98, 99.	Em 1998/1999 a Secretaria da Saúde sentiu a necessidade de aprimorar o programa vigente e solicitou ajuda de uma nefrologista que trabalhava na rede básica.	Estratégia/ contexto histórico
G1: que fizemos inicialmente, uma avaliação de quantas pessoas haviam inscritas no programa. Tínhamos um total de três mil pessoas inscritas, era super baixinho, tanto de hipertensos quanto de diabetes; a cidade na época tinha mais ou menos quatrocentos mil habitantes, e vimos que tínhamos que fazer alguma coisa porque tinha um grande número de pessoas que estavam fora do tratamento de hipertensão e diabetes; na época eram 26 unidades de saúde, e nós fizemos um trabalho de ver o número da população adulta do local, e fazer os cálculos de prevalência de hipertensão e diabetes e, mostrar pra o coordenador: "olha quantas pessoas você ainda tem para o seu programa de hipertensão e diabetes".	...fizemos inicialmente, uma avaliação de quantas pessoas haviam inscritas no programa. ...era super baixinho, ...tínhamos que fazer alguma coisa porque tinha um grande número de pessoas que estavam fora do tratamento de hipertensão e diabetes ...e, mostrar pra o coordenador: "olha quantas pessoas você ainda tem para o seu programa de hipertensão e diabetes".	Foi realizada a cobertura populacional do programa. Constatou-se que era baixa. Era preciso enfrentar o problema. Muitas pessoas estavam sem tratamento Sensibilizar os coordenadores das UBSS sobre a baixa cobertura do programa nas UBSS.	Estratégia/ Diagnóstico do programa
G1: No ano 2000 porque nós tivemos que preparar esse treinamento e para prepara-lo nós fomos atrás de quem já fazia... que era o pessoal de Marília: Dr. Horácio, enfermeira Isabel, faziam esse treinamento na DIR Marília	No ano de 2000 tivemos que preparar o treinamento e... nós fomos atrás de quem já fazia... que era o pessoal de Marília...na DIR	Treinamento iniciou no ano 2000 e foram buscar experiência de um pessoal que já realizava esse tipo de treinamento (da DIR de Marília). Necessidade de buscar	Estratégia/

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
(hoje DRS), e nós fomos atrás deles...		experiência de quem já fazia	
G1: Na época nós começamos uma série de sensibilizações. Trouxemos o “Dr. Nabil Ghorayeb, que fez uma palestra na sociedade médica para os médicos da rede falando da importância da atividade física como método de prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes. Nós trouxemos o Dr. Joel Heimann da universidade de São Paulo, que veio falar sobre hipertensão arterial, uma palestra que foi feita na faculdade de engenharia. Foi bom pois era num ambiente diferente, conhecemos outra faculdade, saímos da nossa rotina; os médicos receberam o convite individual para participar desta palestra. Dr. Joel veio pelo menos umas três vezes aqui em Sorocaba, para fazer as palestras para os grupos. Na época incentivávamos a alimentação saudável; os nossos lanches eram lanches tipo natural, suco de frutas ou frutas; era uma maneira diferente de receber o pessoal.	... começamos uma série de sensibilizações. o “Dr. Nabil Ghorayeb, que fez uma palestra na sociedade médica para os médicos da rede falando da importância da atividade física como método de prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes. Nós trouxemos o Dr. Joel Heimann da Universidade de São Paulo, que veio falar sobre hipertensão arterial, uma palestra que foi feita na faculdade de engenharia. Foi bom pois era num ambiente diferente, conhecemos outra faculdade, saímos da nossa rotina; ... os médicos receberam o convite individual para participar desta palestra. ...incentivávamos a alimentação saudável; os nossos lanches eram lanches tipo natural, suco de frutas ou frutas; era uma maneira diferente de receber o pessoal.	Sensibilização dos médicos. Abordagem comportamental para prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes. Aulas com <i>experts</i> sobre o assunto para valorizar a informação. Valorização do médico através de um convite individual. Local diferente do ambiente de trabalho para sair da rotina Incentivo a alimentação saudável durante a oferta do <i>coffe break</i> no treinamento.	Estratégia/
G1: ...um grande treinamento que durou um ano e que envolveu todos os profissionais das unidades básicas de saúde: tivemos o auxiliar de enfermagem que teve trinta horas de treinamento, a enfermeira que teve vinte e quatro horas de treinamento e médico que teve oito horas de treinamento. Começamos com auxiliar de enfermagem, que passava uma semana conosco e recebia todas as informações atualizadas de hipertensão e diabetes. A forma do treinamento foi igual para todos os profissionais, só que cada profissional via de modo diferente e tinha uma responsabilidade diferente sobre o assunto.	...treinamento que durou um ano e que envolveu todos os profissionais das unidades básicas de saúde: tivemos o auxiliar de enfermagem que teve trinta horas de treinamento, a enfermeira que teve vinte e quatro horas de treinamento e médico que teve oito horas de treinamento. A forma do treinamento foi igual para todos os profissionais, só que cada profissional via de modo diferente e tinha uma responsabilidade diferente sobre o assunto.	Tempo do treinamento e público alvo Duração do treinamento, O tempo de treinamento Abordagem diferente para cada profissão da saúde em função no atendimento. Auxiliares e enfermeiros tiveram mais tempo que os médicos	Estratégia
A estrutura básica de treinamento foi: começávamos lendo uma história de hipertensão e diabetes. Do diabetes eu me lembro muito bem que era uma mãe que levava a criança no posto de saúde na hora que o posto de saúde estava fechando e a criança era uma diabética que estava descompensada porque a mãe foi trabalhar, deixou a criança com a irmã mais velha, a criança teve dor de dente, a irmã mais velha ficou desesperada e perguntou para a vizinha o que fazer; a vizinha não sabendo da história, manda a irmã mais velha dar um copo de água com açúcar para a criança e com essa história, mostrávamos como que nós estávamos atuando frente ao diabético e ao hipertenso, que nós só estávamos fazendo a parte medicamentosa do tratamento e, no decorrer da semana com os auxiliares de enfermagem, fazíamos aulas de hipertensão e diabetes...	... lendo uma história de hipertensão e diabetes. ...uma mãe que levava a criança no posto de saúde na hora que o posto de saúde estava fechando e a criança era uma diabética que estava descompensada porque a mãe foi trabalhar, deixou a criança com a irmã mais velha, a criança teve dor de dente, a irmã mais velha ficou desesperada e perguntou para a vizinha o que fazer; a vizinha não sabendo da história, manda a irmã mais velha dar um copo de água com açúcar para a criança e com essa história,... ... mostrávamos como que nós estávamos atuando frente ao diabético e ao hipertenso,... ... nós só estávamos fazendo a parte medicamentosa do tratamento...com os auxiliares de enfermagem, fazíamos aulas de hipertensão e diabetes...	Trabalhou com problematização; Utilizou uma história que procurou sensibilizar os profissionais (criança diabética). Procurou levar a reflexão sobre como cada membro da equipe tinha responsabilidade sobre o caso. Discuti que a preocupação até então estava focada exclusivamente no tratamento medicamentoso e deixava de lado uma parte importante que era a abordagem comportamental. Utilizou os próprios profissionais que atuavam na rede de atenção básica para dar o treinamento. Para o treinamento dos auxiliares utilizou-se da estratégia de aulas	Estratégia

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Com profissionais da rede então...Nós discutíamos todos os fatores de risco presentes em hipertensão e diabetes; falávamos de obesidade, classificávamos a obesidade; falávamos do sedentarismo, do stress, da dislipidemia e, depois falávamos de nutrição, da alimentação saudável que a profissional da prefeitura a nutricionista Édna, fazia esta palestra e por fim, discutíamos o mesmo caso, de hipertensão e diabetes e, agora com todo este conhecimento que o pessoal tinha adquirido, como eles se comportariam frente ao mesmo caso, e vimos que o pessoal "pegou" que nós tínhamos que tratar realmente de uma maneira diferenciada, de uma outra maneira, não só medicamento, tínhamos que orientar as pessoas sobre alimentação saudável, ingestão de pouco sal, enfatizar frutas e legumes, que tínhamos que orientar que a pessoa fizesse atividade física, que ela fosse menos estressada, maneiras para que ela fosse menos estressada, e por fim o tratamento medicamentoso.	...discutíamos todos os fatores de risco presentes em hipertensão e diabetes... falávamos de nutrição, da alimentação saudável que a profissional da prefeitura a nutricionista...fazia esta palestra ...discutíamos o mesmo caso, de hipertensão e diabetes e, agora com todo este conhecimento que o pessoal tinha adquirido,... ... e vimos que o pessoal "pegou" que nós tínhamos que tratar realmente de uma maneira diferenciada, de uma outra maneira, não só medicamento, tínhamos que orientar as pessoas sobre alimentação saudável, ingestão de pouco sal, enfatizar frutas e legumes, que tínhamos que orientar que a pessoa fizesse atividade física, que ela fosse menos estressada, maneiras para que ela fosse menos estressada, e por fim o tratamento medicamentoso.	Trabalhou a importância de abordar os fatores de risco desses doenças e da alimentação saudável. Aula da nutricionista. Retomavam o mesmo caso e mediam o conhecimento adquirido após o treinamento para checar a consolidação do conhecimento. Constatou-se que o resultado da avaliação inicial foi positivo – os participantes estavam sensibilizados para a abordagem medicamentosa e não medicamentos.	Estratégia/ conteúdo
G1: Então todos os profissionais passaram por esse treinamento, a base foi essa e cada área, o enfermeiro, o auxiliar, o médico, o enfermeiro tinha lá a sua visão de acordo com cada profissão. É..., daí nós fizemos. É..., uma, um protocolo, que já tínhamos um de noventa e seis, mas, nós fizemos um outro protocolo, baseado se eu não me engano no Segundo Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial nós nos baseamos nesses consensos, tanto de hipertensão quanto de diabetes, fizemos o programa, o protocolo de hipertensão e diabetes.	Todos os profissionais passaram pelo treinamento a base foi essa e cada área tinha sua visão específica ... daí nós fizemos. É..., uma, um protocolo, que já tínhamos um de noventa e seis, mas, nós fizemos um outro protocolo, baseado se eu não me engano no Segundo Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial fizemos o programa, o protocolo de hipertensão e diabetes.	O treinamento teve uma parte básica e outra específica de acordo com cada área de atuação. A elaboração do Programa e do novo protocolo baseou-se no Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial e o de Diabetes.	Estratégia/ conteúdo
G1: ... fizemos os impressos, chamamos um profissional médico, de enfermagem de cada unidade básica de saúde, discutimos com esses profissionais estes impressos, eles apresentavam sugestões, nós seguimos as sugestões e finalmente o programa foi colocado em prática e é um programa que existe até hoje, com algumas diferenciações;	... fizemos os impressos, chamamos um profissional médico, de enfermagem de cada unidade básica de saúde, discutimos com esses profissionais estes impressos, eles apresentavam sugestões... seguimos as sugestões e... o programa foi colocado em prática e é um programa que existe até hoje, com algumas diferenciações;...	Elaborou-se impressos para o atendimento dos pacientes do programa; Os impressos foram validados pelos profissionais que iriam utilizá-los. O programa atual tem algumas diferenciações do original (evolução e adaptação).	Estratégia participativa /
G1... na época foi introduzido o captopril, que nós não tínhamos o captopril como medicamento, é..., foi introduzida a insulina humana (nós usávamos a insulina de porco); posteriormente foram acontecendo leis estaduais e o município passou a fornecer também os insumos de diabetes.	... na época foi introduzido o captopril, que nós não tínhamos o captopril como medicamento, é..., foi introduzida a insulina humana (nós usávamos a insulina de porco);... foram acontecendo leis estaduais e o município passou a fornecer também os insumos de diabetes.	Novos medicamentos foram disponibilizados na atenção básica para o tratamento dessas doenças. As leis estaduais e municipais favoreceram o fornecimento de insumos para os diabéticos. O programa atualizou-se de acordo com a legislação.	
G1 Então hoje nós temos mais de setenta mil pessoas inscritas, no programa de hipertensão e diabetes, sabemos que ainda é um número	...hoje temos mais de setenta mil pessoas inscritas, no programa de hipertensão e diabetes, sabemos que ainda é um número insuficiente,	Ampliou muito a cobertura do programa, apesar de ainda ser insuficiente, foi um grande salto de qualidade e	Resultado da implantação do programa/avaliação

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
insuficiente, mas, com certeza foi um grande salto de qualidade de atendimento.	mas, com certeza foi um grande salto de qualidade de atendimento.	cobertura.	
G1: ...nós falávamos da possibilidade de insuficiência renal mas como protocolo nós não tínhamos esta preocupação.	...falávamos da Insuficiência renal, mas, como protocolo nós não tínhamos esta preocupação...	A insuficiência renal não fazia parte do protocolo na época.	Estratégia Conteúdo do protocolo
G1: Não. Isso foi uma grande falha no protocolo; no começo pensávamos em fazer isto, uma grande avaliação do que tinha acontecido com esse protocolo, como as pessoas foram classificadas, o que cada grupo médico encontrou lá na maioria dos seus pacientes... mas, nós não tivemos pernas para fazer isso.	...no começo pensávamos em fazer isto, uma grande avaliação do que tinha acontecido com esse protocolo, como as pessoas foram classificadas, o que cada grupo médico encontrou lá na maioria dos seus pacientes... ... não tivemos pernas para fazer isso.	Apesar de entender a importância de monitorar o trabalho dos médicos a equipe não teve condições de realiza-la.	Estratégia/ avaliação

José Manoel: Isso foi feito no ano 2000 ...daquela época para hoje, doze anos depois, o que aconteceu em relação ao programa de hipertensão e diabetes?

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Eu acho que nós tivemos grandes avanços, nós conseguimos fazer um programa de orientação de alimentação saudável, mas que infelizmente não foi para frente, era muito bem estruturado, envolveu muitas pessoas, mas ..., acabou não vingando... e o outro programa que aconteceu foi o projeto caminhada em que orientávamos as pessoas a caminhar 30 minutos por dia, manter essa atividade física como modo de prevenção e tratamento de doenças. Esse projeto vingou com certeza, temos pelo menos 1500 pessoas inscritas nesse programa que fazem a caminhada com acompanhamento da UBS pelo menos três vezes por semana e orientamos que eles façam cinco vezes, mais dois dias da semana sem acompanhamento. Nós tivemos atualização do protocolo de HAS e DM, mas nunca houve depois disso uma grande reunião em que nós conversássemos com os clínicos; nesses momentos de reunião as pessoas se reencontram, conversam, batem papo e mudam as coisas, os relacionamentos e, fica mais fácil trabalhar; então é um momento de reencontro das pessoas; nesse sentido não teve outro treinamento, grande treinamento... de doze anos para cá não teve nada.	... nós tivemos grandes avanços...o programa de orientação de alimentação saudável... era muito bem estruturado, envolveu muitas pessoas, mas ..., acabou não vingando...outro foi o projeto caminhada em que orientávamos as pessoas a caminhar 30 minutos por dia,... como modo de prevenção e tratamento de doenças. Esse projeto vingou com certeza, temos pelo menos 1500 pessoas inscritas. Nós tivemos atualização do protocolo de HAS e DM, mas nunca houve depois disso uma grande reunião em que nós conversássemos com os clínicos; nesses momentos de reunião as pessoas se reencontram, conversam, batem papo e mudam as coisas, os relacionamentos e, fica mais fácil trabalhar; então é um momento de reencontro das pessoas; nesse sentido não teve outro treinamento, grande treinamento... de doze anos para cá não teve nada.	Implantaram um programa de orientação alimentar que vão vingou. Implantaram o “Projeto Caminhada” que existe até hoje focando a prática regular de atividade física. Houve atualização do protocolo para tratamento da hipertensão arterial e diabetes, porém, sem treinamento das equipes para o novo protocolo atualizado. Há doze anos que não tem “grandes treinamentos” sobre o tema – a falta de oportunidade de reencontrar os médicos reunidos dificulta o trabalho da equipe gestora.	Avaliação do Programa/ resultados e atualização
G1: Olha, nós fizemos o treinamento e depois de um ano metade do pessoal foi embora porque eram um pessoal contratado; mas hoje eu encontro com algumas auxiliares de enfermagem em plantões por ai e que passaram por aquele treinamento e elas contam que o que aquele treinamento mudou na vida delas inclusive; mas, houve uma grande remodelação da equipe. A equipe foi trocada. Hoje sabemos que muitas pessoas que não tem essa noção, esse conhecimento.	... depois de um ano metade do pessoal foi embora porque eram um pessoal contratado;... ... hoje eu encontro com algumas auxiliares de enfermagem em plantões por ai e que passaram por aquele treinamento e elas contam que o que aquele treinamento mudou na vida delas. Houve uma grande remodelação da equipe. Hoje sabemos que muitas pessoas que não tem essa noção, esse conhecimento.	Alta rotatividade de pessoal – perda de 50% da equipe após 12 meses. Novos funcionários não passaram por treinamento semelhante ao anterior. Por causa da baixa fixação do profissional treinado na prefeitura de Sorocaba, o investimento em treinamento contribuiu com oferta de profissionais melhores preparados para trabalhar em outros empregos (perda relativa do investimento).	O que tem acontecido daquele treinamento até dias atuais.
G1: Nós procuramos fazer no treinamento de entrada, que é basicamente a apresentação do	No treinamento de entrada, é basicamente a apresentação do protocolo de hipertensão e	A rotatividade de médicos também é alta e o treinamento oferecido quando eles entram	Capacitação dos novos profissionais

protocolo de hipertensão e diabetes. Ele é uma parte de um treinamento geral que fala de tudo da prefeitura, todos os recursos que a prefeitura tem, de outras secretarias, então ele é uma parte muito pequena, umas três horas no máximo – tenho que falar da hipertensão, diabetes e do protocolo da asma... e quando o profissional que vem contratado (** contrato temporário CLT emergencial) a gente não tem como fazer esse treinamento, ele entra trabalhando direto.	diabetes... é uma parte de um treinamento geral que fala de tudo da prefeitura... é uma parte muito pequena, umas três horas no máximo – tenho que falar da hipertensão, diabetes e do protocolo da asma... e quando o profissional que vem contratado (** contrato temporário CLT emergencial) a gente não tem como fazer esse treinamento, ele entra trabalhando direto.	na prefeitura é único e insuficiente. Alguns médicos não passam por treinamentos.	admitidos
G1: Eu acho que nós do programa estamos afastados da unidade – eu sinto que a gente fica afastado da unidade – acho que tinha que estar mais junto com os médicos, fortalecendo inclusive como classe. Um contato mais direto, um contato de ir falar com o profissional, de marcar mais reuniões com os profissionais, tirar as dúvidas, conversar mais; eu acho que precisávamos conversar mais. Muitas coisas seriam resolvidas nessas conversas.	... estamos afastados da unidade..... tinha que estar mais junto com os médicos, fortalecendo inclusive como classe. ...um contato de ir falar com o profissional, de marcar mais reuniões com os profissionais, tirar as dúvidas, conversar mais... muitas coisas seriam resolvidas nessas conversas.	Distanciamento da equipe gestora com os médicos das UBs dificultam a resolutividade dos problemas. O contato direto, reuniões com os profissionais favorece a resolutividade dos problemas. Limites e possibilidades atuais.	Contexto atual dificuldades
G1: Eu tive que fazer um levantamento recente com os dados e eu me surpreendi com o nível de anotação que o pessoal faz, cópia todos os exames, coloca lá os seus diagnósticos, fazem um bom prontuário, eu gostei muito do que eu vi.	... eu me surpreendi com o nível de anotação que o pessoal faz, cópia todos os exames, coloca lá os seus diagnósticos, fazem um bom prontuário, eu gostei muito do que eu vi.	Surpreendentemente o nível de anotação nos prontuários são satisfatórios. Apesar da falta de atualização as anotações estão adequadas.	Potencialidades atuais
DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Eu acho que não faria nada diferente, porque parece que tudo está acontecendo, voltou ao que era... eu acho que a gente tinha que voltar, repensar esse programa de hipertensão e diabetes, refazer o treinamento, valorizar mais o profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem que está lá na ponta, mostrar o quanto que ele é importante, não é só – faça isso, faça aquilo... então eu acho que precisava ter outro momento para o protocolo de hipertensão e diabetes.	Eu acho que não faria nada diferente... repensar esse programa de hipertensão e diabetes, refazer o treinamento, valorizar mais o profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem que está lá na ponta, mostrar o quanto que ele é importante, não é só – faça isso, faça aquilo...precisava ter outro momento para o protocolo de hipertensão e diabetes.	O que foi feito faria novamente; Repensar o programa; refazer o treinamento A valorização dos profissionais naquele momento foi adequada. Falta proximidade – não é a melhor estratégia ficar dando ordens... “faça isso...” Envolver o profissional no processo de forma ativa. Necessidade de atualizar os protocolos	Reflexão do que poderia ter sido feito diferente.
G1: ... eu acho que nós estamos fazendo um protocolo e ainda não estamos consultando as bases... eu vejo o protocolo da PUC como o protocolo que tem que ser acadêmico, ele é acadêmico, só que a nossa realidade é diferente, as coisas tem que ser mais ágeis, facilitadas para quem tá fazendo porque senão você perde muito tempo preenchendo papel e não é legal isso aí porque tudo é feito a mão, tudo é escrito, então quando você vai pedir um exame para o paciente, se você pedir três exames você tem que colocar três códigos diferentes, então você tem que procurar colocar os números etc; tinha que facilitar mais, tinha que ser mais agilizado e realmente pinçar assim o que é bem importante, mas eu acho que a gente tinha que discutir o protocolo com a rede, a	... acho que nós estamos fazendo um protocolo e ainda não estamos consultando as bases... ... vejo o protocolo da PUC como o protocolo que tem que ser acadêmico, ele é acadêmico, só que a nossa realidade é diferente,... ... as coisas tem que ser mais ágeis, facilitadas para quem tá fazendo porque senão você perde muito tempo preenchendo papel e não é legal isso aí porque tudo é feito a mão,... ... quando você vai pedir um exame para o paciente, se você pedir três exames você tem que colocar três códigos diferentes, ... tinha que facilitar mais, tinha que ser mais agilizado e realmente pinçar assim o que é bem importante,... ... acho que a gente tinha que discutir o protocolo com a rede...	Falta envolver os médicos da rede básica na elaboração do protocolo. O protocolo proposto está muito acadêmico e pouco prático, não está considerando as dificuldades diárias. Precisa focar o que é realmente importante. Compatibilizar o conhecimento científico com a prática. Necessidade de melhorar a agilidade das anotações Necessidade de validação dos médicos da rede.	Expectativas da Atualização do protocolo junto com a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

rede vai acabar passando isso para gente, não pode passar sem que o médico clínico que está na ponta tome conhecimento disso senão isso não tem validade.	... sem que o médico clínico que está na ponta tome conhecimento disso senão isso não tem validade.		
---	---	--	--

José Manoel: Como médica clínica de uma UBS, o que você acha do atual programa?

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Bom, eu tenho atuado na rede na UBS, é o que eu percebo assim..., tem um impresso, ele tem uma base, mais existem vários impressos de HAS, DM. Uma coisa que me deixa assim, muito irritada, nós tentamos facilitar a vida de quem está usando o impresso – ao invés de eu escrevo hidroclorotiazida eu vejo lá que ele é o número “1” e coloco o número “1” e quantos comprimidos o paciente toma por dia que é uma maneira de facilitar; então ele tem que ter uma sequência: eu tenho impressos em que eu tenho uma sequência numérica, “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o propranolol, “3” é o captopril e tem impressos em que eu tenho esta sequência de uma outra forma, “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o captopril, então depende da pessoa; eu tenho uma certa facilidade para guardar esses números, se naquele impresso tá trocado lá a ordem do captopril, você acaba colocando, se não prestar atenção, então coloca uma coisa que não tá real, e pode dar margem para outras interpretações pra quem for pegar esse paciente no futuro; eu vejo também que quando o paciente é do programa, qualquer consulta que ele faça vem o impresso do programa, então por mais que você tente seguir lá o retorno com a classificação, então muitas vezes ele vem para mostrar um exame, de uma outra coisa e vem lá o impresso do programa, então o impresso é usado para tudo; tem pessoas que escrevem mais, tem pessoas que escrevem menos, mas..., de alguma maneira todo mundo escreve, todo mundo registra sua consulta, eu vejo este questionamento, e eu acho que o impresso tem que ser o mais simples possível, é assim, de fácil manuseio, que você não precise escrever muito, que você coloque um “xisinho” ou coloque um risquinho se existe ou não tal patologia, para agilizar, porque são muitas pessoas e ainda tem muitas pessoas para entrar nesse programa., tem um impresso, ele tem uma base, mais existem vários impressos de HAS, DM. ao invés de eu escrevo hidroclorotiazida eu vejo lá que ele é o número “1” e coloco o número “1” e quantos comprimidos o paciente toma por dia que é uma maneira de facilitar; ... “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o propranolol, “3” é o captopril e tem impressos em que eu tenho esta sequência de uma outra forma, “1” é o hidroclorotiazida, “2” é o captopril, se não prestar atenção, então coloca uma coisa que não tá real, e pode dar margem para outras interpretações pra quem for pegar esse paciente no futuro; ... quando o paciente é do programa, qualquer consulta que ele faça vem o impresso do programa, então por mais que você tente seguir lá o retorno com a classificação, então muitas vezes ele vem para mostrar um exame, de uma outra coisa e vem lá o impresso do programa, então o impresso é usado para tudo. ...de alguma maneira todo mundo escreve, todo mundo registra sua consulta, eu acho que o impresso tem que ser o mais simples possível, é assim, de fácil manuseio, que você não precise escrever muito, que você coloque um “xisinho” ou coloque um risquinho se existe ou não tal patologia, para agilizar, porque são muitas pessoas e ainda tem muitas pessoas para entrar nesse programa.	Foram elaborados vários impressos para facilitar o atendimento; Alguns impressos foram mal elaborados e podem gerar confusão (ordem dos medicamentos) A equipe usa o impresso do programa para atendimentos “não programáticos” (não deveriam) Os registros do atendimento no prontuário estão ocorrendo. O impresso deve ser simples, de fácil manuseio, fácil preenchimento e deve permitir agilizar o atendimento. Ainda existem muitas pessoas para entrar nesse programa.	Impressões sobre o programa atual / Impressos

José Manoel: Você acha o formato atual da folha de seguimento útil? (Folha de seguimento de resultados de exames)

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Eu acho que ele é útil porque quando organizo os exames eu posso ver a evolução desses pacientes em relação a esses exames. Só que eu não tenho visto esta folha de evolução anexada no protocolo, as vezes existe a folha, mas, com tantas folhas anexadas ao protocolo juntas que você olha lá tem exame de 2000 e depois não	Eu acho que ele é útil ... eu posso ver a evolução desses pacientes em relação a esses exames. ...eu não tenho visto esta folha de evolução anexada no protocolo... ...mas, com tantas folhas anexadas ao protocolo juntas que você olha lá tem exame de 2000 e depois não tem mais anotado porque o pessoal	A folha de seguimento de exames é útil. Permite acompanhar a evolução dos resultados dos exames Falta esse impresso em alguns prontuários Existem muitas folhas anexadas no prontuário e essa folha se perde no meio	Impressões sobre o programa atual / Impressos

tem mais anotado porque o pessoal acaba anotando no próprio protocolo, na própria consulta os valores dos exames, porque não está vendo a praticidade, a necessidade dessa folha de resumo de exames.	acaba anotando no próprio protocolo, na própria consulta... não está vendo a praticidade, a necessidade dessa folha de resumo de exames.	dos papéis. Alguns médicos acabam anotando o resultado dos exames na folha de atendimento e não na de seguimento. Alguns colegas não estão vendo praticidade no uso dessa folha de seguimento de exames.	
---	--	--	--

José Manoel: O que você acha que poderia melhorar nisso tudo, agora como médica da rede atendendo na UBS?

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
G1: Então, no protocolo descreminamos os fatores de risco, alimentação, obesidade, sedentarismo, eu acho que isto tem que continuar, tem que continuar existindo a classificação de acordo com o grau de risco; acho que esta classificação tem que ser revista, não sei como mas ela tem que ser revista por que as vezes eu tenho um paciente que eu coloco lá risco "2", mas ele pode ser "A, B ou C", e por exemplo no SIS que foi implantado agora, você não tem "A, B ou C" só tem risco "2", então eu sou risco "2", só estou classificando meu paciente só com o valor da pressão arterial, e eu deveria classifica-lo com fator de risco, sem fator de risco, com lesão de órgão alvo ou não, ou com diabetes. Devia ter... eu acho que isso é uma falha, eu acho que devia ser corrigida. ... mas esse grau "1", grau "2" ele só fala do nível do valor numérico da pressão arterial, (José Manoel intervém: "e a presença de um fator de risco né...") mas eu posso ter pessoas com grau "2" é... que não tem fator de risco, ela não é obesa, ela não tem diabetes, não é sedentária, ele só é hipertensa. Então ela seria um "2A", só que na classificação geral ela só é dois.	...no protocolo, descreminamos os fatores de risco, alimentação, obesidade, sedentarismo, eu acho que isto tem que continuar existindo a classificação de acordo com o grau de risco; ... esta classificação tem que ser revista,... ... só estou classificando meu paciente só com o valor da pressão arterial, e eu deveria classifica-lo com fator de risco, sem fator de risco, com lesão de órgão alvo ou não, ou com diabetes. ... eu posso ter pessoas com grau "2" é... que não tem fator de risco, ela não é obesa, ela não tem diabetes, não é sedentária, ele só é hipertensa. Então ela seria um "2A", só que na classificação geral ela só é dois.	Deve permanecer a classificação de risco considerando os fatores de risco. Existem falhas na classificação de risco atual, pois, considera apenas a pressão arterial e não fica claro outros fatores que contribuem com o grau de risco.	Propostas de melhoria do atual protocolo / programa. Classificação de Risco. Necessidade de atualização do protocolo com vistas a Classificação de Risco

José Manoel: Do ponto de vista prático o que mudaria isto, porque temos que pensar na UBS, na racionalização do atendimento do ponto de vista prático para evitar as complicações. Em termos de protocolo o que mudaria na classificação de "2" para "2A", em termos de conduta médica para o seguimento daquele paciente para tentarmos facilitar a vida do médico...

G1: É a presença de fator de risco ou não né Zé, ou lesão de órgão alvo, se eu anotei que ele é "A" não tem fator de risco e nem lesão de órgão alvo, então é um paciente mais light, um dois mais light, mas se ele é um "2B" eu sei que ele é obeso, ou é sedentário, é ou tem dislipidemia, ou seja, ele tem um fator de risco presente, então eu tenho que atuar sobre esse fator de risco, se numa unidade eu tiver cem pessoas inscritas, e eu tiver oitenta delas com risco "B" então eu tenho que ir atrás desse risco, que está acontecendo, e tenho que atuar em cima desse risco, se é obesidade então eu tenho que chamar essa população, reunir, ver que grau é essa obesidade e propor um tratamento pra elas dentro da unidade e fora da unidade eu vejo assim um meio de visualizar, eu tenho aqui um risco "2", risco "4" e o paciente é "C" tem diabetes, já teve infarto, já teve AVC e tal, então já é	...presença de fator de risco ou não né Zé, ou lesão de órgão alvo, se eu anotei que ele é "A" não tem fator de risco e nem lesão de órgão alvo, então é um paciente mais light, um dois mais light, mas se ele é um "2B" eu sei que ele é obeso, ou é sedentário, é ou tem dislipidemia, ou seja, ele tem um fator de risco presente, então eu tenho que atuar sobre esse fator de risco,... ... se numa unidade eu tiver cem pessoas inscritas, e eu tiver oitenta delas com risco "B" então eu tenho que ir atrás desse risco, que está acontecendo, e tenho que atuar em cima desse risco, se é obesidade então eu tenho que chamar essa população, reunir, ver que grau é essa obesidade e propor um tratamento pra elas dentro da unidade e fora da unidade... ... então eu também posso atuar em algumas coisas que estão presentes, então se ela teve um AVC, de repente eu posso estar	Se melhorar a classificação de risco será possível mapear os fatores mais presentes para atuar neles de forma coletiva. Isso também vai facilitar a abordagem individual (no caso, a "visualização do fator de risco de forma mais clara") chamando a atenção do médico para o fator destacado. A melhora da abordagem individual permitirá inclusão do indivíduo em outras atividades da UBS como o "Projeto Caminhada". Favorece uma conduta médica mais adequada as reais necessidades do indivíduo	Propostas de melhoria do atual protocolo / programa. Classificação de Risco. Melhor diagnostico coletivo e individual
--	---	--	---

<p>uma população que eu tenho que ver com outros olhos, né..., eu sei que ela é uma população que tem que vir mais frequente, então eu também posso atuar em algumas coisas que estão presentes, então se ela teve um AVC, de repente eu posso estar reaprendendo andar, melhorando sua marcha, de repente eu posso estar colocando essa pessoa no grupo de caminhada, com alguém do lado dela que que vá acompanhando, que vá ajudando...</p>	<p>reaprendendo andar,...</p>		
<p>José Manoel: Você acha que só mudar a letreirinha da classificação..., por que eu imagino o seguinte: você vendo o prontuário do paciente você já vai ter essa noção do que você está me falando, fatores de risco que ele tem... você acha que na hora de fazer a classificação, em só mudar a letra... eu digo isto porque nós estamos ajudando a repensar o protocolo e a atualização dele..., e isso está sendo contemplado na proposta..., do novo consenso?</p>			
<p>G1: : É a proposta do consenso novo né, o que eu vejo assim é que a unidade pode planejar o seu programa do adulto, porque se ela ver que tem muito obeso ela vai de alguma maneira ter que dar conta desses obesos, algum tipo de encaminhamento ela vai ter que fazer, se percebe que o pessoal é mais sedentário ela vai ter que agir no sedentário, se tem dislipidemia, vai agir na dislipidemia, então é um modo de você programar, fazer grupos diferentes, que tenham orientações mais diferenciadas, em relação aos seus problemas, eu vejo assim, se eu tenho bastante AVC, então eu tenho que cuidar para que essas pessoas não fiquem internadas, que internem cada vez menos, e que elas se recuperem de uma maneira melhor e mais rápida, né, então se eu fico mais atento a elas, elas são lá o grupo "4", eu fico mais atento a elas, desculpa, eu digo, se elas são risco "C" eu fico mais atento a elas a coisas que possam evitar pneumonia, que você deve ficar atento para ela tomar a vacina da gripe na época certa e insistir para que ela faça isso, eu vejo assim essas condutas, é claro que pra isso aí eu tenho que fazer outras análises, para planejar o programa, mas, isso é um dado que tá ali presente. Eu tenho essa população, então eu tenho que trabalhar essa população.</p>	<p>É a proposta do consenso novo... ... a unidade pode planejar o seu programa do adulto... ...então é um modo de você programar, fazer grupos diferentes, que tenham orientações mais diferenciadas, em relação aos seus problemas,... ... se elas são risco "C" eu fico mais atento a elas a coisas que possam evitar pneumonia, que você deve ficar atento para ela tomar a vacina da gripe na época certa e insistir para que ela faça isso, eu vejo assim essas condutas, é claro que pra isso aí eu tenho que fazer outras análises, para planejar o programa, mas, isso é um dado que tá ali presente</p>	<p>A classificação deve seguir o último consenso (de hipertensão arterial / diabetes...) Classificando os pacientes nos risco adequadamente e de forma fácil de mapeá-los, a UBS poderá repensar seu programa do adulto e adaptá-lo à realidade local. Os fatores de risco em destaque vão permitir que a UBS adote medidas não protocolares, porém, relevantes como indicar vacinação contra "gripe" para grupos mais vulneráveis.</p>	<p>Propostas de melhoria do atual protocolo / programa. Classificação de Risco.</p>
<p>José Manoel: Em relação a aferição da pressão, é você quem mede ou ela já vem aferida da pré-consulta?</p>			
<p>José Manoel: Na consulta médica você não mede a pressão?</p>			
<p>José Manoel: Você acha que o pessoal tem medido direitinho ou tem falha técnica na aferição?</p>			
<p>José Manoel: De rotina então o médico não mede a pressão na consulta?</p>			
<p>José Manoel: Os pacientes vem com o peso anotado ou o médico que pesa?</p>			
<p>G1: ... A pressão vem medida... É uma maneira de facilitar porque são 16 consultas em três horas, então até dá pra medir a pressão arterial..., vem da pré-consulta. ... Quando eu vejo a necessidade eu refaço a avaliação, da pressão. ... Falha técnica eu acho que sempre vai ter, então a gente sempre tem que estar falando, "refalando", mostrando, sempre tem que ter uma horinha lá... ó..., vamos verificar a pressão arterial, vamos rever os conceitos.</p>	<p>... A pressão vem medida... É uma maneira de facilitar porque são 16 consultas em três horas, então até dá pra medir a pressão arterial..., vem da pré-consulta. ... Quando eu vejo a necessidade eu refaço a avaliação, da pressão. ... Falha técnica eu acho que sempre vai ter, então a gente sempre tem que estar falando... vamos verificar a pressão arterial, vamos rever os conceitos. (o médico não pesa o paciente)... Na unidade que eu trabalho vem de</p>	<p>Para agilizar o atendimento médico o paciente já entra com a pressão arterial e o peso aferidos. Às vezes é necessário rever a pressão na consulta médica. É importante sempre rever os processos de trabalho da equipe (treinamentos em serviço) pois podem haver falhas técnicas na aferição da pressão arterial.</p>	<p>Processo de trabalho do atual programa.</p>

(o médico não pesa o paciente)... Na unidade que eu trabalho vem de todos, porque na sala nem cabe uma balança, não teria espaço. É uma forma de facilitar porque é bastante gente.	todos, porque na sala nem cabe uma balança, não teria espaço. É uma forma de facilitar porque é bastante gente.		
José Manoel: Como está o atendimento de enfermagem de auxiliar de enfermagem em relação ao programa do adulto?			
G1: Dificilmente eu vejo o AE acontecendo, principalmente na unidade que eu trabalho, porque não há espaço para se fazer o AE, mas, eu acho que o AE seria algo extremamente interessante, porque essa classificação de risco que eu falei para você de "A, B ou C" o AE poderia pegar esse "B ou C" e passar mais vezes nele, é..., ter mais orientações para esse grupo, e depois a consulta médica né..., na sua necessidade, então eu, eu..., gostaria que tivesse o AE funcionando plenamente em todas as unidades. Pelo que eu tenho visto não tem acontecido.	Dificilmente eu vejo o AE acontecendo... ... na unidade que eu trabalho não há espaço para se fazer o AE,... ...eu acho que o AE seria algo extremamente interessante, porque essa classificação de risco que eu falei para você de "A, B ou C" o AE poderia pegar esse "B ou C" e passar mais vezes nele, é..., ter mais orientações para esse grupo, e depois a consulta médica né..., na sua necessidade, então eu, eu..., gostaria que tivesse o AE funcionando plenamente em todas as unidades. ... Pelo que eu tenho visto não tem acontecido.	Apesar do programa prever o atendimento de enfermagem (AE), isso não ocorre em todas as UBSs. Na UBS do entrevistado o problema é "falta de espaço" (físico). É muito importante ter o AE para dar um tratamento diferenciado (as orientações poderiam ser intensificadas) para as pessoas com maior grau de risco.	Processo de trabalho do atual programa. Atendimento de enfermagem (AE). (estrutura e processo)

Análise da entrevista com G2:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: G2, como foram implantados os programas de atendimento à hipertenção arterial e diabetes na rede de atenção primária de Sorocaba, quais os detalhes dessa implantação que você lembra?			
G2: O que eu lembro é que foi feito um conjunto de reuniões onde foi pensado numa estratégia primeiro em conversa com os profissionais, depois, opinião pegando alguns profissionais opinião de medicamentos que deveriam ser usados, e depois, um assim, uma opinião de cada um de como a população iria reagir com essa, como eu posso dizer, esse compromisso que eles poderiam ter com o programa, o programa é fechado num compromisso de comparecimento aonde se ele não comparecer a gente vai atrás cobrar dele, então foi feito tudo um conjunto de pequenas estratégias para um plano total.	... foi feito um conjunto de reuniões... ... foi pensado numa estratégia... em conversa com os profissionais... opinião de medicamentos que deveriam ser usados ... opinião de cada um de como a população iria reagir com essa, como eu posso dizer, esse compromisso que eles poderiam ter com o programa, o programa é fechado num compromisso de comparecimento... ... então foi feito tudo um conjunto de pequenas estratégias para um plano total.	Realizaram várias reuniões com os profissionais (nesse contexto quando o entrevistado se refere aos "profissionais" eles seriam os médicos e não os demais membros da equipe) Estratégia envolveu: 1) conversa com todos os clínicos; 2) conversa com alguns clínicos buscando opinião sobre medicamentos; 3) conversa com alguns clínicos buscando opinião sobre como acreditavam que a população reagiria com as mudanças no programa (compromisso de realizar o tratamento) Tudo foi feito com um conjunto de pequenas estratégias para um plano total.	Estratégia/ contexto histórico – ideia de como implantar um novo protocolo.
José Manoel: Existia a preocupação com o diagnóstico precoce das complicações dessas doenças?			
G2: Talvez não como hoje, existia essa possibilidade que você iria diminuir, isso já tinha essa visão que já tinha de você diminuir o número de internações, melhorar a situação e o controle da medicação, fazer com que o paciente acreditasse mais no que tava sendo feito, isso houve, com certeza houve. Depois houve também o outro lado no investimento do secretário de saúde	... não como hoje... ... essa visão que já tinha de você diminuir o número de internações, melhorar a situação e o controle da medicação, fazer com que o paciente acreditasse mais no que tava sendo feito, isso houve, com certeza houve. ... no investimento do secretário de saúde que era o Lippi na época, com a história da vida saudável, que	Naquele momento a busca por evitar as complicações das doenças não eram a ideia central do programa, mas sim, uma consequência esperada e desejada. O apoio do gestor foi muito importante para a implantação do programa. A valorização da mudança de hábitos para uma vida	Estratégia/ contexto histórico – foco do programa.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
que era o Lippi na época, com a história da vida saudável, que foi um trampolim a mais para implantação – foi uma ajuda grande. Com certeza...	foi um trampolim a mais para implantação – foi uma ajuda grande. Com certeza...	saudável preconizada pelo secretário da saúde contribuiu para a implantação.	
José Manoel: Como as equipes foram capacitadas?			
G3: Na época... não foi de uma forma... foi por grupos de profissionais, não tenho uma lembrança precisa Zé Manoel, mas, se não me engano foi por grupos de profissionais de cada área de abrangência, você pegava um grupo de profissionais discutia o protocolo, como ia ser implantado, de que forma ia ser feito os retornos, tudo, e cada um dava uma opinião. Na minha opinião na época teve a resistência dos profissionais eles encararam como um trabalho a mais que eu me lembro houve um pouco de resistência, alguns foram resistentes a implantação – com certeza.	... foi por grupos de profissionais,... ... você pegava um grupo de profissionais discutia o protocolo, como ia ser implantado, de que forma ia ser feito os retornos, tudo, e cada um dava uma opinião. ... na época teve a resistência dos profissionais eles encararam como um trabalho a mais que eu me lembro houve um pouco de resistência, alguns foram resistentes a implantação – com certeza.	As equipes foram capacitadas em grupos (nesse caso, grupos divididos por formação profissional) Procurou-se ouvir as opiniões das equipes. Houve resistência dos profissionais – aumento da carga de trabalho. (Na minha opinião, se isso ocorreu provavelmente houve falhas na sensibilização dos profissionais e no formato proposto na elaboração do programa que levou as pessoas a ficarem mais resistentes)	Estratégia contexto histórico – capacitação das equipes
José Manoel: E como é que vocês enfrentaram essa resistência?			
José Manoel: Você acha que a resistência deles se dá pelo trabalho de preencher os impressos do programa ou tem mais coisas?			
G2: Mostrando que num tinha volta, tinha que ser feito, tinha que ser feito principalmente por causa disso, na... na.. no sentido de você minimizar o... a evolução dessas doenças nas complicações, que e... você segurar o teu paciente. Queira ou não queira, o fato dele ta cadastrado no programa com carteirinha com tudo, fazia com que o paciente tivesse um pouquinho mais de responsabilidade no sentido de ajuda, e isso a gente teve que fazer mais ou menos dissidentes que não queriam muito, que duvidavam do processo. Mostrando, mostrando, mostrando... e com a implantação do programa, do Hiperdia mesmo, a implantação do programa do ponto de vista de informatização aí a coisa já pegou melhor que aí se tinha como mostrar a evolução, o cadastramento, cada vez se pegava um centro de saúde que não tava cadastrando, se ia atrás por que não estava cadastrado, e aí se via que tinha fuga, eram outros médicos mais resistentes que não queriam preencher aquela ficha... hoje, uma parte das fichas é aquela ficha branca que devia ser completa, com palpação, tudo, ainda não é preenchida, não é preenchida... essa eu acho que uma boa dica é pegar os alunos de quarto ano, e fazer, pegar os pacientes que tavam lá e esses alunos ir preenchendo... é um bom treinamento para eles, mas os médicos abriram mão do preenchimento dessa ficha que teoricamente seria importante, mas, para preencher uma ficha dessa teria que diminuir 2 ou 3 atendimentos, para cada ficha dessa, seria um exame muito mais completo e essa ficha é desde aquela época, já tinha, é a ficha completa.	Mostrando que num tinha volta, tinha que ser feito, ... no sentido de você minimizar o... a evolução dessas doenças nas complicações, que e... você segurar o teu paciente. ... cadastrado no programa com carteirinha com tudo, fazia com que o paciente tivesse um pouquinho mais de responsabilidade no sentido de ajuda,... ... teve que fazer mais ou menos dissidentes que não queriam muito, que duvidavam do processo. ... e com a implantação do programa, do Hiperdia mesmo, a implantação do programa do ponto de vista de informatização aí a coisa já pegou melhor que aí se tinha como mostrar a evolução, o cadastramento, cada vez se pegava um centro de saúde que não tava cadastrando, se ia atrás por que não estava cadastrado, e aí se via que tinha fuga, eram outros médicos mais resistentes que não queriam preencher aquela ficha... ... hoje, uma parte das fichas é aquela ficha branca que devia ser completa, com palpação, tudo, ainda não é preenchida, não é preenchida... ... mas os médicos abriram mão do preenchimento dessa ficha que teoricamente seria importante, mas, para preencher uma ficha dessa teria que diminuir 2 ou 3 atendimentos, para cada ficha dessa, seria um exame muito mais completo e essa ficha é desde aquela época, já tinha, é a ficha completa.	Para reduzir a resistência foi argumentado com os profissionais: 1) Que não haveria volta... 2) Que o programa era bom para o paciente (reduziria complicações) 3) O cadastro do paciente no programa iria aumentar o autocuidado (responsabilização) Essa argumentação foi feita com os profissionais que eram mais resistentes A informatização para o controle do paciente e o cadastramento (programa "Hiperdia") facilitou "o mapeamento" das pessoas mais resistentes. Hoje, uma parte das fichas é aquela ficha branca que devia ser completa, com palpação, tudo, ainda não é preenchida por alguns profissionais. A ficha, apesar de importante, demora para ser preenchida pelo grande número de informações e não dá tempo e parece que não houve disponibilidade de maior tempo para o preenchimento. Para preencher essa ficha o médico deve examinar o paciente, palpar abdome, medir pressão com o paciente sentado, em pé e deitado, e outros exames que tomam tempo – acho que isso esbarra em vários fatores como o não entendimento da importância dos achados no exame físico, não sabe como fazê-lo, pouco	Estratégia/contexto histórico – resistências.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>aquela época, já tinha, é a ficha completa.</p> <p>Eu acho que em primeiro lugar pelo trabalho que ia dá e não ia ser negociado uma folga a mais no atendimento dos outros pacientes – em primeiro lugar. Em segundo lugar, muitos deles eu acho que tinham um pouco de receio – eu acredito nisso – pouco de receio de se expor, de fazer coisa errada, lá seria uma exposição do saber ou não saber um exame clínico, entendeu? Então...</p>		compromisso com resultados, pouco tempo para o atendimento, etc.	
José Manoel: Tem havido capacitações sistemáticas, atualizações?			
<p>G2: Do Hiperdia, da hipertensão e do diabetes sim, em cima desses pontos não, mas, houve a videoconferência para todos os médicos da rede, tudo, feita não pela prefeitura, mas feita pelo ministério da saúde no sentido das complicações principalmente a complicação renal, as complicações vasculares, teve um apoio, mas não tá tendo assim uma renovação de idéias, troca de idéias, troca de informações, um fórum onde as pessoas podem discutir o captopril dando tosse, "quantos você tem? Quantos você têm? Porque que acontece tá..." sabe, uma troca de informações, aí vai o meu ponto de vista e vale para prefeitura e para faculdade, sem por a vaidade no meio, onde você só cresceria com algumas opiniões de uns, a opinião de outros, coisas que são vistas. Eu não tenho explicação para isso mas de repente aparece alguém para esse fórum e relata: "eu vi assim, assim, assim...". Isso não existe. Eu acho que dava para ser implantado, na faculdade existe já a reunião anátomo-clínica, mas, parece que ela não anda e aí eu acho que é por culpa dos profissionais, os profissionais acabam... aqueles que gostam de ouvir, falar e dar opinião às vezes eles ficam inibidos por outros que se acham donos de todo poder do saber.</p>	<p>Do Hiperdia, da hipertensão e do diabetes sim,...</p> <p>... houve a videoconferência para todos os médicos da rede, tudo, feita não pela prefeitura, mas feita pelo ministério da saúde no sentido das complicações principalmente a complicação renal, as complicações vasculares...</p> <p>... mas não tá tendo assim uma renovação de idéias, troca de idéias, troca de informações, um fórum onde as pessoas podem discutir o captopril dando tosse, "quantos você tem?..."</p> <p>Eu acho que dava para ser implantado, na faculdade existe já a reunião anátomo-clínica, mas, parece que ela não anda e aí eu acho que é por culpa dos profissionais, os profissionais acabam... aqueles que gostam de ouvir, falar e dar opinião às vezes eles ficam inibidos por outros que se acham donos de todo poder do saber.</p>	<p>Não houve sobre o Hiperdia, hipertensão e diabetes. – Somente sobre complicações renais e vasculares, porém, não desenvolvidas pela prefeitura – foram as videoconferências do Ministério da Saúde. A prefeitura apoiou essa estratégia.</p> <p>Faltam fóruns de discussão e troca de experiências entre os médicos da rede. Dá para fazer como faz a faculdade (Reuniões Anátomo-Clínicas), mas, tem que ser bem conduzido o processo para que o aproveitamento seja adequado.</p>	Estratégia/ contexto histórico – capacitações sistemáticas
José Manoel: Você ficou na secretaria da saúde durante um período logo depois que implantou...			
G2: Uns três... não um pouco mais... depois que implantou é... quatro anos e meio.			
José Manoel: Daquela programação inicial, como era feito o treinamento dos médicos recém contratados e que ainda não haviam participado do treinamento?			
<p>G2: Espera um pouquinho, você está falando naquela época? Eles tinham um período de uma semana de adaptação onde era falado muita coisa da parte administrativa, das situações e depois conforme eles iam entrando no transcorrer do tempo eles eram chamados para explicar como era o programa mas nunca era uma coisa assim que eu possa falar que era uma senhora... uma apresentação... pra aquele indivíduo, para chegar sabendo, ele ia aprendendo o programa por conta própria mesmo aplicando o que ele já sabia.</p>	<p>... um período de uma semana de adaptação onde era falado muita coisa da parte administrativa, das situações e depois conforme eles iam entrando no transcorrer do tempo eles eram chamados para explicar como era o programa mas nunca era uma coisa assim que eu possa falar que era uma senhora... uma apresentação... pra aquele indivíduo, para chegar sabendo, ele ia aprendendo o programa por conta própria mesmo aplicando o que ele já sabia.</p>	<p>A capacitação aos médicos recém contratados não era efetiva – eles tinham que aprender no dia a dia.</p>	Estratégia/ contexto histórico – capacitações sistemáticas
José Manoel: Naquela época também, e agora trabalhando como clínico, você pode me dizer se existia ou existem mecanismos de monitoramento do trabalho dos clínicos frente aos programas?			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>G2: Uma resposta que me dão é que... os teus pacientes morrem menos que os do fulano "X", por que será? Eu to dando um exemplo, seria uma resposta para mim, aquele paciente que você mandou com suspeita de enfarte foi pro hospital e morreu – não tenho essa resposta se ele morreu – eu não tenho retorno do que tá acontecendo. Um novo esquema que eu tenho implantado para alguns pacientes estudo... não tenho esse retorno, eu acredito que ó... a prefeitura pode até ter esse retorno assim em termo do geoprocessamento mostrar, mostrar onde tá, da onde tá internando mais, nós não temos esse retorno não, com certeza.</p>	<p>... aquele paciente que você mandou com suspeita de enfarte foi pro hospital e morreu – não tenho essa resposta se ele morreu – eu não tenho retorno do que tá acontecendo...</p> <p>... a prefeitura pode até ter esse retorno assim em termo do geoprocessamento mostrar, mostrar onde tá, da onde tá internando mais, nós não temos esse retorno não, com certeza.</p>	<p>Não existia monitoramento – a prefeitura tem a informação e não usa para monitorar – não existe feedback.</p>	<p>Estratégia/ Monitoramento.</p>
<p>José Manoel: Existe canal de comunicação entre os médicos e as equipes de nível central para responder dúvidas ou algo mais? Você sente isso como médico?</p>			
<p>Quando você fala é... do médico do Centro de Saúde com o pessoal da prefeitura – NÃO – não sinto. E é difícil. Eu sinto dificuldade. Eu que fui do lado de lá e de repente vem uns impressos, pô, os caras num avaliaram para fazer, que nem, tem alguns impressos que eles tiraram coisas que a gente usa pô, furosemida, nifedipina, acabaram com os itens e aonde tinha um espaço largo diminuíram e para botar um número um espaço, então lá em cima ele escreve todas as complicações e dá um espaço desse tamanho e fica um impresso pouco operacional, você entendeu? Pouco operacional, isso poderia ser mais estudado, com certeza, trocar idéia, mas, não tem essa troca não. Eu acho que não tem e aquela mudança fatal era assim: 1 era hidroclorotiazida, 2 furosemida, propranolol 3, 4 não me lembro o que que é, 5 captopril, era assim. De repente eles mudaram, 1 hidroclorotiazida, 2 furosemida, 3 captopril e quem não prestava a atenção na passagem de impressos para a outra ele olhava... tá tomando 3, então tá tomando propranolol. Ou então invertia captopril com propranolol. Poxa, isso aconteceu de monte... de monte... e deve ter acontecido em todos centros de saúde – era o tipo da coisa que não podia ter acontecido, devia ser avaliado antes qual seria a consequência disso, ter passado prás pessoas, "ó... vai entrar uma sequência...". Não tem e por isso eu reforço, não tem essa troca de... de... opinião. É assim... "mas se convocam os médicos não vão...". Não vão também... mas então, fazer que nem você está fazendo ó... dá um prontuário prum indivíduo preencher o que ele acha – ele faz – pelo menos a grande maioria faz – mas é um ponto que eu acho que seria um ponto importante – uma troca maior com quem tá lá no</p>	<p>... do médico do Centro de Saúde com o pessoal da prefeitura – NÃO – não sinto.</p> <p>Eu sinto dificuldade.</p> <p>... Eu que fui do lado de lá e de repente vem uns impressos, pô, os caras num avaliaram para fazer, que nem, tem alguns impressos que eles tiraram coisas que a gente usa pô, furosemida, nifedipina, acabaram com os itens e aonde tinha um espaço largo diminuíram e para botar um número um espaço, então lá em cima ele escreve todas as complicações e dá um espaço desse tamanho e fica um impresso pouco operacional, você entendeu?</p> <p>... Ou então invertia captopril com propranolol. Poxa, isso aconteceu de monte... de monte... e deve ter acontecido em todos centros de saúde – era o tipo da coisa que não podia ter acontecido, devia ser avaliado antes qual seria a consequência disso, ter passado prás pessoas, "ó... vai entrar uma sequência...".</p> <p>... Não tem e por isso eu reforço, não tem essa troca de... de... opinião. É assim... "mas se convocam os médicos não vão...". Não vão também... mas então, fazer que nem você está fazendo ó... dá um prontuário prum indivíduo preencher o que ele acha – ele faz – pelo menos a grande maioria faz – mas é um ponto que eu acho que seria um ponto importante – uma troca maior com quem tá lá no "front"</p>	<p>Não existe canal de comunicação entre o médico da UBS e a equipe central da secretaria municipal da saúde. Isso gera dificuldade para o médico que trabalha na ponta do sistema. Mudaram impressos que dificultou o trabalho do médico e gerou confusão no atendimento e não tem um canal de comunicação para avaliar isso. Não houve a preocupação de informar os médicos que o impresso seria mudado (layout) Não perguntou a opinião dos médicos para a alteração. Os médicos são pouco acessíveis também para participar de discussões (são convocados e não vão) Acha que seria um ponto importante – uma troca maior com quem tá lá no "front".</p>	<p>Estratégia/ aproximação com o médico da ponta do sistema.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
"front" guerra. Com certeza.			
José Manoel: A operacionalização do programa, como você sente, na época vocês criaram os impressos, as fichas de marcar os exames, ficha de exame físico, ficha de seguimento... Hoje você como médico da ponta você acha que isso te ajuda ou te atrapalha ter esses impressos como foram feitos?			
Eu acho que podia melhorar muito, tá havendo um impresso só de anotação de exame, esse impresso é um impresso principal que devia ficar inclusive cravado para não se perder no meio das folhas, eu hoje quando tem resultado de exames eu ponho na parte de evolução. Se eu quiser ver um outro exame eu me perco num monte de papel. Outra coisa, são quatro fichas de papel de evolução, se eu pegar um paciente de grau moderado, vai... um hipertenso moderado que ele passa comigo uma vez a cada seis meses, eu faço no primeiro espaço e depois a enfermagem preenche tudo aquilo, quando eu for vê, pô, passou 4, 5 6 passagens... essa parte vai ocupando espaço – eu conversei com a enfermagem – eu troco uma idéia e elas falaram que: “pô, se eu não por aí vocês não vão ver...” mas para elas o espaço podia ser mais curto... isso é uma coisa para tentar identificar um impresso que seja viável, que seja prático, e que quando eu bato o olho junto com o impresso, junto com o exame, eu sei o que acontece com o paciente. Dentro desse contexto ainda o... resultado dos exames, ainda, queira ou não queira, para hipertensão e diabetes um exame que chega com 20, 25 dias depois, ele perde a função. Ele chega um dia que tá 400, se eu for medicar esses quatrocentos e fizer o dextro tá 100. Talvez aí, e eu não gosto do jeito que é feito na UBS, lá o médico faz um dextro na hora que ele vem, mesmo que ele tenha tomado um café com leite. Para mim é dextro de jejum ou pelo menos umas quatro horas que ele comeu – dizem que depois de umas duas horas já seriam suficientes. Eu gosto do dextro de manhã, picado, bonitinho, hoje em dia o limite de erro é pequeno e você teria uma coisa mais real e eu faço isso por conta, nas terças feiras que eu vou de manhã tem um monte daqueles pacientes encrenca eles vão lá e fazem isso.	Eu acho que podia melhorar muito, tá havendo um impresso só de anotação de exame, esse impresso é um impresso principal que devia ficar inclusive cravado para não se perder no meio das folhas, eu hoje quando tem resultado de exames eu ponho na parte de evolução. Se eu quiser ver um outro exame eu me perco num monte de papel. ... ele passa comigo uma vez a cada seis meses, eu faço no primeiro espaço e depois a enfermagem preenche tudo aquilo, quando eu for vê, pô, passou 4, 5 6 passagens... essa parte vai ocupando espaço – eu conversei com a enfermagem – eu troco uma idéia e elas falaram que: “pô, se eu não por aí vocês não vão ver...” mas para elas o espaço podia ser mais curto... ... tentar identificar um impresso que seja viável, que seja prático, e que quando eu bato o olho junto com o impresso, junto com o exame, eu sei o que acontece com o paciente. ... diabetes um exame que chega com 20, 25 dias depois, ele perde a função. ... faz um dextro na hora que ele vem, mesmo que ele tenha tomado um café com leite. Para mim é dextro de jejum ou pelo menos umas quatro horas que ele comeu – dizem que depois de umas duas horas já seriam suficientes.	Precisa melhorar muito a utilização dos impressos – o entrevistado apesar de ter implantado e defender o uso da folha de anotação dos resultados de exames, não a utiliza – marca o resultado na folha de evolução. O impresso de evolução do paciente deveria ser adaptado com espaços diferentes para consultas médicas e da enfermagem. O impresso ideal deveria permitir que os profissionais pudessem acompanhar a evolução dos pacientes de forma rápida – “num bater de olhos”. Não adianta ter um impresso adequado se o resultado do exame demora para chegar até o médico. As demoras nos resultados dos exames são compensadas com a realização de dosagem da glicose capilar com fitas reagentes, mas, não existe um protocolo para isso na UBS – cada médico faz de uma forma.	Estratégia – impressos – folhas de seguimento. Problema: demora no resultado de exames. Problema: não padronização para realização do de “Dextostics”
José Manoel: O que você faria de forma diferente do que tem sido feito? Você participou de todo o processo de construção desse programa que está rodando... então hoje, se fosse jogado na sua mão... se eu falasse: G2, faça de novo o programa como você faria? O que você faria de forma diferente?			
G2: Primeira coisa: escolheria os caras de bom papo, escolheria projeções que existem com desenhos, tudo, e investiria nas palestras, eu investiria nas palestras... Para o paciente, essa é a primeira coisa, palestra de 40 minutos, mais onde ele teria que passar pela palestra de hipertensão, poderia ser até hipertensão e diabetes, tem muitos sintomas, uma palestra de cigarro, palestra de	... escolheria os caras de bom papo, escolheria projeções que existem com desenhos, tudo, e investiria nas palestras, eu investiria nas palestras... ... eu investiria em palestras e depois, por que o retorno que to tendo com meus pacientes, a maior parte deles, eles comentam muito na palestra por que depois da palestra você joga neles a responsabilidade para ele – ele não	Mapeamento dos profissionais com perfil para trabalhos de grupo e investiria nesta estratégia (“palestras”) – investiria em dar suporte para isso. Novos protocolos com a possibilidade do não cumprimento do mesmo por parte dos médicos mediante justificativa e responsabilização dos	Estratégia – Propostas de melhorias (trabalho com grupos, protocolos de tratamento e seguimento), disponibilidade de equipamentos nas UBSs.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>caminhada, tem todos investimentos, eu investiria em palestras e depois, por que o retorno que to tendo com meus pacientes, a maior parte deles, eles comentam muito na palestra por que depois da palestra você joga neles a responsabilidade para ele – ele não pode falar que ele é ignorante no assunto, aí você tem uma igualdade – eu investiria muito na palestra – investiria em protocolos aonde eu daria a liberdade pro indivíduo sair, mas se ele sair e alguma coisa acontecer ele vai me explicar por que saiu – se o médico sair do protocolo de atendimento deve justificar – existem situações que você vai sair mesmo, o protocolo não fica adequado a aquele tipo de paciente, então tudo bem – isso também faria – e alguns protocolos – bom – isso depois eu falo para você... é... alguns protocolos que o médico tá usando um protocolo muito antigo, e principalmente nesses casos, o que que eu faço com um indivíduo com 500 de glicemia, chega no centro de saúde com 500 de glicemia, pouca sintomatologia, hoje falei com a enfermeira, tava desesperada, a Ana Cristina – “pô... o Dr. mandou dar alta para casa, fez sub cutâneo insulina e mandou embora para casa... eu tive medo de mandar para casa...”. Isso é uma coisa que também tem que ter... esse tipo de coordenação de equipe. “Dr. você quer mesmo...” – ter essa possibilidade e o Dr. explicar o porque está mandando embora e assumir a conduta dele – isso que eu falei – “você marque que o médico Dr. tal mandou...”. O que que seria bom para esse indivíduo? Ligar um soro fisiológico? Endovenoso a insulina, 10 unidades – espera uma hora – mais 10 unidades quando chegar 200 ou 300 você manda ele embora para casa? Não existe isso – cada um tá fazendo do jeito que quer... porque, queira ou não queira, dependendo do nível dos médicos que tem e da consciência do paciente ele vai parar. Hoje a UBS tem oxímetro digital e tem o eletrocardiograma, venho fazendo eletrocardiogramas maravilhosos e isso é uma mão na roda. Ter esses equipamentos para esse tipo de programa – eu acho maravilha isso daí, mas, a palestra, esses protocolos bem localizados... Solicitações de exames, isso eu sempre falava, falava, falava, falava, então o laboratório tem que entender que tem um carimbo pô... se faz blocos de carimbo, pô, isso facilita não se perde muito tempo preenchendo, tem que ter essas coisas, “mas aí pede demais”, de qualquer jeito pede demais – o pior é pedir de menos – o que é pior – se</p>	<p>pode falar que ele é ignorante no assunto, aí você tem uma igualdade – eu investiria muito na palestra... ... – investiria em protocolos aonde eu daria a liberdade pro indivíduo sair, mas se ele sair e alguma coisa acontecer ele vai me explicar por que saiu – se o médico sair do protocolo de atendimento deve justificar – existem situações que você vai sair mesmo, o protocolo não fica adequado a aquele tipo de paciente, então tudo bem – isso também faria... – e alguns protocolos... ... o Dr. mandou dar alta para casa, fez sub cutâneo insulina e mandou embora para casa... eu tive medo de mandar para casa...”. Isso é uma coisa que também tem que ter... ... Não existe isso – cada um tá fazendo do jeito que quer... porque, queira ou não queira, dependendo do nível dos médicos que tem e da consciência do paciente ele vai parar. .. Hoje o Nova Sorocaba tem oxímetro digital e tem o eletrocardiograma, venho fazendo eletrocardiogramas maravilhosos e isso é uma mão na roda. Ter esses equipamentos para esse tipo de programa – eu acho maravilha isso daí, mas, a palestra, esses protocolos bem localizados... Solicitações de exames,... ...então o laboratório tem que entender que tem um carimbo pô... se faz blocos de carimbo, pô, isso facilita não se perde muito tempo preenchendo, tem que ter essas coisas, “mas aí pede demais”, de qualquer jeito pede demais – o pior é pedir de menos – o que é pior... e tá um ano e meio sem pedir nada... ...que tem que ser feito algumas coisas, um padrão de primeiro atendimento, depois, um padrão de acompanhamento, quais exames que eu acompanho, como que eu vou tratar o hipotireoideu... só com o TSH, será que só ele de controle é suficiente?... ... esses protocolos ficam muito solto... ... Benzetacil de 3 em 3 dias, 10 injeções de Benzetacil de 3 em 3 dias... pô existe alguma coisa que me dê evidência que esse Benzetacil tem uma somação de... Então existem algumas situações que eu acho que o profissional faz por desconhecimento, não faz porque... faz por desconhecimento na época antiga fazia assim... hoje... não é...</p>	<p>profissionais pelos resultados desfavoráveis. Faltam alguns protocolos de conduta para alterações agudas dessas doenças e os médicos estão tomando condutas provavelmente sem evidências científicas da sua eficácia. A disponibilidade de equipamentos na própria UBS como oxímetros de pulso e aparelhos de Eletrocardiograma ajudam. Hoje, pela dificuldade de preencher os pedidos de exame o médico se utiliza de artifícios como confecção de carimbos. Esse processo precisa ser melhorado. A prefeitura “dificulta” a solicitação de pedidos de exame para reduzir a solicitação excessiva, porém, não pedir exames é pior. Dá muito trabalho solicitar exames e alguns colegas deixam de fazê-lo para não ter trabalho. Deve ser elaborado também um protocolo para saber quais exames devem ser pedidos para monitorar doenças de alta prevalência como o hipotireoidismo. Deve ser elaborado também um protocolo para o tratamento das doenças de alta prevalência como o hipotireoidismo. Alguns médicos estão tomando condutas sem evidências científicas devido à falta de protocolos (não sei também se existissem protocolos se eles seriam seguidos!)</p>	

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>pega um diabético lá que de vez em quando passa e tá um ano e meio sem pedir nada, então eu acho que tem que ser feito algumas coisas, um padrão de primeiro atendimento, depois, um padrão de acompanhamento, quais exames que eu acompanho, como que eu vou tratar o hipotireoideu... só com o TSH, será que só ele de controle é suficiente? Para esses casos é suficiente, não preciso pedir T4 nada, na maior parte dos casos... mas se tem que vê pô... esses protocolos ficam muito solto, é o que a Magali ...</p> <p>... Benzetacil de 3 em 3 dias, 10 injeções de Benzetacil de 3 em 3 dias... pô existe alguma coisa que me dê evidência que esse Benzetacil tem uma somação de... Então existem algumas situações que eu acho que o profissional faz por desconhecimento, não faz porque... faz por desconhecimento na época antiga fazia assim... hoje... não é...</p>			
<p>José Manoel: Mudando um pouquinho de assunto: Como você gostaria de receber atualizações, qual seria o formato, em que horário? Com qual frequência?</p> <p>José Manoel: Você ache que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para se dedicar a atualizações com Educação à Distância?</p>			
<p>G2: Olha, quem tá respondendo é o Dr. G2, se fosse através de DVD ou vídeo, para mim seria maravilhoso, para mim seria maravilhoso! Eu uso muito algumas coisas, mas não é... assim das diretrizes, aquele DVD das diretrizes, mas assim, novas coisas e depois disso daí, que daria um endereço, uma situação que você pudesse fazer contato de algumas dúvidas que você criou nessa situação, senão não adianta...</p> <p>[José Manoel: Como educação à distância?]</p> <p>É, você recebe e depois tem chance de tirar as dúvidas, não precisa ter a resposta na hora, mas, que ele me dê a respostas... por que que acontece isso... por que que acontece assim... medicamento tal não pode usar...</p> <p>Eu vou dizer uma coisa para você por experiência própria... vou citar o Enéas Carneiro... aquele curso dele é uma coisa que tinha de mais maravilhosa de eletrocardiograma, mas, se você não tivesse o contato contínuo com o eletrocardiograma você perdia o teu ensinamento... então, talvez eu tô numa utopia, mas, se dentro dessa a... como se diz... essas atualizações você tivesse depois assim, uma série de perguntas, uma série de perguntas de situações de emergência de urgência ou só de Centro de Saúde, tal, que pudesse responder e ninguém ia te avaliar, que depois que você fizesse tudo vinha as respostas e você se auto avaliaria. Eu, Dr. G2, ia adorar! E eu acho que isso me acrescentaria muito... muito, muito... Dr. G2. Não sei os outros.</p> <p>... , ele tá se dedicando a uma atualização profissional...</p>	<p>... através de DVD ou vídeo, para mim seria maravilhoso...</p> <p>... depois disso daí, que daria um endereço, uma situação que você pudesse fazer contato de algumas dúvidas que você criou nessa situação, senão não adianta...</p> <p>É, você recebe e depois tem chance de tirar as dúvidas,...</p> <p>... atualizações você tivesse depois assim, uma série de perguntas, uma série de perguntas de situações de emergência de urgência ou só de Centro de Saúde, tal, que pudesse responder e ninguém ia te avaliar, que depois que você fizesse tudo vinha as respostas e você se auto avaliaria. Eu, Dr. G2, ia adorar! E eu acho que isso me acrescentaria muito... muito, muito... Dr. G2. Não sei os outros.</p> <p>... , ele tá se dedicando a uma atualização profissional...</p>	<p>Através de DVD ou vídeo com possibilidade de tirar dúvidas depois.</p> <p>Um instrumento onde tivesse uma série de perguntas e respostas sem ser avaliado por uma terceira pessoa – seria autoavaliação.</p> <p>A atualização seria com foco pessoal e não para a instituição.</p>	<p>Estratégia/ Capacitação – educação continuada.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>Dr. G2. Não sei os outros. Ele não tá se dedicando a uma atualização da prefeitura, ele tá se dedicando a uma atualização profissional pessoal, eu acho que isso facilitaria a ele. Isso daria até um protocolo, uma disciplina de estudo, Zé, não tenho dúvidas disso.</p>			
<p>José Manoel: E agora para terminar, qual que é a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas de hipertensão e diabetes?</p>			
<p>G2: Acho que se a equipe for boa é fundamental. Se a equipe for boa! O que eu continuo falando e eu acho que isso daí eu sou chato demais, e sou um dos poucos: eu peso, eu meço pressão. Eu tenho brigado muito apesar que as enfermeiras atualmente do Centro de Saúde são muito boas, e elas tão concordando comigo, eu acho que o atendimento do técnico de enfermagem de medir a pressão, esse precisa de atualização e melhorar muito a técnica com aqueles estetoscópio a dois – ele vai medir junto comigo, junto com o médico, e quando ele souber que de repente vai ser pedido para ele justificar junto com o médico ele vai se apressar em achar a braquial em colocar certinho na posição, para fazer certo. E aí, não auscultou... não auscultou. Entre parênteses: “os estetoscópios são uma porcaria também”. Então, essa é uma desculpa que eles dão. Mas, do mesmo jeito que é uma porcaria para não chegar no dezoito, não pode ser tão bom para chegar no oito quando chego no onze com aquele aparelho que eu tenho – então aí tem chute. Chute de pressão que eu acho que isso que a gente tinha que embutir na cabeça – não escutou, ...não escutei. Hoje eu falei para uma paciente, peguei o braço direito dela, não consegui – fui pro esquerdo – aí eu consegui. Então... ter essa humildade de falar: não consegui pô! Não sou bom... O aparelho é ruim... Aí ele coloca o aparelho ao contrário – não é o aparelho que é ruim, ele que não sabe usar. A técnica que é ruim. Então aqueles aparelhos duplos eu acho que é fundamental por que na hora que o médico pega uma paciente que acabou de sair lá da pré consulta, 13x7 e chega com você 20x11, tem alguma coisa errado... tem alguma coisa errado, isso eu sou chato, por mais que eles falaram que mediram a pressão eu sempre confirmo com o meu. Isso é uma coisa pessoal minha, claro que se você tivesse uma equipe que você fechasse os olhos com a equipe, nossa, o valor disso em termos de tempo... é fundamental. Mas eu uso muito a equipe multiprofissional e as enfermeiras trocam comigo bem! Eu só tenho essa pendenga aí com a pressão. A pressão... não me acertei com elas ainda.</p>	<p>Acho que se a equipe for boa é fundamental. Se a equipe for boa! ... eu sou chato demais, e sou um dos poucos: eu peso, eu meço pressão. Eu tenho brigado muito apesar que as enfermeiras atualmente do Centro de Saúde são muito boas, e elas tão concordando comigo, eu acho que o atendimento do técnico de enfermagem de medir a pressão, esse precisa de atualização e melhorar muito a técnica com aqueles estetoscópio a dois... ... : “os estetoscópios são uma porcaria também”. Então, essa é uma desculpa que eles dão. Chute de pressão que eu acho que isso que a gente tinha que embutir na cabeça – não escutou, ...não escutei. ... por que na hora que o médico pega uma paciente que acabou de sair lá da pré consulta, 13x7 e chega com você 20x11, tem alguma coisa errado... Mas eu uso muito a equipe multiprofissional e as enfermeiras trocam comigo bem! Eu só tenho essa pendenga aí com a pressão. A pressão... não me acertei com elas ainda.</p>	<p>A equipe multiprofissional é fundamental desde que a equipe seja boa! Não confia no trabalho da equipe – acha que a equipe de técnicos de enfermagem precisa ser capacitada. Os estetoscópios ruins também contribuem com as falhas técnicas e servem de desculpa para as falhas técnicas. A equipe tem que ser capacitada para informar o valor correto e não ficar com receio de assumir quando não consegue medir a pressão arterial e não “chutar” um valor. Usa a equipe multiprofissional (tenho dúvidas se trabalha junto com a equipe ou utiliza a equipe como uma ferramenta e não como co-responsável pela clientela).</p>	<p>Avaliação/ Equipe multidisciplinar – dificuldades.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
ainda.			
José Manoel: As perguntas que eu tinha são essas, você quer fazer algum outro comentário, alguma colocação?			
<p>Eu acho que a prefeitura devia, dentro desse contexto de... do programa, tinha que olhar com mais carinho os medicamentos...</p> <p>Pô, ter mais um de escape vai... uma Valsartana, sei lá... um que não seja tão caro mas que você tenha um escape para dar... não tem isso. uma população que sofre dor de dessa 60, 80 – 90% toma Diclofenaco pô... Diclofenaco Sódico!</p> <p>É outra coisa que tem que ser pensado também nesse processo de operacionalização o que que vai por, o que não vai por... hoje estamos vivendo uma epidemia de problemas de tireóide, hipotireoidismo... pô! Traz o Puran! Pô se quer evitar a internação por causa das dislipidemias... tem que ter a Sinvastatina, tem que ter um Benzafibrato, é dado né, pô, mas é dado de uma forma tão complicada, tão complexa... o indivíduo tem que preencher um monte de papel, tem que ir uma vez por mês para pegar... pô isso só atrapalha... Tudo que complica impede a adesão do paciente pô.</p> <p>Outra coisa que aí tem... e não é tanto a parte de diabetes tudo... mas, vasodilatadores, um medicamento para varizes, que também tem um monte...</p> <p>Eu não vejo essa força política para ajeitar, e isso é muito mais barato, muito mais barato.</p>	<p>... Eu acho que a prefeitura devia, dentro desse contexto de... do programa, tinha que olhar com mais carinho os medicamentos...</p> <p>...Pô, ter mais um de escape vai... uma Valsartana, sei lá... um que não seja tão caro mas que você tenha um escape para dar... não tem isso. ...uma população que sofre dor de dessa 60, 80 – 90% toma Diclofenaco pô... Diclofenaco Sódico!</p> <p>É outra coisa que tem que ser pensado também nesse processo de operacionalização o que que vai por, o que não vai por... hoje estamos vivendo uma epidemia de problemas de tireóide, hipotireoidismo... pô! Traz o Puran! Pô se quer evitar a internação por causa das dislipidemias... tem que ter a Sinvastatina, tem que ter um Benzafibrato, é dado né, pô, mas é dado de uma forma tão complicada, tão complexa... o indivíduo tem que preencher um monte de papel, tem que ir uma vez por mês para pegar... pô isso só atrapalha... Tudo que complica impede a adesão do paciente pô.</p> <p>Outra coisa que aí tem... e não é tanto a parte de diabetes tudo... mas, vasodilatadores, um medicamento para varizes, que também tem um monte...</p> <p>Eu não vejo essa força política para ajeitar, e isso é muito mais barato, muito mais barato.</p>	<p>É preciso rever os medicamentos disponibilizados, não existe opção para o tratamento dos casos de hipertensão de difícil controle, a oferta de anti inflamatórios é prejudicial à hipertensão. Precisa ofertar medicamentos para outras doenças de prevalentes – varizes, hipotireoidismo e dislipidemias.</p> <p>Hoje a farmácia de alto custo tem uma burocracia que toma muito tempo do médico. Isso poderia ser evitado disponibilizando o medicamento. Além disso, reduz a adesão do paciente ao tratamento pela burocracia que ele tem que se submeter. Os custos seriam baixo, porém não vê “força política” para fazê-lo.</p>	<p>Avaliação / críticas – Medicamentos</p> <p>Avaliação e propostas de melhorias</p>
<p>G2: Uma outra coisa... voltando... que eu não coloquei: palestra com educador físico pô, eu não vu falar nem da assistente social porque se por assistente social todos nós, até dentro da nossa casa precisamos de assistente social, mas um educador físico... esse negócio da caminhada tem mais de cem pacientes que fazem com a Clélia, ela é uma abnegada. Mas precisa junto com ela uma pessoa que ensina a fazer alongamento, que brinque com o pessoal, que bote uma música naquela praça central... pô... é fundamental aprender a alongar... resolveria metade dos problemas...</p> <p>Porque só a caminhada melhora a parte cardiovascular e respiratória, mas não faz emagrecer e não faz tirar as dores e muita gente não vai caminhar por causa da dor, então alongamento... como é que tem que fazer... talvez, a prefeitura estar liberando alguns profissionais de acupuntura, coisas paralelas, vê outras coisas para ajudar! Agora Diclofenaco não! Cada vez que faço diagnóstico e tenho que passar Diclofenaco dói minha alma.</p>	<p>Uma outra coisa... voltando... que eu não coloquei: palestra com educador físico pô, eu não vu falar nem da assistente social porque se por assistente social todos nós, até dentro da nossa casa precisamos de assistente social, mas um educador físico... esse negócio da caminhada tem mais de cem pacientes que fazem com a Clélia, ela é uma abnegada. Mas precisa junto com ela uma pessoa que ensina a fazer alongamento, que brinque com o pessoal, que bote uma música naquela praça central... pô... é fundamental aprender a alongar... resolveria metade dos problemas... e muita gente não vai caminhar por causa da dor, então alongamento... como é que tem que fazer...</p>	<p>Seria importante acrescentar o educador físico à equipe multidisciplinar para orientar alongamento, aquecimento (considerando o foco na atividade física para uma vida saudável).</p> <p>Além do educador físico seria importante oferecer acupuntura e outras alternativas.</p> <p>Conscientizar os profissionais e a população de que diclofenaco deve ser proscrito para os hipertensos.</p>	<p>Avaliação – Equipe multidisciplinar</p> <p>Avaliação e propostas de melhorias</p>
<p>G2: Outra coisa que eu acho que tem que ser aprendido, pô, crise hipertensiva em PA não adianta você dar Lasix. Se não tiver estertor</p>	<p>Outra coisa que eu acho que tem que ser aprendido, pô, crise hipertensiva em PA não adianta você dar Lasix. Se não tiver estertor</p>	<p>Conduta no serviço de urgência e emergência para abordar a hipertensão arterial é inadequada.</p>	<p>Avaliação – críticas às condutas dos colegas</p> <p>Avaliação e</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
e não tem edema, pô, dá um Diempax. Deixa dormir e depois de meia hora a pressão despenca. Eles continuam dando, puxa, Lasix, Captopril e o indivíduo continua lá dentro – Pronto-Socorro só aumenta pô. Então são coisas que, que tem que trabalhar, e o profissional tem que entender que se ele tá lá, tem que dar o melhor dele, não pode tá lá para fazer nas coxas. Mas tem que fazer o melhor, pô. Não pode ser chutado.	e não tem edema, pô, dá um Diempax. Deixa dormir e depois de meia hora a pressão despenca. Eles continuam dando, puxa, Lasix, Captopril e o indivíduo continua lá dentro – Pronto-Socorro só aumenta pô. Então são coisas que, que tem que trabalhar, e o profissional tem que entender que se ele tá lá, tem que dar o melhor dele, não pode tá lá para fazer nas coxas. Mas tem que fazer o melhor, pô. Não pode ser chutado.	Falta compromisso por parte de alguns colegas.	propostas de melhorias
G2: Mais é isso daí – acho que o programa é muito bom e sempre nas minhas palestras eu elogio o governo – acho que é a única vez que eu elogio o governo com a história dos medicamentos nas farmácias populares, foi um ponto positivo pro governo, sem dúvida nenhuma. Muita gente que não tratava, com essa facilidade passou a tratar mais, se cuidar mais, tem a obrigação talvez de buscar o remédio, uma vez por mês, mas, vai buscar e trata, eu tenho controlado muito mais pressão. Agora não pode chegar o governo e faltar a parte governamental municipal, não, vai ter o programa do tabagismo, pô, hoje a gente manda o indivíduo praquela endereço e preenche um formulário e vai ser chamado só depois de um ano. É aquilo que eu falei, a adesão fica lá em baixo, não adianta fazer um programa, um programa é para uma cidade de 600.000 habitantes, não uma Araçoiaba da Serra. Fala: “Vou propor esse programa, todo mundo começa a ver e...” aí é desacreditado. Ônibus Azul: são coisas que eu falo que dá descrédito. A... o médico só chega às 10h, briga com todo mundo... esses lugares, Ônibus Azul, Ônibus Rosa, tem que ser a pessoa mais delicada, gente que trabalha gente... não pode ser gente casca grossa pô. Num dá para ser, e tá sendo né... e aí todo mundo ó... puxa o carro, então é isso daí Zé!	... acho que o programa é muito bom... ... única vez que eu elogio o governo com a história dos medicamentos nas farmácias populares, foi um ponto positivo pro governo, sem dúvida nenhuma. Muita gente que não tratava, com essa facilidade passou a tratar mais, tem a obrigação talvez de buscar o remédio, uma vez por mês, mas, vai buscar e trata, eu tenho controlado muito mais pressão. Agora não pode chegar o governo e faltar a parte governamental municipal, ... não, vai ter o programa do tabagismo, pô, hoje a gente manda o indivíduo praquela endereço e preenche um formulário e vai ser chamado só depois de um ano. ... não adianta fazer um programa, um programa é para uma cidade de 600.000 habitantes, não uma Araçoiaba da Serra. “Vou propor esse programa, todo mundo começa a ver e...” aí é desacreditado. Ônibus Azul: são coisas que eu falo que dá descrédito. A... o médico só chega às 10h, briga com todo mundo... esses lugares, Ônibus Azul, Ônibus Rosa, tem que ser a pessoa mais delicada, gente que trabalha gente... não pode ser gente casca grossa pô. Num dá para ser, e tá sendo né... e aí todo mundo ó... puxa o carro, então é isso daí Zé!	A oferta de medicamentos na farmácia popular é uma estratégia importante para o tratamento dessas doenças e tem contribuído com a adesão dos pacientes ao tratamento. É importante que não falte medicamentos. O acesso a programas estratégicos como o do controle do tabagismo tem que ser melhorado – ampliado. O dimensionamento da oferta de vagas nos programas deve ser proporcional ao tamanho da cidade. Se não oferece vagas suficientes desacredita o programa. Para trabalhar em programa estratégicos é preciso ter pessoas com perfil para não comprometer a credibilidade do programa.	Avaliação e de propostas melhorias

Análise da entrevista com G3:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: G3, o que você acha do atual programa de atendimento ao hipertenso e ao diabético existente na rede de atenção primária, o que você acha que está bom e o que poderia melhorar no programa atual?			
G3: Aumenta hoje absurdamente de volume e em 2015 as doenças crônicas serão mais que toda pediatria. Quinze por cento (15%) de toda a população de 2015 vai ser de maiores de 60 anos. Hipertensão e diabetes participa da maioria das	... o programa de hipertensão e diabetes é fundamental em qualquer planejamento que se pretende cuidar da saúde do adulto, principalmente dos adultos mais idosos. ... Hipertensão e diabetes participa	Importância do programa pela alta prevalência das doenças, pela taxa de mortalidade e pelas incapacidades que elas causam. Quando foi implantado há	Avaliação do programa – falta mão de obra médica para executar. Pequeno resgate histórico.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
doenças crônicas com alta mortalidade e com curto período de incapacidade (até porque matam muito). E então o programa de hipertensão e diabetes é fundamental em qualquer planejamento que se pretende cuidar da saúde do adulto, principalmente dos adultos mais idosos. Como é na nossa rede? Hoje nós somos atropelados pela dificuldade de mão de obra médica disponível e necessidade de atendimento médico de patologias agudas. Eu tenho a impressão que vamos falar disto nas outras perguntas. Preliminarmente podemos dizer que quando os programas de hipertensão e diabetes foram instituídos há 20 anos atrás possuíam o mérito de ter mais mão de obra e menos população. O serviço público continua disponível para contratar essa mão de obra mas ela hoje não existe em lugar nenhum do Brasil. Hoje carecemos de profissionais médicos interessado em trabalhar na saúde pública.	da maioria das doenças crônicas com alta mortalidade e com curto período de incapacidade (até porque matam muito). ... Hoje nós somos atropelados pela dificuldade de mão de obra médica disponível e necessidade de atendimento médico de patologias agudas. ... Hoje nós somos atropelados pela dificuldade de mão de obra médica disponível e necessidade de atendimento médico de patologias agudas. ... Hoje carecemos de profissionais médicos interessado em trabalhar na saúde pública.	20 anos, o programa de atenção ao adulto dispunha de mais médicos que atualmente considerando a proporção médico X população alvo. Falta mão de obra médica para atender as doenças crônicas na rede pública de Sorocaba. A prefeitura tem se esforçado para contratar, mas não há interesse por parte dos médicos. A necessidade de atendimento das demandas agudas contribuem com a piora desse quadro.	
José Manoel: O que você acha que está bom e o que poderia melhorar no atual programa?			
G3: ... É maravilhosa a visão SUS, contemplando a integralidade e a equidade. Por estes princípios, se não se pode dar tudo para todo mundo, existe a visão de que é preciso dar mais para quem precisa mais. Os programas instituídos têm este mérito. UBS está preparada para sentir a diferença e acolher melhor os pacientes que precisam mais... o programa do acolhimento tem o poder de filtrar essa necessidade e então isso é maravilhoso e isso evoluiu muito e muito bem. O fato de estarem disponíveis na rede a maioria dos medicamentos de hipertensão e diabetes é muito bom. Boa parte dos que não existem, agora estão disponíveis no Programa Saúde Não Tem Preço do governo federal, nas farmácias, e sem custo para o paciente. Os pacientes com diabetes e/ou hipertensão podem lançar mão deste programa se usarem medicamentos específicos. Há muito que melhorar? Com certeza. E devemos iniciar pelo treinamento dos profissionais da rede. Mas não temos feito isto. Não é que não temos sentido esta necessidade. Na verdade ele não tem sido possível. Não temos tido a oportunidade de reunir os profissionais, principalmente os médicos, porque a gente tem se perdido na necessidade médica do dia a dia nas UBSs de cada lugar da cidade.	... integralidade e a equidade. Por estes princípios, se não se pode dar tudo para todo mundo, existe a visão de que é preciso dar mais para quem precisa mais. ... o programa do acolhimento tem o poder de filtrar essa necessidade e então isso é maravilhoso e isso evoluiu muito e muito bem. ... estarem disponíveis na rede a maioria dos medicamentos de hipertensão e diabetes é muito bom... dos que não existem, agora estão disponíveis no Programa Saúde Não Tem Preço... ... Há muito que melhorar? Com certeza. E devemos iniciar pelo treinamento dos profissionais da rede. Mas não temos feito isto. Não é que não temos sentido esta necessidade. Na verdade ele não tem sido possível. ... porque a gente tem se perdido na necessidade médica do dia a dia nas UBSs de cada lugar da cidade.	A existência do programa do adulto é uma forma de se fazer cumprir com os princípios do SUS da equidade e da integralidade. A estratégia do "Acolhimento" contribui também com esses princípios. Existe um esforço da esfera pública para disponibilizar os medicamentos para o tratamento dessas doenças. O programa precisa de melhorias. É preciso treinar os profissionais da rede básica e a prefeitura não tem feito isso, principalmente no caso dos médicos, porque a ação assistencial não pode parar para reunir os médicos e treiná-los. A equipe técnica do nível central fica muito ocupada na cobertura das escalas médicas das UBSs e isso desvia o foco que deveria estar na capacitação das equipes.	Processo de trabalho da equipe de nível central (comprometido pela falta de médicos)
José Manoel: Se você tivesse trabalhando na rede hoje como você gostaria de receber atualizações, em que formato, qual horário, com qual frequência?			
G3: Olha, a gente tem que caminhar se modernizando. Hoje não dá mais para levar informações em folhetos, cartazes ou mesmo cursos	Hoje não dá mais para levar informações em folhetos, cartazes ou mesmo cursos presenciais onde tem hora e dia marcados,	Pela dinâmica de vida dos profissionais médicos, os treinamentos presenciais são mais difíceis pela pouca	Como gostaria de receber atualizações.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>presenciais onde tem hora e dia marcados, professores com necessidade de estarem em algum lugar em dia e hora determinados. Com essa coisa maluca que ficou o trabalho médico onde cada um tem um horário, cada um faz uma determinada coisa em lugares tão diferentes para poder ganhar o seu pão de cada dia, temos que evoluir para o treinamento digital. Temos o Moodle que é uma ferramenta pública. Ele tem que entrar no nosso dia a dia. Temos que ter acesso a essa ferramenta que disponibiliza as informações na hora que o interessado puder, no momento particular de cada um. E a informática permite isso. O treinamento deve ser continuado e tem que ser digital. As dúvidas devem ser sanadas com troca de ideias em chat ou via e-mail disponibilizados pela própria ferramenta Moodle que permite isso. Se não evoluirmos para o treinamento digital vamos ficar para trás, porque cada dia mais cada um de nós tem menos tempo.</p>	<p>professores com necessidade de estarem em algum lugar em dia e hora determinados. ... que ficou o trabalho médico onde cada um tem um horário, cada um faz uma determinada coisa em lugares tão diferentes para poder ganhar o seu pão de cada dia, temos que evoluir para o treinamento digital. ... Temos o Moodle que é uma ferramenta pública. Ele tem que entrar no nosso dia a dia. Temos que ter acesso a essa ferramenta que disponibiliza as informações na hora que o interessado puder, no momento particular de cada um. E a informática permite isso. ... As dúvidas devem ser sanadas com troca de ideias em chat ou via e-mail disponibilizados pela própria ferramenta Moodle que permite isso.</p>	<p>disponibilidade de tempo (múltiplos empregos, plantões...). O "treinamento digital" seria a solução porque permitem o acesso ao treinamento quando for mais conveniente ao médico. Existem ferramentas que permitem ao médico o acesso à informação como o Moodle. Os avanços de informática contribuem. As dúvidas também devem ser sanadas com uso dessas tecnologias. (Na prática o colega defende o uso da EaD.)</p>	
<p>José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho, fora do expediente, para atualização, educação à distância?</p>			
<p>Acho que hoje o interesse pelo serviço público não tem sido dos maiores. A dificuldade que a gente tem tido para contratar mão de obra médica é uma prova disso. Não acredito que não existam médicos. O que existe é falta de interesse pelo nosso serviço. ...é possível criar motivos que façam melhorar o interesse. É preciso levar as pessoas a quererem aprender mais, a se dedicarem mais à saúde pública, porque a saúde pública é muito peculiar. Temos o intuito de atender a massa, a grande maioria das pessoas. Aquele especialista do quinto dedo do pé esquerdo é necessário mas apenas a uma pequena parcela da população. O especialista hoje tem alguns estímulos para estudar a especialidade dele. E eu acho que agente tem que criar esses estímulos para a saúde básica, saúde pública, para a grande massa e a gente não tem evoluído muito nesta missão. A remuneração por hora de trabalho, na minha opinião, não facilita o estímulo. A hora é igual para todos... para os que se dedicam e para os que não se dedicam. É preciso remunerar por efetividade, por resultados, como os países desenvolvidos têm feito. O sistema público da Inglaterra é um grande exemplo disso onde se tem um salário base e prêmios importantes pelos resultados que se alcançar, então, se houver o estímulo para se chegar no resultado vamos nos dedicar para alcançá-lo e vamos querer fazer isso</p>	<p>Acho que hoje o interesse pelo serviço público não tem sido dos maiores. A dificuldade que a gente tem tido para contratar mão de obra médica é uma prova disso. Não acredito que não existam médicos. O que existe é falta de interesse pelo nosso serviço. ...é possível criar motivos que façam melhorar o interesse. ... A remuneração por hora de trabalho, na minha opinião, não facilita o estímulo. A hora é igual para todos... para os que se dedicam e para os que não se dedicam. ... É preciso remunerar por efetividade, por resultados, como os países desenvolvidos têm feito.</p>	<p>Falta interesse dos médicos para trabalharem na prefeitura de Sorocaba. É possível despertar o interesse do médico pela área pública e motivá-lo a se aperfeiçoar. Quem procura se aprimorar deve ter uma remuneração diferenciada. É preciso remunerar de acordo com os resultados obtidos (o que seria um estímulo ao profissional buscar aperfeiçoar seu trabalho).</p>	<p>Capacitação do médico – desafios.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
bem. Realizar treinamentos faz parte de “fazer a coisa direito”.			
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses dois programas?			
<p>G3: Pois é... o atendimento multidisciplinar tem dado muito pano para manga. Muita conversa! Os médicos não dão conta de fazer tudo sozinho, é preciso dividir responsabilidades, é preciso chamar os profissionais de outras áreas para fazerem parte desse grande bem do ser humano que chama saúde. Mas também, é preciso ter muito cuidado para não deixar profissionais não médicos ocuparem o lugar que é exclusivamente do médico. Não dá para abrir mão do diagnóstico e do tratamento que são patognômicos do profissional médico. Então é preciso estimular a multidisciplinaridade, é preciso dividir responsabilidades, é preciso fazer com que a população entenda que existem outras maneiras de fazer saúde que não só a consulta médica. Mas é preciso garantir ao médico as coisas que são exclusivas da categoria. A saúde é tão multidisciplinar que talvez a principal disciplina seja a do indivíduo. Quero dizer: é disciplina “indivíduo” a responsável por 70% da saúde de todos nós. O médico não motiva ninguém. Motivação é pessoal. Abandonar o vício de fumar depende da motivação individual. O médico pode explicar, pode orientar, mas é preciso ter ações próprias para caminhar, para ter uma alimentação saudável, e isso depende exclusivamente do indivíduo.</p>	<p>... Os médicos não dão conta de fazer tudo sozinho, é preciso dividir responsabilidades, é preciso chamar os profissionais de outras áreas... ... é preciso ter muito cuidado para não deixar profissionais não médicos ocuparem o lugar que é exclusivamente do médico. ... A saúde é tão multidisciplinar que talvez a principal disciplina seja a do indivíduo. Quero dizer: é disciplina “indivíduo” a responsável por 70% da saúde de todos nós. O médico não motiva ninguém. Motivação é pessoal... ... Abandonar o vício de fumar depende da motivação individual. O médico pode explicar, pode orientar, mas é preciso ter ações próprias para caminhar, para ter uma alimentação saudável, e isso depende exclusivamente do indivíduo.</p>	<p>Dilema entre a ideia de não dar conta e precisar da ajuda de outros profissionais X perder espaço que seria exclusivo do médico para outras profissões. (fica claro que o entendimento aqui do entrevistado é focado no médico e os outros existem para ajuda-lo na tarefa – não é um atendimento interdisciplinar com foco em somar os saberes) O envolvimento do cliente com o seu tratamento é fundamental já que a mudança de hábitos é muito importante para abordar essas doenças. (Me parece que mesmo nessa abordagem o entrevistado não vê uma oportunidade de utilizar os saberes das outras profissões) “O problema é a clientela e não a abordagem”...</p>	Atendimento multidisciplinar.
José Manoel: Agora vamos mudar de papel! Você trabalhava na rede como clínico a partir de que ano? [G3: 91] Noventa e um... você é um médico “antigo” da rede... [risos] diga uma coisa para mim G3, você viveu aquele processo da implantação do atual programa olhando a “outra face da moeda”, você era médico da rede básica, qual foi a sua percepção do processo como um todo? Esqueça o seu lado de gestor do programa e agora me conta como você viveu isso no dia a dia nesse processo.			
<p>G3: Essa implantação do programa de hipertensão e diabetes do ano 2000 foi uma revolução. É... a gente partiu do nada e começou a sistematizar um atendimento que ocupava mais de 50% da agenda diária. É lógico que os colegas que tinham mais afinidade com a saúde pública usufruiu mais com a implantação desses programas. Era comum numa mesma UBS ter um médico clínico com 90% da sua agenda ocupada com programa e outro só com 30%, porque não se adaptava, não gostava daquele tipo de trabalho de ver sempre os mesmos clientes e falar a mesma coisa, repetir várias vezes num curto período de tempo a mesma história e os mesmos aconselhamentos. Mas, em 2000 foi uma revolução e os resultados apareceram de uma maneira extremamente evidente no número de internações por descompensação diabética, por infarto agudo do miocárdio, e complicações por doenças cardiovasculares.</p>	<p>... a gente partiu do nada e começou a sistematizar um atendimento que ocupava mais de 50% da agenda diária. ... os colegas que tinham mais afinidade com a saúde pública usufruiu mais com a implantação desses programas. ... numa mesma UBS ter um médico clínico com 90% da sua agenda ocupada com programa e outro só com 30%, porque não se adaptava,... ... de ver sempre os mesmos clientes e falar a mesma coisa, repetir várias vezes num curto período de tempo a mesma história e os mesmos aconselhamentos... ... Mas, em 2000 foi uma revolução e os resultados apareceram de uma maneira extremamente evidente no número de internações por descompensação diabética, por infarto agudo do miocárdio, e complicações por doenças cardiovasculares. ... Mas, como tudo que já</p>	<p>Antes do programa o atendimento não era sistematizado e ocupava mais de 50% da agenda. Quem era mais envolvido com saúde pública pode aproveitar melhor o programa. Alguns colegas não gostavam de atender pacientes programáticos e o trabalho na UBS acabava sendo dividido de acordo com o perfil do médico. O atendimento programático é repetitivo. O programa ao ser implantado logo deu impacto epidemiológico. Num primeiro momento o impacto foi grande, depois foi ficando mais lento porque o patamar de comparação já partia de um resultado “bom”. O programa hoje está num estágio onde a aceitação dele na rede já foi</p>	Contexto histórico – análise da situação anterior X atual.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>cardiovasculares. O impacto foi importante e os números mostraram com os anos que se seguiram. Mas, como tudo que já aconteceu, que já produziu os seus frutos, daí para frente o aperfeiçoamento é mais lento. É muito mais difícil depois de se ter conseguido grandes resultados conseguir pequenos resultado a partir daí porque a gente já parte de um resultado muito bom ou pelo menos um resultado muito melhor. Isso a gente vê também na mortalidade infantil. Apesar dos enormes esforços que já foram feitos pelo município e de já termos alcançado redução absolutamente significativa, pequenas reduções a partir de agora demandam grandes esforços. Em relação aos programas de diabetes e hipertensão hoje estamos nesse estágio onde o sistema já incorporou a necessidade do controle. Isso já passou a fazer parte do nosso dia a dia e agente tenta todo dia aperfeiçoar um pouquinho mais e às vezes e gente passa um pouco da mão porque querendo aperfeiçoar cria regras que às vezes complicam.</p>	<p>aconteceu, que já produziu os seus frutos, daí para frente o aperfeiçoamento é mais lento.... ... É muito mais difícil depois de se ter conseguido grandes resultados conseguir pequenos resultado a partir daí porque a gente já parte de um resultado muito bom ou pelo menos um resultado muito melhor. ... Em relação aos programas de diabetes e hipertensão hoje estamos nesse estágio onde o sistema já incorporou a necessidade do controle. Isso já passou a fazer parte do nosso dia a dia e agente tenta todo dia aperfeiçoar um pouquinho mais e às vezes e gente passa um pouco da mão porque querendo aperfeiçoar cria regras que às vezes complicam.</p>	<p>incorporada. As vezes pela vontade de melhorar ainda mais o programa, as equipes gestoras acabam criando regras que dificultam o processo de trabalho. (querem acelerar os resultados)</p>	
<p>José Manoel: Você, naquela época, passou por treinamentos dados pelo programa, começou pela equipe de enfermagem depois foi a parte médica. Como vocês viveram isso no centro de saúde?</p>			
<p>G3: Na minha terra a gente diz que não dá para fazer omelete sem quebrar o ovo. Eu sinto que em épocas passadas a gente tinha mais condição de abrir mão da mão de obra médica por um período grande em nome de um treinamento eficiente. Assim, um treinamento de uma semana de uma equipe inteira, abrindo mão da presença destes profissionais na unidade era muito mais fácil do que tem sido hoje. Temos tido muita dificuldade para tirar o profissional, principalmente o profissional médico. Temos treinado o corpo de enfermagem, os administrativos...até os coordenadores têm tido oportunidades de treinamento, na esperança de que os conhecimentos possam ser distribuídos quando estes profissionais retornam para as suas unidades. Mas isto não tem sido efetivo em relação aos profissionais médicos. O médico não tem saído, a gente não tem conseguido envolver o médico nesses treinamentos como se ele não fosse muito importante. Então, eu tenho a impressão que agente tem que assumir essa falta de mão de obra e ainda assim fazer treinamento, por que senão a gente vai ficar capenga, vai ficar manco. Não dá para treinar só os outros profissionais. É preciso entender que o médico tem que sair da linha de frente para treinar e nós não estamos conseguindo fazer isso sequer no momento da sua contratação.</p>	<p>... Eu sinto que em épocas passadas a gente tinha mais condição de abrir mão da mão de obra médica por um período grande em nome de um treinamento eficiente... um treinamento de uma semana de uma equipe inteira, abrindo mão da presença destes profissionais na unidade era muito mais fácil do que tem sido hoje. ... Temos tido muita dificuldade para tirar o profissional, principalmente o profissional médico. ... Mas isto não tem sido efetivo em relação aos profissionais médicos. ... Então, eu tenho a impressão que agente tem que assumir essa falta de mão de obra e ainda assim fazer treinamento, por que senão a gente vai ficar capenga, vai ficar manco. ... Não dá para treinar só os outros profissionais. É preciso entender que o médico tem que sair da linha de frente para treinar e nós não estamos conseguindo fazer isso sequer no momento da sua contratação.</p>	<p>O problema de falta de mão de obra médica no início do programa era menor e isso permitiu que fosse realizado um treinamento eficiente. Hoje o médico não tem recebido treinamento (outras categorias da UBS sim) porque não pode parar o atendimento para treiná-lo. É preciso tirar o médico da UBS para treinar, mesmo que para isso o atendimento fique comprometido, caso contrário, o programa vai ser prejudicado. O médico não tem sido treinado nem no momento da sua contratação (essa informação difere da falada pela G1 e pela Enf. G4).</p>	<p>Situação atual – treinamento e mão de obra.</p>
<p>José Manoel: O médico que entra não está tendo oportunidade de ter contato com o protocolo, com o programa de forma</p>			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
adequada?			
G3: Não. Ele é contratado pelo serviço e quando muito a gente entrega o material para ele estudar em casa. Houve até um tempo atrás um treinamento de entrada que era um treinamento com todas as áreas juntas e que ele supria muito a missão de transmitir para o profissional que estava entrando informações de como funciona a rede e quais são as características de cada atividade. Mas ainda faltava o treinamento separado da parte técnica médica que é muito importante. Quando houve, houve no sentido de explicar como é a rede, como funciona o sistema, como são os encaminhamentos, qual é a visão do SUS. Tudo isto é muito importante mas, ainda assim, faltava a visão técnica médica específica do programa em separado para o profissional que tem as suas peculiaridades.	... quando muito a gente entrega o material para ele estudar em casa. ... um treinamento de entrada que era um treinamento com todas as áreas juntas e que ele supria muito a missão de transmitir para o profissional que estava entrando informações de como funciona a rede e quais são as características de cada atividade. Mas ainda faltava o treinamento separado da parte técnica médica que é muito importante.	O médico que é contratado pela prefeitura (no momento que foi realizado essa entrevista) não estava passando por treinamento técnico sobre o programa do adulto.	Situação atual – treinamento.
José Manoel: Quando você passou pelo treinamento no ano 2000 foi uma semana de treinamento para o médico? José Manoel: Como era o treinamento, legal ou cansativo?			
G3: Eu não sei se não foi mais, mas foi um longo período que a gente se encontrava várias vezes, repetidas vezes num curto período de tempo. Uma imersão no treinamento para o acompanhamento de doenças crônicas. Você sabe que acumular muitos conhecimentos numa semana é sempre muito cansativo mas a gente tá acostumado a fazer isso. A gente quando vai num congresso também faz tudo numa semana e aprende muito. No treinamento de 2000 haviam entre uma palestra e outra umas dinâmicas de grupo para desestressar um pouco, para aliviar um pouco. Era relaxar e voltar pro estudo. Como eu disse, não dá para fazer omelete sem quebrar o ovo. Tem alguma coisa ruim também, mas o saldo é muito positivo.	... que a gente se encontrava várias vezes, repetidas vezes num curto período de tempo. Uma imersão no treinamento... Você sabe que acumular muitos conhecimentos numa semana é sempre muito cansativo mas a gente tá acostumado a fazer isso. No treinamento de 2000 haviam entre uma palestra e outra umas dinâmicas de grupo para desestressar um pouco, para aliviar um pouco. Era relaxar e voltar pro estudo. ... mas o saldo é muito positivo.	O treinamento foi de imersão no assunto. Foi cansativo – muito conteúdo em uma semana. Foram utilizadas dinâmicas de grupo para deixar menos cansativo. Apesar de cansativo o saldo foi positivo.	Treinamento no ano 2000
José Manoel: Você acha que existia na época a preocupação de se estabelecer um canal de comunicação entre o médico da ponta e o nível central?			
Não. [José Manoel: E hoje?] Também não, isso sempre foi muito ruim. Eu já passei, pelo tempo que estou no nível central, por várias tentativas de fazer esta aproximação e sempre esbarramos na velha dificuldade de RH. Numa destas tentativas terminamos numa maneira diferente de executar o trabalho. Dividimos a cidade em cinco colegiados e nesses colegiados, agora fisicamente mais próximo das unidades, fariamos a ponte com a administração central. Cinco áreas prioritárias com um representante de cada área de atenção à saúde em cada uma, aproximando a área meio da área fim. Isto ainda existe mas não funciona do jeito que foi planejado pois esbarra na quantidade de mão	... Também não, isso sempre foi muito ruim. ... por várias tentativas de fazer esta aproximação e sempre esbarramos na velha dificuldade de RH. ... Numa destas tentativas terminamos numa maneira diferente de executar o trabalho. Dividimos a cidade em cinco colegiados e nesses colegiados, agora fisicamente mais próximo das unidades, fariamos a ponte com a administração central. ... Isto ainda existe mas não funciona do jeito que foi planejado pois esbarra na quantidade de mão de obra disponível. ... Sinto que o programa de saúde do adulto até se envolveu nas atividades de outras áreas de atenção para fazer valer a ideia de	Não existe canal de comunicação entre os profissionais da ponta e o nível central da gestão. A necessidade de RH foi novamente a responsável (SIC). Estão usando a estratégia de dividir a cidade em regiões com o objetivo de aproximar-se mais dos profissionais da ponta. É preciso adequar a estratégia ainda com os recursos disponíveis. Na reestruturação do nível central os profissionais dos diversos programas se uniram como se fosse um 'nico grupo responsável por todos os programas –	Canal de comunicação e aproximação dos médicos.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>de obra disponível. Sinto que o programa de saúde do adulto até se envolveu nas atividades de outras áreas de atenção para fazer valer a ideia de que o representante do nível central deveria conhecer todas as áreas para levar uma informação de mais qualidade para a ponta. Mas as outras áreas não tiveram a mesma oportunidade em relação ao programa do adulto.</p> <p>Então eu sinto que a ideia dos colegiados é uma idéia boa, que é possível melhorar, mas que a quantidade de RH não tem sido suficiente para aquilo que se propôs inicialmente.</p>	<p>que o representante do nível central deveria conhecer todas as áreas para levar uma informação de mais qualidade para a ponta.</p>	<p>objetivo de se aproximar mais da rede. A falta de pessoal no nível central também tem sido uma barreira.</p>	
José Manoel: O que você faria de forma diferente do que tem sido feito hoje?			
<p>G3: Eu acho que nós já tentamos vários métodos. Criamos a figura do supervisor para fazer o intercâmbio com a rede e também não foi muito eficiente. Depois veio o colegiado que ficou barrado na mão de obra. Já fizemos vários planos de estímulo com é o GRATO – Gratificação por Responsabilidade nas Atividades e Trabalho Objetivo, que sequer foi instituído. Já fizemos um plano de gratificação por resultados, é... já fizemos um plano de trabalho com banco de horas; banco de consultas para que o profissional pudesse atender a toda a demanda com overbooking, mas assim, as coisas não têm andado.</p> <p>Acho que a gente não tá precisando mais de ideias novas. A gente está precisando pegar as que temos e ver o que é possível fazer. A gente não implantou efetivamente nenhuma delas. A gente já pensou, já estudou, ficamos mais de ano reunindo pessoas, grupos, eu acho que nós já temos um cabedal de informações necessárias para fazermos diferente. Agora, num precisa só pensar, temos que parar de pensar um pouco e pegar o que já está pensado! E executar um pouco o que está pensado. E... repito o bordão meu: "a gente tem tido algumas iniciativas... mas, nenhuma acabativa".</p>	<p>... Acho que a gente não tá precisando mais de ideias novas. A gente está precisando pegar as que temos e ver o que é possível fazer. A gente não implantou efetivamente nenhuma delas. A gente já pensou, já estudou, ficamos mais de ano reunindo pessoas, grupos, eu acho que nós já temos um cabedal de informações necessárias para fazermos diferente. Agora, num precisa só pensar, temos que parar de pensar um pouco e pegar o que já está pensado! E executar um pouco o que está pensado. E... repito o bordão meu: "a gente tem tido algumas iniciativas... mas, nenhuma acabativa".</p>	<p>Não precisa de idéias novas – já foi tudo muito discutido – é preciso avaliar o que é possível fazer e efetivamente por em prática. Falta ação.</p> <p>(Essa fala mostra a frustração de planejar, adaptar, readequar e efetivamente não ser possível implementar por várias dificuldades que paralisaram o grupo. Também mostra que ele entende que não deve vir pessoas "de fora" com idéias novas – o grupo já as tem – só não conseguiram por em prática)</p>	<p>Avaliação – o que deveria ser feito de forma diferente.</p>
José Manoel: Das perguntas que eu tinha, acabaram todas. Você gostaria de fazer mais alguma colocação, alguma contribuição?			
<p>G3: Então Zé, eu acho que essa última fala foi muito legal, por que eu acho que a gente já pensou muitas coisas, auxiliado por você. E quando você saiu da direção eu disse: "puxa, eu não sei como pude participar de gestão de saúde, por que eu participo disso há muitos anos, pública e privada, como eu pude fazer tudo isso sem ter aquelas informações de organização de idéias, de planejamento que a gente demorou mais de ano fazendo". Eu acho que até dois anos. Então... a gente se reuniu, a gente conversou e a gente se enriqueceu demais. Eu temo que aos poucos as pessoas que</p>	<p>... "puxa, eu não sei como pude participar de gestão de saúde, por que eu participo disso há muitos anos, pública e privada, como eu pude fazer tudo isso sem ter aquelas informações de organização de idéias, de planejamento que a gente demorou mais de ano fazendo"... a gente conversou e a gente se enriqueceu demais.</p> <p>... temo que aos poucos as pessoas que participaram disso vão embora sem que se possa dar efetivamente alguma coisa em troca para o serviço público.</p> <p>... as pessoas que ainda estão aqui ainda têm a memória dessa formação e que é possível junta-las</p>	<p>Foram realizadas várias oficinas para o planejamento das ações com utilização de informações epidemiológicas e capacitação das equipes gestoras.</p> <p>A rotatividade da equipe gestora pode ocorrer antes de ter retornado para o sistema o investimento em capacitação que receberam. É preciso retomar o aprimoramento do programa com as pessoas do nível central que foram capacitadas.</p>	<p>Avaliação</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
participaram disso vão embora sem que se possa dar efetivamente alguma coisa em troca para o serviço público. Acho que as pessoas que ainda estão aqui ainda têm a memória dessa formação e que é possível junta-las e fazermos diferente; mas é preciso ter vontade para terminar isso. E para isto acontecer depende de uma porção de outras coisas que não só da gerência, que não só dos líderes das equipes de programas. Eu acho que se pegarmos o conhecimento que temos e fizemos acontecer com os recursos necessários, acho que podemos melhorar muito.	e fazermos diferente; mas é preciso ter vontade para terminar isso. ... E para isto acontecer depende de uma porção de outras coisas que não só da gerência, que não só dos líderes das equipes de programas. Eu acho que se pegarmos o conhecimento que temos e fizemos acontecer com os recursos necessários, acho que podemos melhorar muito.	Esse movimento extrapola as equipes dos programas. (Por trás dessa fala vem a frustração pela falta de apoio dos “gestores” – secretário e prefeito – que não apoiaram todo o movimento de reorganização da atenção básica dos últimos anos – sempre esbarrava na “falta de recursos” para essas ações estruturantes, porém, para ações com impacto político não faltavam recursos)	

Análise da entrevista com G4:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: G4, como foram implantados os programas de Hipertensão arterial e diabetes na rede básica de Sorocaba, quais os detalhes que você sabe?			
G4: A implantação ocorreu através da aplicação, divulgação e treinamento do protocolo de hipertensão e diabetes para atender a população sorocabana, os protocolos estão baseados nos consensos e diretrizes atuais.	aplicação, divulgação e treinamento do protocolo de hipertensão e diabetes para atender a população sorocabana, os protocolos estão baseados nos consensos e diretrizes atuais.	Implantação estava focada no protocolo.	Estratégia/ contexto histórico – idéia de como implantar o programa.
José Manoel: Quando foi implantado o protocolo atual havia a preocupação em fazer diagnóstico precoce das complicações dessas doenças?			
G4: No momento da implantação, existe sim. A implantação já ocorreu há muitos anos e a partir da primeira implantação no município, esse protocolo foi sendo atualizado de acordo com os consensos... Qual é a sua pergunta mesmo? [José Manoel: Preocupação com o diagnóstico precoce das complicações.] Ah... sim, com certeza! Existe sim a preocupação tanto com a captação precoce e também com o diagnóstico precoce, para que você consiga minimizar complicações e existe também hoje, inclusive, preocupando-se com as complicações, a existência do projeto da prevenção da doença renal, que a gente também tem visto essas complicações, mas, de maneira geral todas as complicações são pensadas sim, com o objetivo de diminuir precocemente, o que você conseguir evitar é melhor, através de um controle adequado.	No momento da implantação, existe sim. ... esse protocolo foi sendo atualizado de acordo com os consensos... Existe sim a preocupação tanto com a captação precoce e também com o diagnóstico precoce, para que você consiga minimizar complicações e existe também hoje, inclusive, preocupando-se com as complicações, a existência do projeto da prevenção da doença renal, que a gente também tem visto essas complicações,... ... , o que você conseguir evitar é melhor, através de um controle adequado.	O protocolo é dinâmico, muda de tempos em tempos (atualização) e existe a preocupação de captar precocemente os casos novos e também de fazer o diagnóstico precoce das complicações crônicas das doenças. (Essa resposta junto com a da G1 são complementares – no início da implantação do atual programa as complicações não foram o alvo principal – o mais importante era focar na adesão dos profissionais e da população ao tratamento dessas doenças – com o passar dos anos houve um aprimoramento do programa e a preocupação com as complicações se tornou mais importante, principalmente com a estratégia para a prevenção e a detecção precoce da doença renal)	Estratégia/ contexto histórico – foco do programa – complicações
José Manoel: Você trabalha na rede de saúde de Sorocaba desde quando?			
G4: desde 2002.			
José Manoel: Você não chegou a ter contato de maneira alguma com aquele treinamento?			
G4: Não, não, o primeiro treinamento eu não acompanhei ele já tinha acontecido, porém todos se lembram dele de uma maneira muito positiva, mas eu não participei e não	... eu não acompanhei ele já tinha acontecido,... ... todos se lembram dele de uma maneira muito positiva,...	O primeiro treinamento foi lembrado como muito positivo.	Estratégia contexto histórico –

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
acompanhei, não sei como foi.			
José Manoel: Você sabe me dizer a partir do momento que você entrou e tem acompanhado o programa como enfermeira de UBS e depois você veio para a secretaria, no nível central para coordenar o programa, com tem sido a questão da capacitação dessas equipes?			
G4: A capacitação das equipes, ela tem ocorrido através não só dos informes que são enviados para as unidades, mas dos protocolos, que foram também enviados, em alguns momentos esses profissionais eles são retirados da unidade pra que eles possam passar por um treinamento presencial. Também, o que tem sido muito desenvolvido em relação à saúde do adulto quanto à capacitação, é a discussão, construção, atualização dos profissionais através das oficinas, que a gente acaba fazendo treinamento in locus na unidade para reorganizar o programa, bem como, o acolhimento.	... ela tem ocorrido através não só dos informes que são enviados para as unidades, mas dos protocolos, que foram também enviados, ... o que tem sido muito desenvolvido em relação à saúde do adulto quanto à capacitação, é a discussão, construção, atualização dos profissionais através das oficinas, que a gente acaba fazendo treinamento in locus na unidade para reorganizar o programa, bem como, o acolhimento.	A capacitação ocorre com o envio de informes e protocolos para os médicos (para a UBS) e também por treinamento presencial) Utiliza também oficinas no local de trabalho para treinamento e reorganização do programa (e também para a implantação da estratégia do acolhimento)	Estratégia/contexto histórico – capacitação dos médicos.
José Manoel: Conta pra mim como são essas oficinas.			
G4: Essas oficinas são agendadas, são realizadas algumas visitas na unidade antes que ela aconteça, para identificar os possíveis problemas, reclamações, dificuldades de equipe. A gente conversa com o coordenador, com os enfermeiros, muitas vezes com os médicos, quando existe essa possibilidade, antes dessa oficina acontecer. Na data agendada a equipe técnica de saúde do adulto faz a apresentação do protocolo, de como são os agendamentos, o atendimento em si, a função da equipe multidisciplinar, a função de cada um, a importância do atendimento, comenta-se também sobre os indicadores, o que tem avançado bastante, e o que precisa avançar, a questão da cobertura, o pessoal tem bastante dúvida também nessas reuniões, mas, eles participam bastante. É dessa forma.	... são realizadas algumas visitas na unidade antes que ela aconteça, para identificar os possíveis problemas, reclamações, dificuldades de equipe. ... A gente conversa com o coordenador, com os enfermeiros, muitas vezes com os médicos, quando existe essa possibilidade, antes dessa oficina acontecer. ... equipe técnica de saúde do adulto faz a apresentação do protocolo, de como são os agendamentos, o atendimento em si, a função da equipe multidisciplinar, a função de cada um, a importância do atendimento, comenta-se também sobre os indicadores, o que tem avançado bastante, e o que precisa avançar, a questão da cobertura, o pessoal tem bastante dúvida também nessas reuniões, mas, eles participam bastante. É dessa forma.	Existe um planejamento prévio com levantamento de possíveis dificuldades para a realização da oficina. Na oficina é apresentado pela equipe do nível central da secretaria o protocolo, as rotinas, o papel e a importância dos membros da equipe, a importância do atendimento, como estão os indicadores da UBS, o que tem avançado e as oportunidades de melhoria e a cobertura do programa. Os profissionais participam bastante.	Estratégia/ contexto histórico – oficina para capacitação das equipes
José Manoel: E isso acontece em todas as unidades? Nas 30 UBSs?			
G4: Prioritariamente nas que estão apresentando maiores problemas, maiores dificuldades para organizar o programa, pois se não existir uma organização mínima dentro da unidade, a classificação segundo o risco dos hipertensos e dos diabéticos, isso vai promover um retorno muito frequente de consulta médica(desnecessário), o que acarretará sobrecarga nas agendas, gerando atendimento sempre aos mesmos pacientes, dificultando o acesso aos novos pacientes que devemos captar e incluir no programa, a agenda fica com desorganizada, lotada, por isso que a gente tem falado muito da ação multidisciplinar tendo a convicção de que ela é importantíssima na educação em saúde, principalmente nas doenças crônicas, trabalhar com os grupos, com os atendimentos de enfermagem, as abordagens	Prioritariamente nas que estão apresentando maiores problemas, maiores dificuldades para organizar o programa, ... a classificação segundo o risco dos hipertensos e dos diabéticos, isso vai promover um retorno muito frequente de consulta médica... ... dificultando o acesso aos novos pacientes que devemos captar e incluir no programa, a agenda fica com desorganizada, lotada,... ... a gente tem falado muito da ação multidisciplinar... ela é importantíssima na educação em saúde... ... o atendimento médico coletivo que não é em momento algum para livrar a agenda do médico,... a gente sabe que é muito difícil fazer com que o médico consiga realizar todas as orientações, e existem outras formas que isso pode ser feito, em outros momentos também,...	(Apesar da minha insistência nesta e nas próximas perguntas em saber quantos médicos foram capacitados nessas oficinas e quantas UBSs passaram por esse processo, G4 não me passou essa informação. Eu insisti nisso porque na entrevista com os gestores anteriores todos falaram que não havia treinamento para os médicos – isso pode representar que eles, G1 e G3, não participaram desse processo e não sabem como ele ocorre, ou que eles não estão valorizando isso como treinamento – a Educação Permanente não está sendo vista como processo de capacitação das equipes –	Estratégia/ contexto histórico – Oficinas de capacitação das equipes. Organização do programa.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>individuais e coletivas, bem como o atendimento médico coletivo que não é em momento algum para livrar a agenda do médico, mas por que, porque o período de consulta a gente sabe que é muito difícil fazer com que o médico consiga realizar todas as orientações, e existem outras formas que isso pode ser feito, em outros momentos também, então é enfatizada toda parte educacional em saúde, para fortalecer o paciente com auto cuidado, e, a unidade que está pautada só na consulta médica, ela acaba fechando o acesso de outros pacientes, e, se cada um tem um risco, existe um cronograma de retornos dentro da saúde do adulto de acordo com um risco classificado pelo médico, se o risco é mais grave indica mais retornos com o médico durante o ano, para todos os pacientes o retorno é a cada dois meses, mas o que vai diferenciar? Quem realiza esse atendimento. Se o meu risco, se eu sou um paciente limítrofe, na hipertensão por exemplo, sou risco 1, pelo cronograma, desde que eu não tenha intercorrência vou passar em consulta médica uma vez ao ano para ser reavaliado, mas também vou passar em atendimentos coletivos (de grupo), em atendimentos de enfermagem individual e em grupo com o médico e assim por diante sempre a cada 2 meses, então, de acordo com o cronograma, seguindo a classificação de risco, vai possibilitar que eu atenda cada paciente com equidade. Se ele for um paciente mais grave, vai passar mais vezes em consulta médica individual, vai passar também em consultas com o enfermeiro, se ele for um paciente limítrofe, sem lesão em órgão alvo, menos fatores de risco ele vai ser acompanhado a cada dois meses na unidade, porém em outros atendimentos, são menos consultas individuais com o médico, o que não significa que a qualquer momento se for identificado alguma alteração no paciente que indique necessidade ele vai ser agendado/atendido no dia pelo médico ou será agendada uma consulta. Numa intercorrência, o paciente deverá ser acolhido, e o mesmo será avaliado pelo enfermeiro, podendo ser atendido no dia pelo médico, se houver indicação, ou, a data da consulta médica será adiantada de acordo com a necessidade do caso.</p>	<p>... para fortalecer o paciente com auto cuidado, e, a unidade que está pautada só na consulta médica, ela acaba fechando o acesso de outros pacientes, e, se cada um tem um risco, existe um cronograma de retornos dentro da saúde do adulto de acordo com um risco classificado pelo médico, se o risco é mais grave indica mais retornos com o médico durante o ano, para todos os pacientes o retorno é a cada dois meses, mas o que vai diferenciar? Quem realiza esse atendimento.</p> <p>... Se ele for um paciente mais grave, vai passar mais vezes em consulta médica individual, vai passar também em consultas com o enfermeiro, se ele for um paciente limítrofe, sem lesão em órgão alvo, menos fatores de risco ele vai ser acompanhado a cada dois meses na unidade, porém em outros atendimentos, são menos consultas individuais com o médico, o que não significa que a qualquer momento se for identificado alguma alteração no paciente que indique necessidade ele vai ser agendado/atendido no dia pelo médico ou será agendada uma consulta.</p> <p>... Numa intercorrência, o paciente deverá ser acolhido, e o mesmo será avaliado pelo enfermeiro, podendo ser atendido no dia pelo médico, se houver indicação, ou, a data da consulta médica será adiantada de acordo com a necessidade do caso.</p>	<p>eles entendem os treinamentos de Educação Continuada como estratégia. Por outro lado seria importante saber se a maior parte das unidades tiveram ou não essa oficina).</p> <p>As unidades que apresentam problemas são priorizadas.</p> <p>O foco está na organização dos processos de trabalho para reduzir a agenda médica, mudando o foco da atenção para a priorização dos de maior risco, fortalecimento do autocuidado e da abordagem multidisciplinar. Deixa claro que numa intercorrência aguda o paciente deve ser priorizado no atendimento independente do risco que ele está classificado.</p>	
<p>José Manoel: São muitas unidades que precisaram da intervenção de vocês com oficinas?</p>			
<p>G4: Várias unidades, nesses últimos tempos a gente investiu bastante nas unidades com a implantação do acolhimento, não tem como falar em acolhimento se não reorganizar a saúde do adulto, porque caso isto</p>	<p>Várias unidades, nesses últimos tempos a gente investiu bastante nas unidades com a implantação do acolhimento, não tem como falar em acolhimento se não reorganizar a saúde do adulto, porque caso isto</p>	<p>A oficina ocorre em função da necessidade de implantar a "Estratégia do Acolhimento" que foi a mola propulsora dessas oficinas. Para ocorrer o acolhimento</p>	<p>Estratégia/ Oficina e Acolhimento.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
não ocorra, todos os pacientes da agenda serão hipertensos e/ou diabéticos, por isso é necessário trabalhar com a classificação de risco desses pacientes, evidentemente que todas as unidades precisam ser capacitadas no protocolo de saúde do adulto e acolhimento, inclusive independente de estarem com as agendas mais distantes ou não, hoje temos dado prioridade realmente para os casos que apresentam maior dificuldade para a organização do programa.	não ocorra, todos os pacientes da agenda serão hipertensos e/ou diabéticos, por isso é necessário trabalhar com a classificação de risco desses pacientes, ... evidentemente que todas as unidades precisam ser capacitadas no protocolo de saúde do adulto e acolhimento, inclusive independente de estarem com as agendas mais distantes ou não... hoje temos dado prioridade realmente para os casos que apresentam maior dificuldade para a organização do programa.	era preciso ter vagas livres nas agendas dos clínicos, como o programa do adulto ocupa a maior parte das vagas é fundamental organizá-lo para que isso ocorra. Reconhece que é importante que todas as unidades passem por esse processo. Hoje a prioridade é para as problemáticas.	
José Manoel: Quantos clínicos trabalham hoje na rede básica? G4: Em torno de 150 clínicos na rede. José Manoel: E desses 150, quantos você acha que passaram por esse treinamento por vocês? Qual o percentual?			
G4: Esse número de cabeça eu não sei dizer. Preciso observar todas as listas de presença, não sei este quantitativo de cabeça. Esse número é em que período? De quanto tempo para cá? Os médicos também fizeram parte do protocolo do acolhimento, da validação dos fluxos. Eu tenho todas essas listas, que aconteceram em várias UBSs, mas de cabeça não sei dizer.	Esse número de cabeça eu não sei dizer. ... não sei este quantitativo de cabeça. ... Os médicos também fizeram parte do protocolo do acolhimento, da validação dos fluxos.	G4 diz não tem idéia de quantos médicos passaram por essas oficinas. Aparece novamente a questão dos médicos passando pelo treinamento para o protocolo da Estratégia do Acolhimento (não sei se G4 não sabe mesmo o número, apesar de ser o coordenador do programa no momento dessa entrevista, ou se preferiu não divulgar esse número por razões desconhecidas – muito baixo?) (O foco da oficina me parece estar mais no acolhimento e na organização dos fluxos da UBS e menos nas questões técnicas médicas).	Estratégia/ Acolhimento X Programa do Adulto – oficinas e % de “médicos capacitados”
José Manoel: Em termos percentual, das 30 unidades você acha que em torno de quantas... José Manoel: Capacitação sistemática para equipe inteira – por exemplo – você retira 100% de todos os clínicos da rede para uma capacitação – isso tem acontecido?			
G4: Eu prefiro contabilizar as listas de presença, a agenda da gente tá com tanta reunião, tanta reunião... oficina e dizer assim... teria que ver tudo de cada membro da equipe quem participou com cada um, pois em cada UBS são vários de cada categoria profissional que participam. Tem acontecido, porém, com maior dificuldade. Isso devido a esse período que a gente começou a viver desde o começo do ano [José Manoel: ano eleitoral] é... estamos com dois treinamentos parados por “n” motivos e também pela situação atual do RH de médicos, nós estamos com dificuldade de tirá-los da rede para fazer algum treinamento por conta de não ter quem assuma a agenda, causando um problema maior. Por outro lado, entendemos que é prioritário fazer essa capacitação para médicos e que seja para 100% . O último que treinou 100% dos médicos, foi o treinamento do protocolo da doença renal... [José Manoel: Quando foi isso mais ou menos...] Não lembro a data, foi o ano passado.	Eu prefiro contabilizar as listas de presença, a agenda da gente tá com tanta reunião, tanta reunião... oficina e dizer assim... teria que ver tudo de cada membro da equipe quem participou com cada um, pois em cada UBS são vários de cada categoria profissional que participam. Tem acontecido, porém, com maior dificuldade. ... é... estamos com dois treinamentos parados por “n” motivos e também pela situação atual do RH de médicos, nós estamos com dificuldade de tirá-los da rede para fazer algum treinamento por conta de não ter quem assuma a agenda, causando um problema maior. ... entendemos que é prioritário fazer essa capacitação para médicos e que seja para 100% . O último que treinou 100% dos médicos, foi o treinamento do protocolo da doença renal... Não lembro a data, foi o ano passado.	Preferiu não dizer quantas unidades passaram por oficina. Tem acontecido capacitações “para a equipe inteira” com maior dificuldade. Devido ao período eleitoral os treinamentos foram “parados” – não pode ter reclamação de falta de atendimento nas UBSs! Não tem médicos disponíveis para atender as agendas enquanto os colegas são retirados do serviço para serem capacitados. O último treinamento para todos os clínicos foi o da prevenção da doença renal em 2011 – não lembra a data.	Estratégia/ Acolhimento X Programa do Adulto – oficinas e % de “médicos capacitados”

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: Esse ano não teve nenhum treinamento ainda?			
G4: Esse ano, a partir do começo do ano Zé, a gente estava com o treinamento montado para acontecer. Na verdade já era para ele ter acontecido no ano passado, e foi transferido para este ano, e não tivemos nem a autorização e a liberação para fazer isso acontecer, entendeu? Justamente para não prejudicar o atendimento da população por conta do horário do médico, que é escasso e que não é novidade para ninguém, pois não é só a prefeitura de Sorocaba que tem dificuldade em contratar médicos, enfim, nós estamos com dois treinamentos infelizmente ainda parados.	...a gente estava com o treinamento montado para acontecer. ... e não tivemos nem a autorização e a liberação para fazer isso acontecer, entendeu? ... Justamente para não prejudicar o atendimento da população por conta do horário do médico, que é escasso e que não é novidade para ninguém, pois não é só a prefeitura de Sorocaba que tem dificuldade em contratar médicos, enfim, nós estamos com dois treinamentos infelizmente ainda parados.	A equipe do nível central organizou treinamento e não pode efetuar por causa do contexto eleitoral. A prioridade é oferecer consultas médicas e não capacitar as equipes. O contexto político dificulta o processo de aprimoramento do programa.	Capacitação das equipes – contexto político.
José Manoel: Tem muita rotatividade de médicos? José Manoel: Então todo mundo passa por esse mini treinamento?			
G4: Imagine... [riso irônico] quase nada. Infelizmente sim, muita rotatividade de profissionais. Minimamente o que o profissional recebe de capacitação, ao ingressar na rede básica é uma orientação sobre os protocolos existentes na rede, que são apresentados a ele e também enviados por e-mail, a unidade também tem os protocolos. É uma orientação mínima, por exemplo, se entrarem cinco médicos, a orientação será feita para os cinco. Se for um por vez, vai ser feito isso individualmente, para que minimamente ele tenha conhecimento do que está preconizado pela SES para ele poder atender no Centro de Saúde. ... Não é um mini treinamento, é uma orientação geral, dentro do possível, sim.	...sim, muita rotatividade de profissionais. Minimamente o que o profissional recebe de capacitação, ao ingressar na rede básica é uma orientação sobre os protocolos existentes na rede, que são apresentados a ele e também enviados por e-mail, a unidade também tem os protocolos. É uma orientação mínima, por exemplo, se entrarem cinco médicos, a orientação será feita para os cinco. Se for um por vez, vai ser feito isso individualmente, para que minimamente ele tenha conhecimento do que está preconizado pela SES para ele poder atender no Centro de Saúde. ... Não é um mini treinamento, é uma orientação geral, dentro do possível, sim.	A rotatividade de médicos é alta. Isso dificulta o treinamento para quem entra – tem que ser realizado frequentemente e às vezes de forma individual. No ingresso ao serviço os protocolos são disponibilizados para os médicos. A orientação que eles recebem ao ingressar na prefeitura é mínima. O objetivo é que ele possa atender na UBS (rotinas). Não é um treinamento sobre medicina! São orientações gerais que se tenta fazer para todos os médicos quando possível.	Estratégia – rotatividade médica X treinamentos.
José Manoel: Existe monitoramento dos resultados da ação desses programas?			
G4: Existe hoje depois de longas conversas, com o sistema de informações isso se tornou bem mais fácil por que tudo que a gente construiu de informações com o sistema, por exemplo, os dados que as unidades validaram e alimentam de cada paciente nosso é por classificação de risco, então se hoje eu consulto as informações de todos os meus hipertensos e diabéticos das unidades, eles não podem estar sem a classificação, e quando há problema com a classificação, a nossa equipe técnica realiza uma visita à equipe para entender o que está acontecendo, qual é a dificuldade, ou seja, com o sistema de informações ficou muito mais fácil de monitorar isso e intervir. A questão dos indicadores, em todas as oficinas são mostradas nossas metas, como está o Brasil, o Estado de SP e Sorocaba, qual é a nossa meta local. Aborda-se também a cobertura, mas, ainda existe uma dificuldade em trabalhar com os	Existe hoje depois de longas conversas, com o sistema de informações isso se tornou bem mais fácil por que tudo que a gente construiu de informações com o sistema, por exemplo, os dados que as unidades validaram e alimentam de cada paciente nosso é por classificação de risco, então se hoje eu consulto as informações de todos os meus hipertensos e diabéticos das unidades, eles não podem estar sem a classificação, e quando há problema com a classificação, a nossa equipe técnica realiza uma visita à equipe para entender o que está acontecendo, qual é a dificuldade, ou seja, com o sistema de informações ficou muito mais fácil de monitorar isso e intervir. ...A questão dos indicadores, em todas as oficinas são mostradas nossas metas, como está o Brasil, o Estado de SP e Sorocaba, qual é a nossa meta local... ... existe uma dificuldade em trabalhar com os indicadores,	O Sistema de Informações facilitou o monitoramento. É possível ver qual unidade não está registrando a classificação de risco dos pacientes e realizar uma visita técnica para dar orientações. As unidades que passam pela oficina já citada são informadas das metas nacionais, estaduais e municipais. Localmente existe dificuldade de trabalhar com indicadores – o foco acaba sendo na cobertura do programa. Os indicadores de resultado (redução ou aumento nas internações) ainda não são trabalhados nas unidades como deveriam. (Essa discussão só ocorre nas unidades que passam pela oficina para implantação do acolhimento – não são todas as	Monitoramento dos resultados.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
indicadores, realmente de resultados, internação, diminuição de internação, isso é comentado e, eles gostam muito de participar dessas conversas, mas acho que tem muito que avançar ainda nessa discussão.	realmente de resultados, internação, diminuição de internação, isso é comentado e, eles gostam muito de participar dessas conversas, mas acho que tem muito que avançar ainda nessa discussão.	unidades e as oficinas não estão ocorrendo há um bom tempo!	
José Manoel: Vocês têm canais de comunicação entre o médico e a equipe do nível central para acolher alguma dúvida ou sugestão deles, existe um canal formalizado?			
G4: Formalizado, não. Todas as unidades têm o nosso telefone, e-mail, celular para a qualquer momento que eles precisem, qualquer dúvida, qualquer impresso, qualquer coisa que seja envolvida na clínica médica eles têm livre acesso de se comunicar conosco. Isso acontece, às vezes eles pedem algumas coisas que estão faltando na unidade ou mesmo que desconhecem, ou às vezes dão sugestões e nós discutimos no programa para tentar numa oportunidade implementar na rede. Isso é sempre muito bem vindo, estamos tentando também ampliar essa conversa com os especialistas da Poli [Policlínica Municipal de Especialidades] a fim de tecer uma rede de serviços entre a clínica, a atenção básica, a secretaria e a Poli ...	Formalizado, não. ... Todas as unidades têm o nosso telefone, e-mail, celular para a qualquer momento que eles precisem, qualquer dúvida, qualquer impresso, qualquer coisa que seja envolvida na clínica médica eles têm livre acesso de se comunicar conosco. Isso acontece, às vezes eles pedem algumas coisas que estão faltando na unidade ou mesmo que desconhecem, ou às vezes dão sugestões e nós discutimos no programa para tentar numa oportunidade implementar na rede. Isso é sempre muito bem vindo, estamos tentando também ampliar essa conversa com os especialistas da Poli... ... a fim de tecer uma rede de serviços entre a clínica, a atenção básica, a secretaria e a Poli	Não existe um canal de comunicação formalizado, mas as equipes do nível central estão disponíveis e procuram facilitar esse acesso e acolher as demandas. Gostariam de tecer uma rede entre a atenção básica e as especialidades.	Canais de comunicação com médicos da ponta.
José Manoel: O que você faria de forma diferente no programa de tudo que tem sido feito?			
G4: As dificuldades são inúmeras. A maior dificuldade nossa realmente é retirar esse profissional para capacitá-lo, e isso é extremamente necessário e que todos sejam capacitados com maior frequência também, mas contar com o profissional num horário que também seja, que ele consiga participar, ou dentro do horário de trabalho que eu acho que é a melhor alternativa, treinar o médico no horário que ele já realiza na UBS, por que ele não tem que mudar a sua rotina, então essa é uma das dificuldades pela falta de RH médico, de horas médicas que a gente tem sofrido ultimamente, está ficando muito complicado, mas acho que se Deus quiser vai melhorando. A questão também dos momentos com as equipes, essa discussão também que se consiga construir essa rede de serviço, que realmente funciona como uma equipe multi e interdisciplinar, por que muitas vezes acabam funcionando como multi, cada um faz o seu mas a gente não conversa sobre os nossos pacientes o que poderia melhorar ou não naquela unidade em prol dos pacientes que são atendidos ali. Então essa conversa mesmo de discussão de casos dentro da equipe, com um apoio dos técnicos do programa, eu acho que ajudaria bastante.	A maior dificuldade nossa realmente é retirar esse profissional para capacitá-lo, e isso é extremamente necessário e que todos sejam capacitados com maior frequência também, mas contar com o profissional num horário que também seja, que ele consiga participar, ou dentro do horário de trabalho que eu acho que é a melhor alternativa, treinar o médico no horário que ele já realiza na UBS, por que ele não tem que mudar a sua rotina, então essa é uma das dificuldades pela falta de RH médico, de horas médicas que a gente tem sofrido ultimamente, está ficando muito complicado,... ... dos momentos com as equipes, essa discussão também que se consiga construir essa rede de serviço, que realmente funciona como uma equipe multi e interdisciplinar, por que muitas vezes acabam funcionando como multi, cada um faz o seu mas a gente não conversa sobre os nossos pacientes o que poderia melhorar ou não naquela unidade em prol dos pacientes que são atendidos ali.	A dificuldade em tirar o médico da UBS para receber capacitação é muito grande, logo, entende que é melhor realizar o treinamento no horário de trabalho. Precisa melhorar a relação entre os membros da equipe – hoje eles trabalham de forma isolada e sem o foco central no paciente. Precisa conversar mais – educação permanente. Precisa haver oficinas com discussão de casos na UBS com TODOS membros da equipe com foco no cliente.	Horário dos treinamentos. Trabalho em equipe Trabalho interdisciplinar Educação permanente
José Manoel: Essas foram as perguntas que eu havia programado, você gostaria de fazer alguma outra colocação e/ou contribuição pertinente?			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>G4: Eu, acho que essas perguntas, apesar de algumas eu não ter resposta prontamente acho que talvez ajude você a entender um pouquinho melhor, apesar de que você já conhece bastante, a gente conversa bastante sobre tudo isso já faz tempo, e eu acho que para a área do adulto mesmo, precisaríamos trabalhar também com os núcleos técnicos, fortalecendo assim a importância dessa atenção ao adulto, essa visão de não captar o paciente apenas quando ele estiver num risco maior da sua doença, e da sua patologia, mas a sua captação precoce que deveria ser a visão daquelas pessoas que estão dentro da unidade, que muitas vezes deixa de buscá-las, deixa de rastreá-las para hipertensão e diabetes principalmente. Normalmente a gente fala em cobertura, a gente está com uma cobertura que eu considero muito boa, tem muito o que melhorar, em torno de 70% dos pacientes diabéticos estão cadastrados, dos previstos, 70% estão cadastrados nessas unidades e dos hipertensos em torno de 60%, então, essa cobertura é muito boa se compararmos com outros municípios, porém, sabemos que a podemos chegar a 100%. E o olhar da equipe para as pessoas que estão lá dentro da unidade e podem ser rastreadas, isso também é muito importante, tem muito paciente dentro da unidade e, não tem o diagnóstico, ele entra e sai da unidade sem que ninguém tenha ao menos pensado nos fatores de risco para hipertensão e para o diabetes, sem ter orientado e, feito pelo menos uma verificação de pressão, um teste de glicemia, uma orientação mais detalhada. No mais, fico muito feliz porque Sorocaba está conseguindo cadastrar os pacientes, mas temos que avançar mesmo na qualidade da assistência, temos melhorado bastante. A gente tem também os insumos [para diabéticos] hoje, Sorocaba pode dizer que tem o padrão ouro de insumos para diabetes, só que, tem que melhorar muito na educação em saúde, seja realizada pelo médico, pela equipe de enfermagem, para que tudo o que nós temos hoje desses insumos sejam utilizados da melhor maneira, que é um grande investimento, então esse insumo tem que ser bem utilizado e vai depender de quem? De toda a equipe na orientação, seja enfermagem, seja médica.</p>	<p>... precisaríamos trabalhar também com os núcleos técnicos, fortalecendo assim a importância dessa atenção ao adulto, ... não captar o paciente apenas quando ele estiver num risco maior da sua doença, e da sua patologia, mas a sua captação precoce... ... a gente está com uma cobertura que eu considero muito boa, tem muito o que melhorar, em torno de 70% dos pacientes diabéticos estão cadastrados, dos previstos, 70% estão cadastrados nessas unidades e dos hipertensos em torno de 60%, então, essa cobertura é muito boa... ... tem muito paciente dentro da unidade e, não tem o diagnóstico, ele entra e sai da unidade sem que ninguém tenha ao menos pensado nos fatores de risco para hipertensão e para o diabetes, sem ter orientado e, feito pelo menos uma verificação de pressão, um teste de glicemia, uma orientação mais detalhada.... ... ,mas temos que avançar mesmo na qualidade da assistência, temos melhorado bastante. ... Sorocaba pode dizer que tem o padrão ouro de insumos para diabetes, só que, tem que melhorar muito na educação em saúde,...</p>	<p>Necessidade de fortalecer a atenção ao adulto junto com os núcleos técnicos (grupo de técnicos de nível universitário responsáveis por todos os programas e que realizam trabalho de supervisão e apoio junto às UBSs que foram divididas em colegiados). É preciso fortalecer o diagnóstico precoce dessas doenças e das suas complicações. Essa visão deveria ser de TODOS os membros das equipes das UBSs. A cobertura do programa já é muito boa, mas, pode melhorar. A UBS perde a oportunidade de fazer o diagnóstico precoce dos pacientes que frequentam a unidade. Apesar da cobertura ser alta tem que melhorar a qualidade da assistência. Precisa avançar nas questões relacionadas à educação em saúde. Em relação à distribuição de insumos para o diabetes está muito bom, falta orientação do uso correto deles. Isso depende de toda a equipe – enfermagem e médica.</p>	<p>Avaliação e de propostas melhorias.</p>

Análise temática das entrevistas com Médicos:

Análise temática da entrevista com M1:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: M1,, o que você acha do atual programa existente na rede de atenção primária para o tratamento da hipertensão e diabetes? O que você acha que está bom e o que poderia melhorar?			
M1: Bom, eu acho que o atendimento é bem estruturado com consultas de enfermagem, atendimentos de enfermagem, consultas médicas, procurando dar uma atenção integral ao paciente, trabalhando a parte educativa, a parte de orientação e também a parte médica, medicamentosa, etc. Eu acho que está bem estruturado.	... eu acho que o atendimento é bem estruturado com consultas de enfermagem, atendimentos de enfermagem, consultas médicas, procurando dar uma atenção integral ao paciente, trabalhando a parte educativa, a parte de orientação e também a parte médica, medicamentosa, etc. Eu acho que está bem estruturado.	Acha que o atendimento é bem estruturado. Tem fluxos que focam o trabalho em equipe multidisciplinar na UBS. Procura dar atenção integral à clientela.	Opinião dos médicos das UBSs sobre o programa atual.
José Manoel: Você acha que precisa mudar alguma coisa no atual programa?			
M1: Eu acho que não, com relação à última mudança que teve, a nova classificação de risco e o novo cronograma de acompanhamentos eu acho que do jeito que está, está ótimo o acompanhamento do pacientes hipertensos e diabéticos.	Eu acho que não, com relação à última mudança que teve, a nova classificação de risco e o novo cronograma de acompanhamentos eu acho que do jeito que está, está ótimo o acompanhamento do pacientes hipertensos e diabéticos.	O programa está adequado e não precisa ser mudado.	O que precisa mudar.
José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações – formato, horários, frequência?			
M1: Eu acho que atualizações são mais fáceis para o médico ser de forma escrita, ou via eletrônica, ou por e-mail, ou impressa, acho que fica mais fácil que você simplesmente marcar um dia para fazer uma atualização presencial. Talvez seja mais difícil, então, creio que uma atualização impressa seja melhor...	... ser de forma escrita, ou via eletrônica, ou por e-mail, ou impressa.	Receber por escrito – em papel ou via eletrônica. Encontros presenciais são mais difíceis de serem realizados.	Como o médico gostaria de receber atualização.
José Manoel: E com que frequência você acha que isso deve ocorrer?			
M1: Eu acho que, como a medicina sempre evolui de forma rápida, uma vez por ano seria interessante fazer uma atualização.	...uma vez por ano seria interessante fazer uma atualização.	Pela rapidez que a medicina evolui, uma vez ao ano.	Com qual frequência as atualizações devem ocorrer.
José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário do expediente para fazer um curso a distância, atualização ou outro curso?			
M1: Eu acredito que sim, desde que esse tipo de curso contasse para currículo, na carga horária dele, não sei, eu acho que valeria a pena sim.	Eu acredito que sim, desde que esse tipo de curso contasse para currículo...	Sim, desde que houvesse alguma forma de compensação.	Fora do horário de trabalho – sim ou não?
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas?			
M1: Isso é fundamental pois na nova política de atenção básica você tem que sair daquele atendimento medicocêntrico para o atendimento multiprofissional, que inclui o auxiliar de enfermagem, enfermeiro, até o agente comunitário de saúde, com isso o trabalho é feito de forma mais integral, então você trabalha a parte de prevenção, orientação geral, de hábitos de vida, faz a parte de promoção de saúde principalmente, que às vezes você não tem tempo de fazer na consulta médica, então os outros profissionais fazem esse papel também, da promoção da saúde – eu acho isso muito importante.	Isso é fundamental... ... você tem que sair daquele atendimento medicocêntrico para o atendimento multiprofissional... ... com isso o trabalho é feito de forma mais integral, então você trabalha a parte de prevenção, orientação geral, de hábitos de vida, faz a parte de promoção de saúde principalmente, que às vezes você não tem tempo de fazer na consulta médica, então os outros profissionais fazem esse papel também, da promoção da saúde – eu acho isso muito importante.	É fundamental o trabalho multidisciplinar, permite mudar o modelo focado na atenção médica. Contribui com a integralidade das ações. Fortalece as ações não medicamentosas para a abordagem dessas doenças. Às vezes na consulta médica não tem tempo para fazer a abordagem não medicamentosa.	Opinião do médico sobre trabalho multidisciplinar.
José Manoel: As perguntas programadas que eu tinha para fazer são essas, você tem alguma sugestão, alguma outra contribuição para o nosso estudo?			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
M1: Eu acho que o programa está bem estruturado, eu acho que um dos maiores problemas que a gente enfrenta no nosso dia a dia é a falta de adesão do paciente ao tratamento , então tanto para a parte educacional, dos hábitos de vida, como dos medicamentos, muita gente não toma remédio corretamente, não segue a prescrição médica . Talvez, se tivesse algum método da gente acompanhar isso mais de perto, se o paciente toma o remédio certinho ou não, eu acho que isso aí iria ser interessante, um acompanhamento melhor desses pacientes para ver se ele está tomando como prescrito ou não.	... um dos maiores problemas que a gente enfrenta no nosso dia a dia é a falta de adesão do paciente ao tratamento,... ... não segue a prescrição médica. ... se tivesse algum método da gente acompanhar isso mais de perto, se o paciente toma o remédio certinho ou não,...	A falta de adesão do paciente ao tratamento é um problema importante. Precisa existir um mecanismo de monitoramento da adesão do paciente ao tratamento. (Isso reflete que apesar de ser generalista e trabalhar numa unidade do PSF com agentes comunitários de saúde, não existe um monitoramento da adesão ao tratamento por parte dessa equipe – que como reforçado pelo colega é fundamental – fica evidente também a dificuldade de criar vínculo e de ter uma abordagem diferente com esse objetivo. É um dos problemas mais difíceis de enfrentar a questão da falta de vínculo com o cliente – ou – a existência de vínculo, porém, sem adesão ao tratamento. Deve ser discutida por uma equipe mais ampliada porque ela é multifatorial).	Contribuições livres dos médicos das UBSs. Falta de adesão do paciente ao tratamento proposto.
José Manoel: Você acha que deveria fazer esse acompanhamento como?			
M1: Não sei, talvez uma outra forma de trabalhar, não só os médicos, mas também os agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem para ir atrás desses pacientes pra ver se eles tão tomando esses remédios, ver a prescrição . Isso elas já fazem em parte, mas eu acho que uma coisa mais incisiva assim , principalmente do agente comunitário de saúde, eu acho que é uma coisa que ajuda no seguimento do paciente e confere uma resposta melhor ao tratamento.	... mas também os agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem para ir atrás desses pacientes pra ver se eles tão tomando esses remédios, ver a prescrição. ... que uma coisa mais incisiva assim,... ... principalmente do agente comunitário de saúde,	O acompanhamento deve ser feito pela equipe multidisciplinar, principalmente pelo agente comunitário de saúde. A abordagem deve ser "mais incisiva". (Essa resposta mostra uma postura frequente dos profissionais de saúde – papel de polícia sobre o cliente – hoje o que tenho percebido que o convencimento é o melhor caminho – é preciso "empoderar" a clientela e torna-la responsável pela própria saúde – encontrar o que a motiva a aderir ao tratamento e também o porque ela não deseja aderir! – não acho que obrigar de forma mais incisiva seja a melhor postura). (Acho que as respostas podem ter sido as politicamente corretas...)	Contribuições livres dos médicos das UBSs. Falta de adesão do paciente ao tratamento proposto.

Análise da entrevista com M2:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: O que você acha do atual programa de tratamento da hipertensão e diabetes existente atualmente na atenção primária?			
M2: O programa é bom mas ele tem alguns detalhes que podem ser mudados . Algumas coisas que podem ser mudadas porque o paciente cansa de vir tantas vezes ao posto, não que as ações com a	O programa é bom mas ele tem alguns detalhes que podem ser mudados. ... mas o paciente cansa, ele vem algumas vezes e cansa, então, talvez a gente pudesse achar uma	O protocolo do programa precisa ser revisto em relação à volta do paciente à UBS com frequência para ouvir sempre as mesmas orientações, isso cansa o	O que pode melhorar na opinião dos médicos das UBSs. - Cronograma de

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
enfermagem ou as discussões com o médico naquele atendimento coletivo sejam dispensáveis, não é isso, mas o paciente cansa, ele vem algumas vezes e cansa, então, talvez a gente pudesse achar uma outra forma para que o paciente não se canse de ouvir sempre a mesma coisa.	outra forma para que o paciente não se canse de ouvir sempre a mesma coisa.	pacientes.	atendimentos - Conteúdo das informações.
José Manoel: O que você acha que está bom e o que você acha que pode melhorar no atual programa?			
<p>M2: O que está bom: a parte das reuniões, quando as reuniões são com o médico, não sei como os outros médicos fazem, mas, eu prefiro que o paciente me traga dúvidas sobre a doença, sobre a forma da medicação, sobre a dieta, sobre exercício, então, quando os pacientes trazem mais dúvidas, eu consigo responder e eu consigo uma reunião melhor, eu acho que o fornecimento de medicação tem algumas coisas que podem melhorar, mas, em geral o fornecimento de medicação está legal, o que, qual é o problema, além da reunião, além da consulta médica, além da reunião médica coletiva existe também a reunião com a enfermagem e essa reunião com os pacientes eles se queixam que ela se torna repetitiva, ela é sempre igual e o paciente é obrigado a vir para dar continuidade ao programa e às vezes o paciente não vem porque está trabalhando, ou tem consulta na Policlínica, no oftalmológico, no hospital, ou por que ele tem alguma outra coisa para fazer e ele não vem, é aí onde falha o retorno do paciente porque aí o paciente tem que marcar, consulta de novo como se fosse uma novidade, aí ele tem dificuldade de voltar no programa. Tem paciente que eu peço consulta em quatro meses, porque é um paciente de risco quatro e esse paciente não consegue voltar em quatro meses porque ele faltou na reunião, então se ele falta na reunião ele não tem como voltar a marcar porque ele tem que vir e marcar e ele marca como se fosse um paciente novo, ele marca uma consulta eventual e aí ele entra de novo no programa, a consulta eventual demora mais um mês para passar, e aí até ele voltar no programa vai levar mais um tempão. Essa questão da marcação do paciente eu sei que ela foi atrelada às reuniões que é uma forma de forçar a vir nas reuniões, mas, quando o paciente não vem por qualquer motivo, você meio que deixa esse paciente de lado, é difícil de pegar de novo, eu tenho pacientes que eu vejo uma vez por ano por causa disso, e não consegue voltar no programa por falta na reunião, ou não consegue colher um exame porque aí falha também a coleta do exame, então</p>	<p>O que está bom: a parte das reuniões,... ... eu prefiro que o paciente me traga dúvidas sobre a doença, sobre a forma da medicação, sobre a dieta, sobre exercício, então, quando os pacientes trazem mais dúvidas, eu consigo responder e eu consigo uma reunião melhor,... ... eu acho que o fornecimento de medicação tem algumas coisas que podem melhorar,... ... existe também a reunião com a enfermagem e essa reunião com os pacientes eles se queixam que ela se torna repetitiva, ela é sempre igual e o paciente é obrigado a vir para dar continuidade ao programa e às vezes o paciente não vem porque está trabalhando, ou tem consulta na Policlínica, no oftalmológico, no hospital, ou por que ele tem alguma outra coisa para fazer e ele não vem, é aí onde falha o retorno do paciente porque aí o paciente tem que marcar, consulta de novo como se fosse uma novidade, aí ele tem dificuldade de voltar no programa. ... porque é um paciente de risco quatro e esse paciente não consegue voltar em quatro meses porque ele faltou na reunião, então se ele falta na reunião ele não tem como voltar a marcar porque ele tem que vir e marcar e ele marca como se fosse um paciente novo,... ... Essa questão da marcação do paciente eu sei que ela foi atrelada às reuniões que é uma forma de forçar a vir nas reuniões, mas, quando o paciente não vem por qualquer motivo, você meio que deixa esse paciente de lado, é difícil de pegar de novo, eu tenho pacientes que eu vejo uma vez por ano por causa disso, e não consegue voltar no programa por falta na reunião, ou não consegue colher um exame porque aí falha também a coleta do exame, então atrasa a consulta, atrasa também a coleta de exame, aí o paciente diabético que eu tinha que ver a glicemia você vê um ano depois.</p>	<p>O atendimento coletivo permite maior interação entre o médico e sua clientela e fornece oportunidade de tirar dúvidas. Precisa melhorar a oferta de medicamentos. Atendimento coletivo com a enfermagem é repetitivo naquela UBS causando reclamações dos pacientes. Se o paciente não passar na orientação de enfermagem coletiva por algum motivo ele sai da sequência do seu cronograma e tem que ser reinserido tornando repetitiva a abordagem – isso causa dificuldade para o paciente voltar no programa. A UBS criou rotinas para “forçar” o paciente a passar pelos atendimentos coletivos e quando ele falta, ele não consegue seguir o cronograma proposto pelo programa. Isso tem gerado desassistência, o retorno médico que deveria ser de quatro meses chega a demorar um ano e com atraso nos exames de rotina. (acho que deve ter algum problema de fluxo interno dessa UBS para isso ocorrer – fica novamente claro o papel de polícia que a equipe da UBS tem sobre o paciente – além da questão da punição para quem falta ou não segue as rotinas preconizadas – a preocupação maior parece ser com a organização e o seguimento das rotinas do programa – protocolo – do que com as necessidades individuais de cada paciente. Observa-se que a rotina é repetitiva e realizada de forma impositiva.)</p>	<p>O que está bom - Atendimento médico coletivo - Atendimento de enfermagem coletivo</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
atrasa a consulta, atrasa também a coleta de exame, aí o paciente diabético que eu tinha que ver a glicemia você vê um ano depois.			
José Manoel: E a parte de medicamentos, impressos, rotinas, você tem algo que possa contribuir ou você acha que está bom?			
M2: A parte de medicação, considerando que não é só a fornecida no posto, mas tem também a medicação da farmácia popular, a medicação melhorou bastante. A parte dos impressos, eu tenho alguns problemas, com alguns impressos específicos do programa de pressão alta e diabetes que eu normalmente prefiro, neste posto especificamente, eu tenho o acolhimento da enfermagem, então o que que acontece, a enfermagem vai pegar uma folha de ficha clínica e fazer o acolhimento. Se eu pego o impresso específico de pressão e diabetes eu não vejo o atendimento de enfermagem eventual que aconteceu antes, então eu prefiro não usar a folha de atendimento de pressão alta e diabetes, eu prefiro continuar na ficha clínica normal, porque aí eu tenho uma sequência de atendimento, eu tenho o atendimento de enfermagem, a consulta eventual que passou, às vezes não é comigo, é com o colega que mudou um medicamento e eu preciso saber, aí eu tenho a consulta de gineco ou de acolhimento de outra coisa e aí... a enfermagem marca o que aconteceu, marca a pressão alta daquele hipertenso, então é a forma de eu ter outros controles numa sequência clínica total, da paciente e não uma coisa separada. Se eu abro uma folha do programa, eu tenho só o meu atendimento de quatro meses atrás, ou de seis meses, mas às vezes eu não tenho a informação do que a enfermagem escreveu, do acolhimento da enfermagem, ou a informação do que aconteceu, quando eu não estava aqui porque eu estava de férias, ou o paciente teve qualquer coisa e passou pelo colega, então eu não uso muitas vezes esse impresso, eu uso a ficha clínica geral, por o impresso está separando o paciente em partes e ele é um só, ele não é parcelado, ele é uma estrutura única, uma pessoa única.	A parte de medicação, considerando que não é só a fornecida no posto, mas tem também a medicação da farmácia popular, a medicação melhorou bastante. ... eu tenho alguns problemas, com alguns impressos específicos do programa de pressão alta e diabetes... ... neste posto especificamente, eu tenho o acolhimento da enfermagem, então o que que acontece, a enfermagem vai pegar uma folha de ficha clínica e fazer o acolhimento.... ... Se eu pego o impresso específico de pressão e diabetes eu não vejo o atendimento de enfermagem eventual... ... prefiro não usar a folha de atendimento de pressão alta e diabetes, eu prefiro continuar na ficha clínica normal, ... eu tenho uma sequência de atendimento, eu tenho o atendimento de enfermagem, a consulta eventual que passou, às vezes não é comigo, é com o colega que mudou um medicamento e eu preciso saber, aí eu tenho a consulta de gineco ou de acolhimento de outra coisa e aí... ... Se eu abro uma folha do programa, eu tenho só o meu atendimento de quatro meses atrás, ou de seis meses, mas às vezes eu não tenho a informação do que a enfermagem escreveu, do acolhimento da enfermagem,... ... então eu não uso muitas vezes esse impresso, eu uso a ficha clínica geral, por o impresso está separando o paciente em partes e ele é um só, ele não é parcelado, ele é uma estrutura única, uma pessoa única.	A oferta de medicamentos é adequada quando se soma o que é oferecido pela farmácia popular e a oferta da própria UBS. Prefere não utilizar os impressos específicos do programa porque: - dificultam ver o paciente como um todo. Não aparece os outros atendimento realizados na UBS – só o do programa. A enfermagem utiliza outro impresso e não registra as intercorrências do paciente nos impressos do programa. A utilização da ficha clínica geral da unidade permite ver o paciente como um todo. (Acho que essa UBS deve ter uma organização extrema que separa o paciente hipertenso / diabético do restante da UBS e demais atendimentos. Fica claro na reorganização do programa que isso não é desejável. Isso não é igual em cada unidade – elas tem liberdade para organizar seu processo de trabalho, mas, ficará como recomendação que seja revisto. Também ficou claro que se o impresso do programa fosse inserido no atendimento global da unidade permitindo o seguimento seria utilizado pelo M2. A prefeitura estará migrando para o prontuário eletrônico e provavelmente tudo terá que ser rediscutido).	
José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, em relação ao formato, que horário você acha que é melhor, dentro ou fora do horário de trabalho e com que frequência você acha que seria interessante receber atualizações?			
José Manoel: E quanto ao formato? Impressos, receber uma aula... o que você prefere?			
José Manoel: Tem algum outro formato que você acha interessante além desses?			
José Manoel: E com que frequência?			
M2: Eu acho que formação específica do trabalho ele tem que ser fornecida no horário de trabalho. Por que... porque este horário de trabalho que eu tenho é o horário que eu tenho disponível para esse serviço, em outro horário estou em outro serviço, estou no consultório ou na cirurgia então não tem como eu desmarcar uma cirurgia para	Eu acho que formação específica do trabalho ele tem que ser fornecida no horário de trabalho. ... porque este horário de trabalho que eu tenho é o horário que eu tenho disponível para esse serviço... ... em outro horário estou em outro serviço, estou no consultório ou na cirurgia então não tem como eu desmarcar uma cirurgia para fazer	A atualização referente a atuação nos programas da prefeitura devem ocorrer no horário de trabalho – em outros horários o médico tem outros compromisso e desmarcá-los poderá haver prejuízo financeiro. O formato preferido é aula, apesar de achar impresso	Capacitação médica: Horário Formato Frequência

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>fazer uma atualização de hipertensão, então eu acho que a atualização minha de hipertensão tem que ser no horário do meu serviço no posto, porque no horário da cirurgia eu não vou fazer.</p> <p>O impresso eu acho interessante, mas, acho a aula mais produtiva.</p> <p>Nós tivemos um tempo atrás umas aulas que foi online, você lembra disso? Aquelas foram legais também, foi interessante, eu sempre prefiro uma coisa assim de aula, porque para mim, é mais fácil do que o impresso.</p> <p>A frequência depende do aparecimento de alguma novidade, de medicação nova, ou do aparecimento do protocolo novo, porque se você entra com protocolo novo é mais fácil você juntar todo mundo e apresentar o protocolo inteiro para todo mundo, do que você dar picado para um e para outro, às vezes eu entendo uma coisa, você entende outra, eu entendo que tem que ser feito assim e você entende que tem que ser feito de outra forma.</p>	<p>uma atualização de hipertensão, então eu acho que a atualização minha de hipertensão tem que ser no horário do meu serviço no posto, porque no horário da cirurgia eu não vou fazer.</p> <p>O impresso eu acho interessante, mas, acho a aula mais produtiva.</p> <p>Nós tivemos um tempo atrás umas aulas que foi online, você lembra disso?</p> <p>... eu sempre prefiro uma coisa assim de aula, porque para mim, é mais fácil do que o impresso.</p> <p>A frequência depende do aparecimento de alguma novidade, de medicação nova, ou do aparecimento do protocolo novo,</p>	<p>interessante. (como dito acima, não sei se ele recebesse impresso iria disponibilizar um tempo para estudar – teria que ser no horário de trabalho)</p> <p>Mesmo se for online, aula é melhor que impresso.</p> <p>A frequência deve ser de acordo com o surgimento de novas demandas (alterações no protocolo e medicamentos)</p>	
<p>José Manoel: você acha que o médico pode dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para se utilizar de outras formas de atualização como educação à distância e internet?</p>			
<p>M2: Eu acho que sempre existe a chance de você se dedicar a uma educação à distância, o problema é assim, quanto de tempo você vai demandar nisso, e o quanto vai valer a pena essa educação a distância não só pra minha melhora pessoal, mas, para minha melhora de nível, de progressão dentro da profissão, isso inclui não só a progressão minha, mas a progressão de retorno financeiro, entendeu? Por que ninguém vai se dedicar a uma educação à distância assim, sem nenhum interesse de retorno financeiro, você tem que ter um retorno financeiro disso. Tem que ter um retorno pessoal, que o meu retorno pessoal existe, mas eu acho que o retorno financeiro também é importante senão você não consegue a adesão à educação à distância. Eu tô por exemplo, naquele curso da FIOCRUZ, daquele de envelhecimento, eu achei extremamente interessante e estou nele e vou nele até fevereiro, mas não é uma coisa fácil eu chegar na minha casa às 9h da noite, e sentar para estudar isso aqui. Tem dia que vai, tem dia que não vai, então... considerando que eu tenho as atualizações da cirurgia e outras coisas e às vezes eu tenho que revisar procedimentos que vou fazer quando vou fazer alguma coisa que não faço rotineiramente na cirurgia, então eu tenho que demandar algum tempo de revisão de cirurgia, de técnica cirúrgica, então tem tudo isso. Não adianta você querer que todo um grupo de médicos vá aderir</p>	<p>Eu acho que sempre existe a chance de você se dedicar a uma educação à distância...</p> <p>... quanto de tempo você vai demandar nisso, e o quanto vai valer a pena essa educação a distância não só pra minha melhora pessoal, mas, para minha melhora de nível, de progressão dentro da profissão,...</p> <p>... isso inclui não só a progressão minha, mas a progressão de retorno financeiro, entendeu?</p> <p>... Por que ninguém vai se dedicar a uma educação à distância assim, sem nenhum interesse de retorno financeiro, você tem que ter um retorno financeiro disso.</p> <p>... o retorno financeiro também é importante senão você não consegue a adesão à educação à distância.</p> <p>... Eu tô por exemplo, naquele curso da FIOCRUZ, daquele de envelhecimento, eu achei extremamente interessante e estou nele e vou nele até fevereiro, mas não é uma coisa fácil eu chegar na minha casa às 9h da noite, e sentar para estudar isso aqui. Tem dia que vai, tem dia que não vai, então... considerando que eu tenho as atualizações da cirurgia e outras coisas e às vezes eu tenho que revisar procedimentos que vou fazer quando vou fazer alguma coisa que não faço rotineiramente na cirurgia, então eu tenho que demandar algum tempo de revisão de cirurgia, de técnica cirúrgica, então tem tudo isso.</p> <p>Não adianta você querer que todo</p>	<p>Dedicaria desde que houvesse um retorno financeiro.</p> <p>Acredita que o treinamento retira do médico um tempo que ele poderia estar no consultório ou planejando uma cirurgia.</p> <p>(Nesta resposta fica claro que M2 entende que para trabalhar na UBS não tem necessidade de se aprimorar para fazer um trabalho melhor – não é o foco – parar para estudar e desempenhar melhor a sua profissão tem um custo que deve ser absorvido pela prefeitura e não pelo profissional. Já para realizar uma cirurgia particular ele estuda e planeja antes. Seria o atendimento na UBS um “bico”? Um emprego secundário? – Quantos médicos pensam assim? Como abordar essa realidade no treinamento? Não podemos nos tomar como parâmetro para planejar o treinamento.)</p>	<p>Dedicar um tempo à educação à distância.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
à educação à distância, sem algum retorno financeiro disso.	um grupo de médicos vá aderir à educação à distância, sem algum retorno financeiro disso.		
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas?			
M2: Eu acho que o atendimento multidisciplinar é muito importante, mas, nem sempre a gente tem essa retaguarda multidisciplinar. Quando falo de multidisciplinar, não falo só de especialista, falo também da questão da nutrição. Eu posso ser muito interessada em nutrição eu gosto e tenho uma facilidade muito grande, mas, eu não sou nutricionista, então às vezes eu preciso de uma nutricionista, uma coisa específica, eu preciso às vezes de um professor de educação física para orientar exercício para um monte de idosos artríticos e com artrose e com lombalgias básicas de todo idoso, então eu acho que o atendimento multidisciplinar é extremamente interessante e é muito importante. Eu preciso dessa retaguarda... que nem sempre eu tenho. Eu não posso suprir a falta da nutrição, do professor de educação física, não tem como suprir a falta de um assistente social, não dá, eu sou só a médica assistente, eu posso fazer algumas coisas extras mas eu não sou a assistente social responsável por isso, eu tenho limite na questão do exercício, na questão da nutrição.	... é muito importante, mas, nem sempre a gente tem essa retaguarda multidisciplinar. ... Quando falo de multidisciplinar, não falo só de especialista, falo também da questão da nutrição. ... muito interessada em nutrição eu gosto e tenho uma facilidade muito grande, mas, eu não sou nutricionista, então às vezes eu preciso de uma nutricionista,... ... eu preciso às vezes de um professor de educação física para orientar exercício para um monte de idosos artríticos e com artrose e com lombalgias básicas de todo idoso, então eu acho que o atendimento multidisciplinar é extremamente interessante e é muito importante. Eu preciso dessa retaguarda... que nem sempre eu tenho. ... não tem como suprir a falta de um assistente social, não dá, eu sou só a médica assistente, eu posso fazer algumas coisas extras mas eu não sou a assistente social responsável por isso, eu tenho limite na questão do exercício, na questão da nutrição.	É muito importante e sente falta de ter acesso a nutricionista, educador físico e assistente social. Se sente incapaz de suprir essas demandas só com o conhecimento médico. (Aqui não enxerga os outros membros da UBS como equipe multidisciplinar – provavelmente não trabalha em equipe pelas respostas já dadas – deve ficar isolada no consultório)	
José Manoel: As perguntas que eu tinha programado são essas, você tem alguma colocação a mais, alguma contribuição?			
M2: O que é muito difícil, o que é muito complicado, para mim é conseguir a consulta com especialista quando eu tenho coisas que eu não sei resolver, vamos combinar que eu sou cirurgiã de superfície, não é não? Como o povo diz, cirurgiã de superfície, então tudo bem, eu atendo clínica mas eu tenho o meu limite então algumas vezes eu preciso de um cardiologista e eu tenho dificuldades com o encaminhamento com o especialista. Essa acho que é a minha maior dificuldade – é essa questão – quando o paciente precisa sair da rede básica para ir pra rede especializada e eu não tenho muitas vezes essa retaguarda. Minha maior dificuldade nesse caso é essa.	... mim é conseguir a consulta com especialista quando eu tenho coisas que eu não sei resolver ... quando o paciente precisa sair da rede básica para ir pra rede especializada e eu não tenho muitas vezes essa retaguarda. Minha maior dificuldade nesse caso é essa.	Tem dificuldade em atender determinados casos e precisa do apoio dos especialistas porque tem a formação cirúrgica. Falta retaguarda de especialidades na Policlínica algumas vezes.	Limitações do médico da UBS. Consultas com especialidades.

Análise da Entrevista com M3

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: M3, o que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos, o que você acha que está bom e o que você acha que poderia melhorar.			
M3: Olha, eu acho que em relação ao programa muita coisa poderia melhorar desde o..., em relação especificamente ao posto que eu trabalho falta o atendimento de enfermagem adequado né, por que	... muita coisa poderia melhorar... em relação especificamente ao posto que eu trabalho... falta o atendimento de enfermagem adequado né, por que o atendimento não pode ser só do	O programa na UBS que trabalha tem problemas: 1) falta atendimento de enfermagem adequado (falta tempo na consulta médica para falar tudo que	Dificuldades encontradas atualmente na UBS que trabalha.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>o atendimento não pode ser só do médico por que o tempo do médico não é o eficaz, não é suficiente para gente falar das dietas, atividade física, medicamentos, não dá pra gente conseguir falar tudo isso numa consulta, então precisaria ter um profissional que seja um técnico, um auxiliar ou mesmo enfermeiro para poder esclarecer em relação a isso, esses outros detalhes, não só a medicação. O médico ficaria mais para ver a medicação, ver os exames necessários, ajustar a dose de medicamentos, agora para falar em relação ao resto, peso, dieta, atividade física, outras coisas, eu acho que a enfermagem poderia atuar melhor, não sei como é nos outros postos, mas aqui eu vejo essa dificuldade, além disso, a medicação, não tem como não falar, eu acho que muitos medicamentos estão desatualizados, precisaria melhorar né... medicamentos necessários hoje em dia para o tratamento não só de programa, mas, pros fatores de risco não tem no posto né... e em relação a outra coisa também que a gente fica com um tempo escasso, às vezes a gente precisa que o paciente volte mais rápido e ele acaba não conseguindo voltar por falta de vagas, por falta de atendimento médico, número de profissional não é adequado, então a gente passa por isso aqui também. Às vezes o paciente precisa vir num retorno mais rápido e acaba não tendo vaga, acaba não passando e aí complica né. Então eu acho que precisaria de mais, também, mais profissionais médicos nos postos para poder ter um atendimento melhor por que o volume de pacientes está aumentando muito, isso eu percebo desde que eu entrei aqui.</p>	<p>médico por que o tempo do médico não é o eficaz, não é suficiente para gente falar das dietas, atividade física, medicamentos, não dá pra gente conseguir falar tudo isso numa consulta, então precisaria ter um profissional que seja um técnico, um auxiliar ou mesmo enfermeiro para poder esclarecer em relação a isso, esses outros detalhes, não só a medicação.</p> <p>... O médico ficaria mais para ver a medicação, ver os exames necessários, ajustar a dose de medicamentos, agora para falar em relação ao resto, peso, dieta, atividade física, outras coisas, eu acho que a enfermagem poderia atuar melhor, não sei como é nos outros postos, mas aqui eu vejo essa dificuldade,</p> <p>... a medicação, não tem como não falar, eu acho que muitos medicamentos estão desatualizados,... para o tratamento não só de programa, mas, pros fatores de risco não tem no posto né...</p> <p>... que a gente fica com um tempo escasso, às vezes a gente precisa que o paciente volte mais rápido e ele acaba não conseguindo voltar por falta de vagas, por falta de atendimento médico, número de profissional não é adequado, então a gente passa por isso aqui também.</p> <p>Às vezes o paciente precisa vir num retorno mais rápido e acaba não tendo vaga, acaba não passando e aí complica né. Então eu acho que precisaria de mais, também, mais profissionais médicos nos postos</p>	<p>precisa falar – o médico deveria só se preocupar com atenção medicamentosa)</p> <p>2) medicamentos desatualizados para o tratamento dessas doenças e suas complicações.</p> <p>3) Pouco tempo para a consulta médica.</p> <p>4) Falta de oferta de vagas na sua agenda leva a retorno dos pacientes mais longos que o desejado pelo médico.</p> <p>5) A população está crescendo e faltam médicos na UBS.</p>	
José Manoel: Em relação ao programa em si, a estrutura, medicação, impressos... o que precisaria melhorar na estrutura dele?			
<p>M3: Eu acho que em relação ao impresso não é o mais importante. Teria que mudar em relação ao medicamento especificamente, eu acho que teria que ter medicação no posto de saúde, medicamentos melhores, a Losartana tem na farmácia popular, mas, alguns pacientes ainda tem dificuldade em conseguir por que a farmácia às vezes não tem, mesmo um errinho na receita é negado, então, se tivesse aqui na rede seria bem melhor né, medicamento para o tratamento de colesterol, é uma coisa hoje fundamental para a prevenção cardiovascular, hoje em dia é uma coisa assim muito... fundamental, o tratamento do hipertenso e diabético com dislipidemia, se você não tiver uma estatina junto você não consegue tratar ou você trata de um jeito não adequado. Então hoje em dia tem</p>	<p>Eu acho que em relação ao impresso não é o mais importante. Teria que mudar em relação ao medicamento especificamente, eu acho que teria que ter medicação no posto de saúde, medicamentos melhores, a Losartana tem na farmácia popular, mas, alguns pacientes ainda tem dificuldade em conseguir por que a farmácia às vezes não tem, mesmo um errinho na receita é negado, ...</p> <p>... rede seria bem melhor né, medicamento para o tratamento de colesterol, é uma coisa hoje fundamental para a prevenção cardiovascular, hoje em dia é uma coisa assim muito... fundamental, o tratamento do hipertenso e diabético com dislipidemia,</p> <p>... Então hoje em dia tem medicamentos baratinhos, na farmácia popular também, mas, muitas vezes o paciente não</p>	<p>Os impressos não são importantes.</p> <p>Faltam disponibilizar alguns medicamentos na UBS. O fato de ter que buscar medicamentos como Losartana na farmácia popular gera transtornos ao paciente e às vezes eles não tem acesso à medicação. O mesmo acontece com outros medicamentos.</p> <p>Falta medicamento para tratamento hipercolesterolemia que é um fator de risco cardiovascular importante. Falta também medicamento para problemas na tireóide.</p> <p>Os medicamentos disponíveis na rede básica na sua maioria estão ultrapassados e causam</p>	Medicamentos não adequados

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
medicamentos baratinhos, na farmácia popular também, mas, muitas vezes o paciente não consegue adquirir pelos mesmos problemas da Losartana. Então... e outros medicamentos também que estariam faltando né, medicamento para tireóide, outras classes de medicamentos que a gente não encontra no posto, por exemplo, beta bloqueador só tem o Propranolol, é... o Captopril que você está vendo que está cada vez mais ultrapassado, bloqueador de canal de cálcio só Nifedipina que dá muitos efeitos colaterais, então são outras coisas que podem ser mudadas por que o medicamento está muito preso, são muitos anos os mesmos medicamentos e a medicina evoluindo, a medicina melhorando e a gente tá parado nos mesmos medicamentos já há muitos anos, entendeu? Basicamente isso.	consegue adquirir pelos mesmos problemas da Losartana. Então... e outros medicamentos também que estariam faltando né, medicamento para tireóide, outras classes de medicamentos que a gente não encontra no posto, por exemplo, beta bloqueador só tem o Propranolol, é... o Captopril que você está vendo que está cada vez mais ultrapassado, bloqueador de canal de cálcio só Nifedipina que dá muitos efeitos colaterais,... ... são muitos anos os mesmos medicamentos e a medicina evoluindo, a medicina melhorando e a gente tá parado nos mesmos medicamentos já há muitos anos, entendeu?	muitos efeitos colaterais. (eu trabalho na prefeitura de Sorocaba há quase 20 anos e os medicamentos são praticamente os mesmos...)	
José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações em relação ao formato, com que frequência? [M3: Atualizações em que você diz?] Sobre o programa, alguma capacitação...			
Á... então, eu acho que seria importante, a capacitação é importante eu vejo aí, enfermagem tendo aulas, tendo atualizações, programa de educação continuada, a enfermagem, pediatras... e os clínicos sempre..., nunca tem, o pouco que tem são horários fora do horário normal, que a gente não tem disponibilidade, plantão, horário noturno, alguma coisa assim que a gente não tem disponibilidade, então poderia ter atualização em um programa de educação continuada, palestras de atualização, mas, dentro do horário do posto acho que um dia de vez em quando, sem um clínico não vai fazer falta sendo que ele vai estar se atualizando, não vai estar fazendo alguma outra coisa, entendeu?	Á... então, eu acho que seria importante, a capacitação é importante eu vejo aí, enfermagem tendo aulas, tendo atualizações, programa de educação continuada, a enfermagem, pediatras... e os clínicos sempre..., nunca tem,... ... pouco que tem são horários fora do horário normal, que a gente não tem disponibilidade, plantão, horário noturno, alguma coisa assim que a gente não tem disponibilidade,... ... um programa de educação continuada, palestras de atualização, mas, dentro do horário do posto acho que um dia de vez em quando, sem um clínico não vai fazer falta sendo que ele vai estar se atualizando, não vai estar fazendo alguma outra coisa, entendeu?	Profissionais de outras áreas passam por treinamentos de educação continuada e o médico não. Quando é oferecido, acontece fora do horário de trabalho e o médico não tem disponibilidade de participar. Seria importante um programa de educação continuada dentro do horário de trabalho do clínico.	Atualizações – formato, frequência...
José Manoel: E o formato, qual seria melhor, aulas, apostilas, um CD ROM, educação a distância, algo no computador... qual formato seria melhor para você?			
José Manoel: E com qual frequência você acha que isso poderia acontecer?			
M3: Eu acho que tudo isso aí que você falou é válido, aulas poderiam ser dadas, um CD também para gente poder receber atualizações, acho que todas as formas de educação continuada são poderiam ser feitas, poderiam ser implantadas né... Eu acho assim..., isso depende muito de como que tá indo em relação ao programa, né, por que aqui a gente tem pacientes que tratam a cada dois meses, a cada três meses, então a gente poderia estar fazendo isso não de uma forma mensal, mas, dependendo do conteúdo que vai ser dado bimestral, trimestral, atualizações, eu acho que isso sempre tem, a medicina está se atualizando muito, evoluindo muito e a gente fica sempre meio parado aqui nas unidades, em relação a atualizações.	... acho que todas as formas de educação continuada são poderiam ser feitas,... ... , dependendo do conteúdo que vai ser dado bimestral, trimestral, atualizações, eu acho que isso sempre tem, a medicina está se atualizando muito, evoluindo muito e a gente fica sempre meio parado aqui nas unidades, em relação a atualizações.	Todas as formas de educação continuada são válidas. A frequência depende dos avanços do programa – necessidade de atualizações – poderia ser bimestral ou trimestral.	Atualizações – formato, frequência...

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: Você acha que um médico poderia dedicar um tempo do seu horário fora do expediente para receber atualizações, por exemplo, educação a distância?			
M3: Sim, eu acho que isso é válido, né, poderia ser feito palestras dentro do horário do serviço, mas, uma vez ou outra fora do horário também é válido, no final de semana... desde que não seja uma rotina, é lógico, mais um final de semana, um horário noturno, EVENTUALMENTE poderia acontecer, mas acho que vale a pena também o... a... prefeitura no caso fazer atualizações dentro do horário de serviço do médico, eu acho que isso é importante, não acho que isso não seja importante, é muito importante, a gente precisa de atualização né...	Sim, eu acho que isso é válido, né, poderia ser feito palestras dentro do horário do serviço, mas, uma vez ou outra fora do horário também é válido, no final de semana... desde que não seja uma rotina, é lógico, mais um final de semana, um horário noturno, EVENTUALMENTE poderia acontecer, mas acho que vale a pena também o... a...	Preferencialmente dentro do horário de serviço. Fora do horário de trabalho o treinamento deve ser eventual. Mesmo fora do horário de trabalho acha importante receber treinamentos.	
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar dentro desses programas?			
M3: É muito importante, a gente precisaria aqui de nutricionista, de o atendimento da enfermagem funcionar..., ter palestras, seria importante aqui palestras para os pacientes entendeu... Precisa vir especialistas não do posto mais de outras áreas também, dar palestras para os pacientes, fazer uma palestra coletiva, fazer uma aula sobre alimentação, uma aula sobre atividade física, mas, uma pessoa especializada na área, eu acho que isso é fundamental.	É muito importante, a gente precisaria aqui de nutricionista, de o atendimento da enfermagem funcionar..., Precisa vir especialistas não do posto mais de outras áreas também, dar palestras para os pacientes, fazer uma palestra coletiva, fazer uma aula sobre alimentação, uma aula sobre atividade física, mas, uma pessoa especializada na área, eu acho que isso é fundamental.	Entende que o trabalho multidisciplinar é muito importante e sente falta disso, tanto na equipe da própria UBS, quanto na vinda de profissionais de fora da unidade para fazer abordagens específicas.	Abordagem multidisciplinar.
José Manoel: Tá bom, M3, das perguntas que eu tinha para fazer são estas, você gostaria de fazer mais algum comentário, alguma outra contribuição?			
M3: Não... eu acho que... o importante é isso aí em relação a última pergunta é enfatizar essa importância – aulas são importantes, não só aulas para os profissionais, mas para os pacientes também porque aqui no meu posto especificamente isso não acontece, não sei como é nos outros postos, mas no meu especificamente não acontece, a gente vê o paciente muitas vezes praticamente sem nenhuma orientação ele sai daqui com a receita e só, a função dele ele acha que é só tomar a medicação, não sabe como que é a dieta, um programa de atividade física, aqui começou agora, um tempo atrás o “Projeto Caminhada” uma coisa que no meu posto é uma coisa recente, tinha assim mais muito esporádico, então, acho que tudo isso é importante, não só o atendimento médico, mas o atendimento multidisciplinar como foi colocado.	... – aulas são importantes, não só aulas para os profissionais, mas para os pacientes também porque aqui no meu posto especificamente isso não acontece, não sei como é nos outros postos, mas no meu especificamente não acontece, a gente vê o paciente muitas vezes praticamente sem nenhuma orientação ele sai daqui com a receita e só, a função dele ele acha que é só tomar a medicação, não sabe como que é a dieta, um programa de atividade física, aqui começou agora um tempo atrás o “Projeto Caminhada” uma coisa que no meu posto é uma coisa recente, tinha assim mais muito esporádico, então, acho que tudo isso é importante, não só o atendimento médico, mas o atendimento multidisciplinar como foi colocado.	Além dos profissionais de saúde, os pacientes deveriam também passar por orientações – dieta, como tomar o medicamento – Equipe multidisciplinar. Isso não ocorre naquela UBS. (Esse médico entrevistado é cardiologista – dá para perceber a preocupação mais técnica – fatores de risco, medicamentos disponíveis, etc. Parece que não tem atendimento multidisciplinar na UBS – por outro lado vemos uma situação recorrente que é a passividade dos médicos em relação à equipe – apesar de incomodar a falta de atenção multidisciplinar, em momento algum ele citou alguma ação partindo dele para juntar a equipe e propor essa abordagem – o trabalho médico é mais isolado)	Equipe multidisciplinar.

Análise da entrevista com M4

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: M4, o que o senhor acha dos atuais programas para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes existente na rede de atenção primária? O que você acha que está bom e o que poderia melhorar no atual programa?			
M4: Nós que já tivemos, né, uma	Nós que já tivemos, né, uma	Trabalha há muitos anos na	Como o médico

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>experiência, um contato de alguns anos atrás trabalhando na rede pública...</p> <p>... uma mudança importante né, quem viu, quem trabalhou na rede pública há 10 anos atrás, e trabalhou hoje viu o quanto houve de investimento, o quanto houve de mudança, o quanto houve de agregação de valores é... nesse universo da saúde pública, principalmente se tratando da saúde do adulto</p> <p>Eu tenho feito reuniões de OMC – orientação médica coletiva, e ali eu acabei agregando e introduzindo é... vários conceitos, várias diretrizes que eu tenho passado para os pacientes, é claro, com a autorização dos respectivos coordenadores das unidades que eu trabalho e eles gostaram muito</p> <p>... é que em algumas das reuniões que eu tive teve a participação até de professora e alunas de enfermagem de uma universidade que faz estágio com a gente e eles gostaram muito também, por que? Porque é... o que eu vinha e eu venho notando é que não é só você atender o paciente em uma sala de consultório dar uma receita, passar um remédio novo sem você fazer que o paciente viva, entenda o por que da unidade básica da saúde, tem que entender o por que daquilo, senão ele acaba vindo aqui somente para buscar o remédio e vai embora, né...</p> <p>...então que nós conseguimos descobrir e identificar é que nesse primeiro momento de somente passar uma receita e pouco se falar com o paciente sobre a sua doença, o porque da unidade de saúde né... é... o contingente de pacientes que não seguem o tratamento corretamente é muito grande, pacientes que não valorizam não só o médico, mas, a unidade, não valorizam o próprio medicamento, não valorizam a si próprio, não se cuidando bem. Então, o que eu comecei a fazer, isso faz quatro anos, eu entrei na rede novamente. Eu comecei nas reuniões com os pacientes começar a explicar desde como funciona o posto, para que existe o posto de saúde, quais são os tipos de programa, refinando mais o que diz respeito ao programa do adulto né, então, como que funciona o posto, desde uma entrada, uma recepção que tá lá para ajudar e não para discutir com o paciente e vice versa, os tipos de consulta que existe no posto, a consulta eletiva né, a consulta emergencial, a consulta programada, o acolhimento, então, tudo isso é ensinado ao paciente para que ele saiba como usar o posto de saúde né. E eles passaram a entender melhor, eles passaram a</p>	<p>experiência, um contato de alguns anos atrás trabalhando na rede pública...</p> <p>viu o quanto houve de investimento, o quanto houve de mudança, o quanto houve de agregação de valores é... nesse universo da saúde pública, principalmente se tratando da saúde do adulto</p> <p>Eu tenho feito reuniões de OMC – orientação médica coletiva, e ali eu acabei agregando e introduzindo é... vários conceitos, várias diretrizes que eu tenho passado para os pacientes, é claro, com a autorização dos respectivos coordenadores das unidades que eu trabalho e eles gostaram muito...</p> <p>... em algumas das reuniões que eu tive teve a participação até de professora e alunas de enfermagem de uma universidade que faz estágio com a gente e eles gostaram muito também, por que? Porque é... o que eu vinha e eu venho notando é que não é só você atender o paciente em uma sala de consultório dar uma receita, passar um remédio novo sem você fazer que o paciente viva, entenda o por que da unidade básica da saúde, tem que entender o por que daquilo, senão ele acaba vindo aqui somente para buscar o remédio e vai embora, né...</p> <p>...então que nós conseguimos descobrir e identificar é que nesse primeiro momento de somente passar uma receita e pouco se falar com o paciente sobre a sua doença, o porque da unidade de saúde né... é... o contingente de pacientes que não seguem o tratamento corretamente é muito grande, pacientes que não valorizam não só o médico, mas, a unidade, não valorizam o próprio medicamento, não valorizam a si próprio, não se cuidando bem.</p> <p>... começar a explicar desde como funciona o posto, para que existe o posto de saúde, quais são os tipos de programa, refinando mais o que diz respeito ao programa do adulto né, então, como que funciona o posto, desde uma entrada, uma recepção que tá lá para ajudar e não para discutir com o paciente e vice versa, os tipos de consulta que existe no posto, a consulta eletiva né, a consulta emergencial, a consulta programada, o acolhimento, então, tudo isso é ensinado ao paciente para que ele saiba como usar o posto de saúde né. E eles passaram a entender melhor, eles passaram a gostar, a entender mais... e a saber usar, então é... desde o momento que eles entram aqueles que têm a consulta programada para o ano todo no respectivo programa seja de hipertensão, seja de diabetes, ou através de uma consulta eletiva fora de hora que nós chamamos de uma</p>	<p>rede pública e percebe que houveram agregação de valores no Programa do Adulto nestes últimos 10 anos.</p> <p>M4 teve iniciativa de introduzir novos conceitos e diretrizes na OMC (Orientação Médica Coletiva – trabalho de grupo com pacientes) com anuência dos coordenadores.</p> <p>O trabalho de grupo que ele faz chama atenção dos pacientes e também de estudantes que fazem estágio na UBS.</p> <p>Um dos focos do trabalho de grupo é mostrar para o paciente a razão dele passar pela palestra, como a UBS funciona e como utilizar o serviço de saúde. Procura dar “significado” para o atendimento da UBS. Com o tempo M4 percebeu que alguns pacientes não valorizam o trabalho da UBS, não valorizam o tratamento e não se valorizam – isso dificulta o autocuidado. Isso motivou a mudar o formato da palestra.</p> <p>Passou a mostrar detalhes do funcionamento da UBS e do programa, como funciona o agendamento das consultas e isso tem tornado os pacientes menos ansiosos em relação ao uso da UBS e do programa. Em relação ao tratamento, deixa claro o que é uma consulta eletiva e uma eventual, a importância da aderência ao tratamento medicamentos, reforçando a questão de que quando o medicamento acaba no final de semana não pode interromper o tratamento – devem procurar a farmácia popular... Percebeu haver muita desinformação e o seu foco é acabar com ela.</p> <p>Quando passou a informar melhor o paciente houve melhora na aderência ao tratamento – percebe isso nos seus pacientes. Isso aumentou a cumplicidade e mudou a visão do usuário em relação à UBS que deixou de ser um fornecedor de medicamentos para ser uma instituição que está ali para ajuda-los no tratamento e ser apoio para eles.</p> <p>Aborda também que está aberto para trabalhar em conjunto com médicos particulares desde que</p>	<p>da UBS vê o programa.</p> <p>Proposta de nova abordagem na OMC – menos técnica e mais voltada às dúvidas do cliente.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
gostar, a entender mais... e a saber usar, então é... desde o momento que eles entram aqueles que têm a consulta programada para o ano todo no respectivo programa seja de hipertensão, seja de diabetes, ou através de uma consulta eletiva fora de hora que nós chamamos de uma consulta eletiva eventual, então, a partir disso o paciente, eu comecei a notar que os pacientes começaram a ficar menos ansiosos, começaram a se portar de uma maneira mais tranquila, passaram a procurar menos o médico na porá do consultório fora de hora, porque eles começaram a ser treinados a ter disciplina e seguir um caminho correto né... das coisas, então, pelo menos comigo, eu comecei a notar que os meus pacientes que passam comigo rotineiramente eles já sabem como funciona o posto, como eu trabalho e isso começou a render mais, e também, fazendo parte da orientação médica coletiva primeiro eu ensino como é o posto de saúde, a dinâmica do posto de saúde, o que a prefeitura investiu, o que a secretaria da saúde da cidade de Sorocaba investiu nesses anos todos, como era o posto que eles usavam 10 a 15 anos atrás e como é hoje e muitas coisas que eles não sabem. Depois, o passo seguinte né..., é conversar sobre o que? É conversar sobre o tratamento deles, o programa a que eles pertencem, então eu mostro que eles têm... que eles têm que saber... dosar e saber a consulta programada, não faltar nas consultas, tudo tem uma razão de ser, então as consultas eletivas e diferenciar quando é uma quando é outra, sobre as medicações, eu vou a fundo nas medicações, as evoluções que teve nessa última década nos medicamentos disponíveis na unidade de saúde né... o que tem hoje, o que foi agregado do governo federal do programa da farmácia popular, como usar a receita... é... eu verificava, eu verifiquei muito nesses anos o paciente que acabava o remédio, mas era uma sexta feira aqui e sexta era feriado então eles voltavam na segunda pegar remédio no posto mas ele ficava sem medicação no final de semana então orientamos para que na farmácia popular ele pegue o mesmo medicamento de sábado, domingo, feriado, você entende?, então eu comecei a notar que muitas informações os pacientes não tinham, informações básicas, simples, informações cotidianas. Então eu comecei a aumentar esse número de informações e eles começaram a se interessar mais, pelo menos os pacientes que passam comigo não deixam de tomar medicamentos né... tudo é	consulta eletiva eventual, então, a partir disso o paciente, eu comecei a notar que os pacientes começaram a ficar menos ansiosos, começaram a se portar de uma maneira mais tranquila, passaram a procurar menos o médico na porá do consultório fora de hora, porque eles começaram a ser treinados a ter disciplina e seguir um caminho correto né... das coisas, então, pelo menos comigo, eu comecei a notar que os meus pacientes que passam comigo rotineiramente eles já sabem como funciona o posto, como eu trabalho e isso começou a render mais, e também, fazendo parte da orientação médica coletiva primeiro eu ensino como é o posto de saúde, a dinâmica do posto de saúde, o que a prefeitura investiu, o que a secretaria da saúde da cidade de Sorocaba investiu nesses anos todos, como era o posto que eles usavam 10 a 15 anos atrás e como é hoje e muitas coisas que eles não sabem. ... É conversar sobre o tratamento deles, o programa a que eles pertencem, então eu mostro que eles têm... que eles têm que saber... dosar e saber a consulta programada, não faltar nas consultas, tudo tem uma razão de ser, então as consultas eletivas e diferenciar quando é uma quando é outra, sobre as medicações, eu vou a fundo nas medicações, as evoluções que teve nessa última década nos medicamentos disponíveis na unidade de saúde né... o que tem hoje, o que foi agregado do governo federal do programa da farmácia popular, como usar a receita... é... eu verificava, eu verifiquei muito nesses anos o paciente que acabava o remédio, mas era uma sexta feira aqui e sexta era feriado então eles voltavam na segunda pegar remédio no posto mas ele ficava sem medicação no final de semana então orientamos para que na farmácia popular ele pegue o mesmo medicamento de sábado, domingo, feriado, você entende?, então eu comecei a notar que muitas informações os pacientes não tinham, informações básicas, simples, informações cotidianas. ... eu comecei a aumentar esse número de informações e eles começaram a se interessar mais, pelo menos os pacientes que passam comigo não deixam de tomar medicamentos né... eles começaram a ficar cúmplices, começou a criar uma cumplicidade dessa convivência de tratamento e eles começaram a ver a unidade básica de saúde não como postinho que vai lá para pegar medicamento, pegar remédio, e sim como um, uma... entidade séria e	dentro do protocolo – o paciente não deve esconder outros tratamentos – o médico deve saber para tentar “juntar” em um único. Aborda também a questão do tratamento ser individual – não deve dividir o tratamento com outro membro da família. Outro foco está na solicitação de exames complementares – deixa claro para o cliente como é a rotina e as limitações impostas ao médico da UBS para pedir exames de maior complexidade. Procura mostrar que o custo do tratamento e dos exames está saindo do “bolso” do próprio cliente, logo, não pode haver desperdício. Reforça que quem já assistiu aquela palestra pode continuar tendo proveito assistindo novamente, pois, é uma oportunidade de reforçar o que aprendeu e tirar dúvidas. Comenta que essas abordagens que faz no OMC é fruto da experiência de 4 anos de adaptação. Criou na UBS uma rotina de disciplinar o uso e emissão de receitas médicas – procurou “disciplinar” o paciente que tinha várias receitas de vários médicos. O fato de deixar claro para os seus pacientes a sua forma de trabalhar tornou o trabalho mais harmônico e melhorou a relação entre eles. (Quando fiz essa entrevista achei que o médico estava desviando do foco para não mostrar que ele não conhecia o protocolo. Ele é prolixo e me pareceu que estava escondendo algo. Por outro lado, ao fazer a análise da entrevista de forma mais isenta, vejo que com as limitações que ele tem – não sei com qual motivação – ele está tomando um caminho que me pareceu ser interessante, isso por que o que queremos é empoderar o cliente e ele está tentando fazer isso. Você percebe também uma relação vertical com a clientela, apesar da tentativa de horizontalização aparente nas palestras, na prática me pareceu existir uma relação de poder do médico sobre o cliente e não uma	

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>explicado, você trata 10 anos de hipertensão, você fica uma semana sem remédio, você jogou fora dez anos de tratamento, vai começar de novo, e o medicamento que você vinha usando que era tão bom, de repente pode passar a não fazer mais efeito vai ter que começar com tratamento novo, com todo período de adaptação, então, tudo isso é passado para o paciente, e eu comecei a notar que eles começaram a ficar cúmplices, começou a criar uma cumplicidade dessa convivência de tratamento e eles começaram a ver a unidade básica de saúde não como postinho que vai lá para pegar medicamento, pegar remédio, e sim como um, uma... entidade séria e grande que tá lá para ajudar que é o ponto de apoio deles né.</p> <p>Então, explico também que é uma coisa que vinha acontecendo e identifiquei que muitos pacientes iam em médicos particulares, vão em convênios, mas, tem vergonha ou tem medo de contar pro médico do posto, então o que que eu coloco nas reuniões, nós, médicos, do posto ou do consultório particular ou convênio estamos para ajudar o paciente, não é para esconder informação, não é para ter duas receitas, para esconder o tratamento. Traz todas essas informações para o médico que eu normatizo num, num tratamento único, eu procuro colocar numa receita só, eu congrego o tratamento do especialista, aliás, hierarquicamente o especialista está acima do clínico do posto, mas, numa convivência harmônica, entendeu? Então eles me trazem as receitas e eu mostro para eles a... um medicamento "X" que o médico deu no consultório custa caro, mas, traz para mim que eu sei as drogas que compões aquele medicamento e eu procuro transcrever no receituário do SUS aquele mesmo medicamento de uma forma que eles encontrem na farmácia popular o que vai ser menos oneroso para o paciente né..., então, nós procuramos passar esses conceitos, explicar pro paciente também que pelo "CRM" você não tem a obrigação de transcrever tudo que o paciente traz, você tem que conhecer o medicamento e concordar com o tratamento proposto pelo outro colega e então você transcreve – se você não conhecer o outro medicamento você não transcreve. Então, eu gasto mais ou menos um tempo dessa reunião explicando toda a dinâmica do receituário, toda a dinâmica das medicações, toda a dinâmica dos medicamentos que têm na rede pública, oi que não tem... então, eles começaram a se mostrar mais</p>	<p>grande que tá lá para ajudar que é o ponto de apoio deles né.</p> <p>... identifiquei que muitos pacientes iam em médicos particulares, vão em convênios, mas, tem vergonha ou tem medo de contar pro médico do posto, então o que que eu coloco nas reuniões, nós, médicos, do posto ou do consultório particular ou convênio estamos para ajudar o paciente, não é para esconder informação, não é para ter duas receitas, para esconder o tratamento.</p> <p>... Então eles me trazem as receitas e eu mostro para eles a... um medicamento "X" que o médico deu no consultório custa caro, mas, traz para mim que eu sei as drogas que compões aquele medicamento e eu procuro transcrever no receituário do SUS aquele mesmo medicamento de uma forma que eles encontrem na farmácia popular o que vai ser menos oneroso para o paciente né..., então, nós procuramos passar esses conceitos, explicar pro paciente também que pelo "CRM" você não tem a obrigação de transcrever tudo que o paciente traz, você tem que conhecer o medicamento e concordar com o tratamento proposto pelo outro colega e então você transcreve – se você não conhecer o outro medicamento você não transcreve.</p> <p>... eu gasto mais ou menos um tempo dessa reunião explicando toda a dinâmica do receituário, toda a dinâmica das medicações, toda a dinâmica dos medicamentos que têm na rede pública...</p> <p>Entendem também que se mesmo na mesma família o marido e a mulher tomas os mesmos remédios, cada um tem que tomar a sua receita, existe um comodismo de primeiro usar uma receita só para depois usar outra. Então eles passaram a entender a importância de valorizar a receita individual e todos participarem e ajudarem na forma de utilizar os medicamentos.</p> <p>Próximo passo: exames laboratoriais, exames de imagem. Então eles passaram a entender depois das nossas explicações que não ha necessidade de a cada mês, a cada dois meses, pedir exames, existe uma normatização – os exames tem um preço, tem um custo que sai do bolso deles através dos impostos então tudo isso é colocado. Eles passaram a entender e a valorizar o momento certo de pedir exames coisa que não respeitavam e ficavam bravos quando a gente falava que não havia necessidade.</p> <p>... então é explicado que até um certo limite o médico do posto pode pedir exames, mas, outros exames, não pode. Ele não tem autonomia.</p>	<p>negociação.</p>	

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>interessados, Entender como se muda os remédios, o porque dos remédios, por que eu tomo um e o meu vizinho do lado toma 3, 4 ou 5. Eles entendem a importância disso tudo. Entendem também que se mesmo na mesma família o marido e a mulher tomas os mesmos remédios, cada um tem que tomar a sua receita, existe um comodismo de primeiro usar uma receita só para depois usar outra. Então eles passaram a entender a importância de valorizar a receita individual e todos participarem e ajudarem na forma de utilizar os medicamentos. Próximo passo: exames laboratoriais, exames de imagem. Então eles passaram a entender depois das nossas explicações que não há necessidade de a cada mês, a cada dois meses, pedir exames, existe uma normatização – os exames tem um preço, tem um custo que sai do bolso deles através dos impostos então tudo isso é colocado. Eles passaram a entender e a valorizar o momento certo de pedir exames coisa que não respeitavam e ficavam bravos quando a gente falava que não havia necessidade. Hoje eles já entendem que normalmente os exames são pedidos uma vez ao ano de rotina ou em casos excepcionais, pede-se mais a miúdo conforme o caso, conforme a necessidade de cada paciente né... e em se tratando de exames mais diferenciados as vezes eles vem com pedido do convênio ou de médico particular de determinados exames mais diferenciados, então é explicado que até um certo limite o médico do posto pode pedir exames, mas, outros exames, não pode. Ele não tem autonomia. Então esses exames mais elaborados como um eco comum ou um “eco-doppler” uma tomografia computadorizada, uma ressonância magnética, então nos temos que encaminhar esses pacientes para a policlínica par o especialista e ele que vai pedir esses exames. Eles brigavam sempre com a gente porque nós nos recusávamos a pedir certos exames diferenciados e caros. Hoje eles já entende por que? Porque agora eles têm informações do que pode e do que não pode, você entende? Então através dessa reunião, do OMC é... a gente vem colocando todas essas situações né... e logo no começo dessa reunião eu já falo: quem já assistiu essa reunião – de 7, 8 ou 10, sempre 1 ou 2 já assistiram comigo então eu reforço – “que bom que você voltou, é melhor ler um livro cinco vezes do que ler cinco livros de uma vez só” - você aprende muito mais, você absorve cada vez que você repete e o nosso</p>	<p>Então esses exames mais elaborados como um eco comum ou um “eco-doppler” uma tomografia computadorizada, uma ressonância magnética, então nos temos que encaminhar esses pacientes para a policlínica par o especialista e ele que vai pedir esses exames. ... quem já assistiu essa reunião – de 7, 8 ou 10, sempre 1 ou 2 já assistiram comigo então eu reforço – “que bom que você voltou, é melhor ler um livro cinco vezes do que ler cinco livros de uma vez só” - você aprende muito mais, você absorve cada vez que você repete e o nosso aprendizado é por repetição, então, eu tenho sentido nestes quatro anos que estou na rede que estou colhendo frutos, eu estava no caminho certo, e, outra coisa que faço e comecei a fazer, e começou a dar certo, e as coordenadoras gostaram é que eu passei a normatizar e a disciplinar o uso da receita médica. ... Até então os pacientes tinham 3 ou 4 receitas, passavam com quatro médicos diferentes, e num espaço de um mês, dois meses, cada um dava uma receita e não perguntavam como tava a outra, e coisa, e tal... e eu passei a disciplinar, só dou a próxima receita se me trouxer as anteriores, e eu comecei a recolher, inúmeros, inúmeros, inúmeros, inúmeras, receitas guardadas e sendo usadas desnecessariamente, e isso onerando o que, o dinheiro público, por que o mesmo paciente tinha 3 receitas de 3 médicos de unidades básicas diferentes e vindo pegar remédios, aqui nessa unidade ou em outra, quer dizer, estava gastando remédio, não estava tomando corretamente, então, foi uma outra coisa que eu descobri e eu passei a disciplinar quem consulta comigo nesses quatro anos sabe que só vai ter uma nova receita se me trouxer a anterior e nos prontuários está tudo anotado, as receitas fornecidas e o tempo delas, entende? Então passou a ficar uma situação, mais assim, mais agradável, mais harmônica e o próprio paciente já sabe como transcorre a consulta e como é e como vai ser o tratamento dele.</p>		

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>aprendizado é por repetição, então, eu tenho sentido nestes quatro anos que estou na rede que estou colhendo frutos, eu estava no caminho certo, e, outra coisa que faço e comecei a fazer, e começou a dar certo, e as coordenadoras gostaram é que eu passei a normatizar e a disciplinar o uso da receita médica.</p> <p>Até então os pacientes tinham 3 ou 4 receitas, passavam com quatro médicos diferentes, e num espaço de um mês, dois meses, cada um dava uma receita e não perguntavam como tava a outra, e coisa, e tal... e eu passei a disciplinar, só dou a próxima receita se me trouxer as anteriores, e eu comecei a recolher, inúmeros, inúmeros, inúmeros, inúmeras, receitas guardadas e sendo usadas desnecessariamente, e isso onerando o que, o dinheiro público, por que o mesmo paciente tinha 3 receitas de 3 médicos de unidades básicas diferentes e vindo pegar remédios, aqui nessa unidade ou em outra, quer dizer, estava gastando remédio, não estava tomando corretamente, então, foi uma outra coisa que eu descobri e eu passei a disciplinar quem consulta comigo nesses quatro anos sabe que só vai ter uma nova receita se me trouxer a anterior e nos prontuários está tudo anotado, as receitas fornecidas e o tempo delas, entende? Então passou a ficar uma situação, mais assim, mais agradável, mais harmônica e o próprio paciente já sabe como transcorre a consulta e como é e como vai ser o tratamento dele.</p>			
José Manoel: E em relação à estrutura do programa em si, a questão de impressos, de medicamentos disponíveis, exames disponíveis, o que você acha disso?			
<p>M4: Olha, pelo que nós temos visto, tudo que nos é fornecido não vejo nada de anormal ou que esteja faltando né... é... eu acho que tá bem equilibrado tanto o que o paciente precisa e o quanto nós poderíamos dar, na saúde pública. Na parte de impressos, de medicamentos, sem problemas nenhum, não tenho tido problemas.</p>	<p>não vejo nada de anormal ou que esteja faltando né... é... eu acho que tá bem equilibrado tanto o que o paciente precisa e o quanto nós poderíamos dar, na saúde pública. Na parte de impressos, de medicamentos, sem problemas nenhum, não tenho tido problemas.</p>	<p>Não vê problemas nos impressos e medicamentos.</p>	<p>Impressos e Medicação</p>
José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, o formato – papel, vídeo aula – que horário você acha que é melhor – no horário de trabalho, em outro horário, à noite, é... com que frequência...?			
<p>M4: Isso eu já até comentei, comentei com outro colega da secretaria e tenho comentado com os coordenadores. O médico clínico da unidade básica se ele pudesse ter um pouquinho mais de acesso de informação, ou de atualização, seria ideal, no caso, pequenos módulos, pequenos cursos, de reciclagem ou de atualização, principalmente no que diz respeito ao dia a dia, temas de eletrocardiograma, de cardiopatia, temas de hepatopatias, temas de moléstias infecciosas. Se pudesse chegar até nós essas, esses..., através de cursos, tá, pequenos cursos, pequenos módulos, eu acho que seria muito mais interessante.</p>	<p>O médico clínico da unidade básica se ele pudesse ter um pouquinho mais de acesso de informação, ou de atualização, seria ideal, no caso, pequenos módulos, pequenos cursos, de reciclagem ou de atualização, principalmente no que diz respeito ao dia a dia, temas de eletrocardiograma, de cardiopatia, temas de hepatopatias, temas de moléstias infecciosas. Se pudesse chegar até nós essas, esses..., através de cursos, tá, pequenos cursos, pequenos módulos, eu acho que seria muito mais interessante.</p>	<p>Capacitação com pequenos módulos focados às demandas cotidianas.</p>	<p>Conteúdo dos treinamentos.</p>

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
através de cursos, tá, pequenos cursos, pequenos módulos, eu acho que seria muito mais interessante.			
José Manoel: Você gostaria de ter aula ou receber um impresso... ou talvez um...			
M4: ...você somente recebendo um impresso, de repente você vai continuar com dúvidas, se você tiver aulas, mas pequenas aulas objetivas, pequenos módulos, e claro, evidente, teria que ser em algum dia e em algum horário que a gente estaria fazendo atendimento, suspenderia antecipadamente esse atendimento, para ele assistir essas aulas, isso por que todo profissional médico trabalha na rede ele tem o consultório ou ele tem outros compromissos, então eu acho que vai ser inviável ele dispor de outro tempo e outra que não é tão difícil você é... mudar a agenda antecipadamente e reservar uma manhã ou uma tarde pra ele participar desse encontro, eu acho que vai ser produtivo, vai agregar valores e conhecimento, e vai facilitar que muitas das condutas que o clínico pode tomar – eu faço isso já a algum tempo – o que eu posso tratar na unidade básica eu evito de encaminhar ao especialista, é uma vaga a menos a ser usada na especialidade, entende? Mas tem coisas que o clínico poderia fazer mais, utilizar mais, e ele acaba não fazendo por que não tem o conhecimento pra poder executar aquele serviço como o tratamento de uma determinada tipo de patologias cardiológicas, ou hepáticas, ou até de gastroenterologia, até mesmo em psiquiatria que a gente sabe que a demanda é bem reprimida, né... e então para um paciente conseguir uma vaga num ambulatório de psiquiatria leva alguns meses, e nós conseguimos tratar aqui, leva alguns meses até que o paciente possa ter contato com o profissional da especialidade de uma forma mais tranquila.	... se você tiver aulas, mas pequenas aulas objetivas, pequenos módulos, e claro, evidente, teria que ser em algum dia e em algum horário que a gente estaria fazendo atendimento,... ... para ele assistir essas aulas, isso por que todo profissional médico trabalha na rede ele tem o consultório ou ele tem outros compromissos, então eu acho que vai ser inviável ele dispor de outro tempo e outra que não é tão difícil você é... mudar a agenda antecipadamente e reservar uma manhã ou uma tarde pra ele participar desse encontro, eu acho que vai ser produtivo, vai agregar valores e conhecimento, e vai facilitar que muitas das condutas que o clínico pode tomar – eu faço isso já a algum tempo – o que eu posso tratar na unidade básica eu evito de encaminhar ao especialista, é uma vaga a menos a ser usada na especialidade, entende? Mas tem coisas que o clínico poderia fazer mais, utilizar mais, e ele acaba não fazendo por que não tem o conhecimento pra poder executar aquele serviço como o tratamento de uma determinada tipo de patologias cardiológicas, ou hepáticas, ou até de gastroenterologia, até mesmo em psiquiatria que a gente sabe que a demanda é bem reprimida, né... ... para um paciente conseguir uma vaga num ambulatório de psiquiatria leva alguns meses, e nós conseguimos tratar aqui, leva alguns meses até que o paciente possa ter contato com o profissional da especialidade de uma forma mais tranquila.	Prefere aulas - pequenas e objetivas – no horário de trabalho. Diz que é importante esse treinamento para evitar sobrecarregar as filas das especialidades.	Horário do treinamento e importância.
José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu expediente de trabalho para se dedicar a uma atualização do tipo educação a distância – via internet, apostilas...?			
M4: Olha, é difícil, generalizar esse tipo de colocação porque cada profissional tem o seu universo pessoal, eu por exemplo tenho as 24 horas repletas, trabalho em duas unidades, tenho consultório e ainda faço faculdade, então para eu conseguir outro horário além do meu horário de trabalho na rede pública de Sorocaba para dispor a outro tipo de atividade para mim é impossível, então teria que ser no horário de trabalho.	Olha, é difícil, generalizar esse tipo de colocação porque cada profissional tem o seu universo pessoal, eu por exemplo tenho as 24 horas repletas, trabalho em duas unidades, tenho consultório e ainda faço faculdade, então para eu conseguir outro horário além do meu horário de trabalho na rede pública de Sorocaba para dispor a outro tipo de atividade para mim é impossível, então teria que ser no horário de trabalho.	Pelos compromissos que tem, só é viável durante o horário de trabalho na prefeitura.	Flexibilidade no horário para treinamento. EaD.
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar nesses programas de hipertensão e diabetes?			
M4: Bom, é evidente que todo paciente e toda patologia não é restrita aquele pequeno universo, você depende, tudo em relação à espécie humana é multidisciplinar,	Bom, é evidente que todo paciente e toda patologia não é restrita aquele pequeno universo, você depende, tudo em relação à espécie humana é multidisciplinar, não só a medicina	M4 entendeu atendimento multidisciplinar com sendo o executado por outra especialidade na Policlínica e reforça a importância do	Equipe Multidisciplinar.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
não só a medicina e essa interdependência, essa dinâmica de relacionamento isso daí você só consegue o objetivo final que é promover a saúde que é eliminar precocemente a doença e o problema, você só consegue se tiver essa harmonia e essa facilidade de como se diz, essa facilidade de ter acesso de ir e vir e é uma coisa que falo muito nas reuniões de OMC: como é que funciona a guia de referencia, não basta dar uma guia de referencia e ele ir em uma consulta, aí quando ele volta com você 3 ou 4 meses depois ele volta e não sabe nem quem era o médico, nem a especialidade e muito menos o que o médico disse pra ele sobre a sua doença e sobre o tratamento, então eu ensino que ele ao passar no médico da especialidade que traga de volta a guia de contra referência porque ele vai passar com o especialista uma vez por ano e comigo todo o mês - eu vou dar continuidade ao tratamento e isso mostra essa interdependência e esse convívio multidisciplinar – o médico clínico do posto tem que estar atento e cobrando do paciente o retorno do exame ou da especialidade ao qual ele foi encaminhado, entendeu?	e essa interdependência, essa dinâmica de relacionamento isso daí você só consegue o objetivo final que é promover a saúde que é eliminar precocemente a doença e o problema, você só consegue se tiver essa harmonia e essa facilidade de como se diz, essa facilidade de ter acesso de ir e vir e é uma coisa que falo muito nas reuniões de OMC: como é que funciona a guia de referencia, não basta dar uma guia de referencia e ele ir em uma consulta, aí quando ele volta com você 3 ou 4 meses depois ele volta e não sabe nem quem era o médico, nem a especialidade e muito menos o que o médico disse pra ele sobre a sua doença e sobre o tratamento, então eu ensino que ele ao passar no médico da especialidade que traga de volta a guia de contra referência porque ele vai passar com o especialista uma vez por ano e comigo todo o mês - eu vou dar continuidade ao tratamento e isso mostra essa interdependência e esse convívio multidisciplinar – o médico clínico do posto tem que estar atento e cobrando do paciente o retorno do exame ou da especialidade ao qual ele foi encaminhado, entendeu?	paciente pedir a guia de contra referencia e também a importância de continuar o tratamento na UBS.	
José Manoel: Minhas perguntas acabaram... você quer fazer mais alguma colocação?			
M4: No momento o que eu estava mais sentindo e espero que vá evoluindo para esse lado é que realmente vá descentralizar o atendimento de especialidades que estava centralizado na Policlínica. Ainda continuamos com queixas, com situações, com pacientes que continuam tendo dificuldade de ter acesso às especialidades com um tempo muito prolongado às suas consultas – eu acho que se a secretaria da saúde tomasse um cuidado a mais de quem sabe trazer mais especialista pra rede e colocá-las como começou a fazer nos postos de saúde é... cardiologista, ortopedista, dermatologista, e se puder outras especialidades, isso acaba diminuindo a demanda reprimida e fluindo melhor a dinâmica de tratamento nas unidades básicas, entendeu?	No momento o que eu estava mais sentindo e espero que vá evoluindo para esse lado é que realmente vá descentralizar o atendimento de especialidades que estava centralizado na Policlínica. ... continuam tendo dificuldade de ter acesso às especialidades com um tempo muito prolongado às suas consultas – eu acho que se a secretaria da saúde tomasse um cuidado a mais de quem sabe trazer mais especialista pra rede e colocá-las como começou a fazer nos postos de saúde é... cardiologista, ortopedista, dermatologista, e se puder outras especialidades, isso acaba diminuindo a demanda reprimida e fluindo melhor a dinâmica de tratamento nas unidades básicas, entendeu?	Desejo de ver o atendimento especializado descentralizado – sair da Policlínica. Tem algumas demandas reprimidas que geram problemas na UBS – precisa ser enfrentado. A descentralização do atendimento pode contribuir.	Propostas e colocações.

Análise da entrevista com M5:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: M5, conta para mim o que você acha do atual programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos existente na rede de atenção básica hoje:			
M5: olha, o programa que a gente procura desenvolver aqui seguindo as diretrizes nacionais de hipertensão e de diabetes eu	... seguindo as diretrizes nacionais de hipertensão e de diabetes eu acredito que flui a contento... ... a gente procura aplicar, todas	O programa segue diretrizes nacionais e flui a contento Procura fazer da melhor forma possível com os	Como está funcionando o programa na opinião dele.

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
acredito que flui a contento, a gente procura aplicar, todas as... vamos dizer... dentro dos nossos recursos e da nossa habilidade tanto a questão da dieta quanto o cumprimento do uso dos medicamentos propostos, e, também uma cobertura do serviço de enfermagem nos dando apoio.	as... vamos dizer... dentro dos nossos recursos e da nossa habilidade tanto a questão da dieta quanto o cumprimento do uso dos medicamentos propostos, e, também uma cobertura do serviço de enfermagem nos dando apoio.	recursos que possui (conhecimento e equipe).	
José Manoel: em relação ao atual programa, do jeito como ele está organizado na rede, o que você acha que está bom nele e o que você acha que poderia melhorar? Tem dificuldades no modo de desenvolver o programa?			
M5: Na verdade o protocolo acho que está muito bem embasado, do ponto de vista de conteúdo teórico, talvez, isso é uma opinião pessoal, mas a oferta de medicamentos pela rede poderia ser ampliada, do ponto de vista dos medicamentos para diabetes oferecendo talvez uma alternativa numa eventual falha, ou "pseudofalha" do tratamento preconizado para a maior parte dos pacientes. Talvez isso pudesse ser modificado, um leque maior de medicamentos, para que possa até fazer uma experiência terapêutica e observar resposta.	... o protocolo acho que está muito bem embasado do ponto de vista de conteúdo teórico, talvez, isso é uma opinião pessoal, mas a oferta de medicamentos pela rede poderia ser ampliada... ...do ponto de vista dos medicamentos para diabetes oferecendo talvez uma alternativa numa eventual falha, ou "pseudofalha" do tratamento preconizado para a maior parte dos pacientes. um leque maior de medicamentos, para que possa até fazer uma experiência terapêutica e observar resposta.	Na teoria o protocolo está adequado, na prática faltam opções terapêuticas disponíveis na rede para os casos que não respondem com as opções disponíveis. Sugere necessidade de um leque maior de medicamentos	Pouca opção para o tratamento medicamentos na UBS.
José Manoel: em relação à forma como está organizado o programa, impressos, prontuário, você tem alguma sugestão? Você acha que está bom da forma como está hoje?			
M5: eu pessoalmente trago dietas comigo, mas, isso eu faço na minha residência e número limitado de cópias, é óbvio, tanto pelo custo e pelo próprio tempo, mas eu acho que poderia ser feito um atendimento nutricional para estes pacientes com nutricionista pra que além do reforço do tratamento pudesse até complementar, às vezes alguma dúvida surge e o médico não está sempre presente e podia até reforçar com folhetos de dieta, e, eu acredito que você deixa a coisa mais presente pro indivíduo a importância para o controle alimentar para o diabetes, pois, não basta só tomar medicamentos como alguns dizem.	... trago dietas comigo, mas, isso eu faço na minha residência e número limitado de cópias, é óbvio, tanto pelo custo e pelo próprio tempo, mas eu acho que poderia ser feito um atendimento nutricional para estes pacientes com nutricionista pra que além do reforço do tratamento pudesse até complementar, não basta só tomar medicamentos como alguns dizem.	Falta disponibilidade de dietas impressas para orientações o que força o médico a trazer de casa se quiser ter esse apoio nas orientações. Falta também a presença de atendimento com nutricionista para orientar e tirar dúvidas. O tratamento medicamentos sozinho não basta.	Necessidade de mais apoio para o tratamento de pacientes diabéticos – Acesso a nutricionista e impressos de dietas.
José Manoel: em relação à organização do programa, calendário de retornos, o que você acha?			
M5: acredito que a questão é que temos um número diminuído de profissionais na rede, num vai aqui uma crítica, mais, se nós tivéssemos mais médicos, logicamente os retornos ficariam até melhores, a divisão destes pacientes ficaria até igualitária, até por que são pacientes idosos que apresentam várias comorbidades, e não ficaria uma coisa centralizada neste ou naquele profissional, diluindo melhor estes pacientes e tendo até um pouco mais de brecha na agenda do profissional pra que eventualmente um retorno mais antecipado fosse solicitado e o paciente não ficaria naquela angústia de conseguir ou não um encaixe isso aí eleva o stress do paciente, etc. etc.	... temos um número diminuído de profissionais na rede,... ... os retornos ficariam até melhores, a divisão destes pacientes ficaria até igualitária, até por que são pacientes idosos que apresentam várias comorbidades, e não ficaria uma coisa centralizada neste ou naquele profissional, ... pra que eventualmente um retorno mais antecipado fosse solicitado e o paciente não ficaria naquela angústia de conseguir ou não um encaixe isso aí eleva o stress do paciente, etc. etc.	Faltam médicos, se tivesse mais os retornos seriam mais adequados favorecendo os pacientes e sem sobrecarregar o médico. Teria mais brecha na agenda para atender casos descompensados reduzindo o stress do paciente.	Faltam médicos para atender nesses programas.
José Manoel: como você gostaria de receber as atualizações, vamos dizer, quando muda o protocolo, ou até uma novidade, como você entende que seria interessante para você quanto ao formato?			
M5: eu particularmente gosto muito de ler, eu leio várias coisas,	... eu prefiro até papel... ... porque eu gosto de anotar, eu	Prefere receber em papel para poder anotar – poderia	Formato que deseja receber as

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
técnicas, e não técnicas, então, eu ainda sou da velha guarda, eu prefiro até papel , eu até leio artigos no computador, enfim, nessas redes médicas, mais eu ainda prefiro porque eu gosto de anotar, eu gosto de fazer uma chancela com uma caneta para que eu possa fixar isso melhor, então eu gostaria talvez de uma apostila, ou receber, enfim, de alguma maneira isso impresso pra que você pudesse gradativamente ir absorvendo essa diferenciação.	gosto de fazer uma chancela com uma caneta para que eu possa fixar isso melhor, então eu gostaria talvez de uma apostila, ou receber, enfim, de alguma maneira isso impresso pra que você pudesse gradativamente ir absorvendo essa diferenciação.	ser no formato de apostila.	atualizações.
José Manoel: se a prefeitura for fazer um treinamento, em relação aos horários disponíveis, qual você prefere – durante horário de trabalho, fora do horário de trabalho, final de semana, o que você acha mais adequado?			
M5: eu acredito que como eu sou um profissional teria que ser na hora que eu estaria na rede . Com certeza, teria que ser um horário reservado do atendimento , da mesma maneira como eu faço o programa de orientação coletiva, que é reservado aquele dia para que eu faça isso com os pacientes e logicamente eu acho que essa é a melhor forma, porque fora daqui tenho outros compromissos que são pessoais e logicamente não deve interferir, pra até melhor dinâmica da coisa.	... teria que ser na hora que eu estaria na rede. ... um horário reservado do atendimento, da mesma maneira como eu faço o programa de orientação coletiva, que é reservado aquele dia para que eu faça isso com os pacientes e logicamente eu acho que essa é a melhor forma... ... fora daqui tenho outros compromissos que são pessoais e logicamente não deve interferir, pra até melhor dinâmica da coisa.	Treinamentos devem ser no horário de trabalho, dentro da rotina do atendimento, como ocorre a orientação coletiva aos pacientes, pois, tem outros compromissos pessoais e o trabalho na UBS não deve interferir.	Horário para treinamento.
José Manoel: Com qual frequência você acha que deve ser atualizado um médico que trabalha na rede básica dentro do programa de hipertensão e diabetes?			
M5: olha, em diversas áreas clínicas, é muito vasto, no foco aí acho que uma vez ao mês, ou uma vez a cada dois meses , dependendo da extensão do assunto e da profundidade, eu acredito que pelo menos uma vez ao mês tem que ser feito um foco nesse sentido. Eu acho que ajuda.	... uma vez ao mês, ou uma vez a cada dois meses, dependendo da extensão do assunto e da profundidade, ...	Depende do assunto – a cada 30 – 60 dias.	Frequência que deseja receber atualizações.
José Manoel: Você acha que um médico deve dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para a sua atualização, como educação à distância?			
M5: com certeza, isso até eu faço em alguns sites, em algumas coisas, não posso, eu trabalho à noite, eu dou plantões de quarta e quinta feira à noite, então o tempo médico é uma coisa escassa, então na medida que é possível eu faço. É difícil mas eu faço.	... com certeza, isso até eu faço em alguns sites, em algumas coisas, não posso, eu trabalho à noite, eu dou plantões de quarta e quinta feira à noite, então o tempo médico é uma coisa escassa, então na medida que é possível eu faço. É difícil mas eu faço.	Acha que deve dedicar, às vezes o faz, mas não tem tempo para isso. É difícil conseguir fazê-lo.	Dedicação de tempo fora do horário de trabalho para estudo – EaD.
José Manoel: Qual a importância para você dos atendimentos multidisciplinares dentro desses programas?			
M5: eu acho de cabal importância porque é... o contato que o corpo, não só de enfermagem, mas de nutricionista e do próprio médico vem reforçar , vem estimular, vem cobrar o paciente, porque nós somos cobrados, agora, e os pacientes, quem vai implementar o tratamento realmente se utilizar dessas dietas é... dessas orientações são os pacientes, então, tendo esse corpo multidisciplinar, ajuda e muito a dinâmica, é... você prende melhor esse paciente na rede, ele fica mais fixo, não fica flutuando em PA, enfim, em outros serviços, convênios, e você pode ter um “feedback” melhor desse tratamento.	... eu acho de cabal importância... ... não só de enfermagem, mas de nutricionista e do próprio médico vem reforçar... ... quem vai implementar o tratamento realmente se utilizar dessas dietas é... dessas orientações são os pacientes, então, tendo esse corpo multidisciplinar, ajuda e muito a dinâmica, é... você prende melhor esse paciente na rede, ele fica mais fixo, não fica flutuando em PA, enfim, em outros serviços, convênios, e você pode ter um “feedback” melhor desse tratamento.	... atendimento multidisciplinar é de cabal importância. Deve envolver várias áreas do conhecimento (nutricionista, enfermagem e médico). A presença de equipe multidisciplinar vai contribuir com a adesão do paciente ao programa e à UBS, reduzindo a procura pelos outros serviços de saúde.	Importância da equipe multidisciplinar.
José Manoel: Legal, as perguntas que eu tinha programado foram essas, e para terminar queria ouvir de você se tem alguma			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
contribuição para que possamos melhorar o programa que eu não tenha perguntado?			
M5: olha, eu acredito que se nós tivermos uma liberdade maior assim, no sentido de encaminhar esses pacientes quando necessário, eu digo liberdade porque a gente sabe que o endocrinologista é uma das clínicas de especialidades mais sobrecarregadas, porque às vezes você tenta tudo o que você sabe, e a coisa não funciona e aí precisaria ter alguma retaguarda desses casos específicos pra que pudesse ser drenado sem tanta burocracia, eu acho que isso, ficaria como vaga curinga lá na Policlínica para todas as unidades, é óbvio, olha... eu tenho um caso complicado aqui que não tá compensando, eu já fiz de tudo, que posso aqui, o que mais falta? Eu não tenho acesso, o paciente não tem acesso a medicamentos de custo maior, então esses casos mais específicos pudessem ter um canal, mais direto... ... deixaria de ter uma angústia do paciente, do próprio profissional querendo ajudar o paciente, e aí uma resposta até mais rápido... "não... o sr. realmente está fazendo tudo certo, só acrescentei isso aqui que a gente tem no alto custo para que possa ajudar a compensar o quadro"; eu acho, eu acredito que se tivesse essa brecha, ajudaria bastante em casos específicos.	... se nós tivermos uma liberdade maior assim, no sentido de encaminhar esses pacientes quando necessário, eu digo liberdade porque a gente sabe que o endocrinologista é uma das clínicas de especialidades mais sobrecarregadas... ... sem tanta burocracia,... ... ficaria como vaga curinga lá na Policlínica para todas as unidades... ... eu já fiz de tudo, que posso aqui, o que mais falta? Eu não tenho acesso, o paciente não tem acesso a medicamentos de custo maior, então esses casos mais específicos pudessem ter um canal, mais direto... ... deixaria de ter uma angústia do paciente, do próprio profissional querendo ajudar o paciente, e aí uma resposta até mais rápido... "não... o sr. realmente está fazendo tudo certo, só acrescentei isso aqui que a gente tem no alto custo para que possa ajudar a compensar o quadro"; eu acho, eu acredito que se tivesse essa brecha, ajudaria bastante em casos específicos.	Para melhorar o programa é preciso ter maior retaguarda para encaminhar os casos mais complicados – a falta de vagas para especialidades tira essa liberdade. O excesso de burocracia para encaminhar casos urgentes atrapalha. Poderiam ter vagas "curinga" para os casos mais difíceis e com encaminhamento facilitado para os casos complicados. As vezes se sente limitado e sem acesso a medicamentos de maior custo e especialidades. O paciente e o profissional ficam angustiados com a incapacidade para ajudar.	Dificuldades e propostas para melhorar o programa.
José Manoel: em relação aos exames disponíveis, algum comentário?			
M5: não, em relação aos exames, estão sendo, vamos dizer, o acesso está sendo fácil, tanto para o médico e para o paciente, quanto a isso eu não tenho nenhuma reclamação não. Acho que tá funcionando mesmo.	... em relação aos exames, estão sendo, vamos dizer, o acesso está sendo fácil, tanto para o médico e para o paciente...	O acesso a exames não apresenta problemas	Dificuldades e propostas para melhorar o programa.
José Manoel: mais alguma coisa?			
M5: não, é isso aí, acho que a nutricionista, a questão dos encartes, dos folhetos para ajudar né, mais tranquilo. Eu acho que com aquelas palestras que a gente faz, mês a mês com pacientes, se tivesse mais pacientes aderindo, talvez, as informações chegassem pra quem mais precisa com maior velocidade, mas, a gente faz o que é possível e eles tem dado uma resposta legal em relação a isto, as enfermeiras tem acompanhado no retorno de AE e tá sendo satisfatório, pelo menos e isso que tem chego para mim. Tá bom?	... acho que a nutricionista, a questão dos encartes, dos folhetos para ajudar né, mais tranquilo. Eu acho que com aquelas palestras que a gente faz, mês a mês com pacientes, se tivesse mais pacientes aderindo, talvez, as informações chegassem pra quem mais precisa com maior velocidade, mas, a gente faz o que é possível e eles tem dado uma resposta legal em relação a isto, as enfermeiras tem acompanhado no retorno de AE e tá sendo satisfatório, pelo menos e isso que tem chego para mim. Tá bom?	Necessidade de aumentar o número de pacientes que participam das palestras de orientação médica coletiva.	Dificuldades e propostas para melhorar o programa.

Análise da entrevista com M6:

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: M6, você entrou na rede pública de Sorocaba agora há pouco tempo, e passou por uma orientação na Secretaria da Saúde sobre o programa do adulto, (hipertensão e diabetes), o que você acha do atual programa para o tratamento da hipertensão e diabetes existente na rede pública de Sorocaba dentro do que você viu até agora?			

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
<p>M6: Eu acho a proposta do programa muito boa, eu acho que tem uma dupla responsabilidade aí tanto do paciente, tanto do atendimento dos enfermeiros e a gente forma uma rede mesmo de atendimento de acordo com o risco do paciente. Se o paciente tem mais risco ele passa mais em consulta médica e continua passando no acolhimento dos enfermeiros e tudo mais, é... eu só acho que existe ainda um pouco de falta de responsabilidade com a sua própria saúde com relação à população. Eles não vêm na consulta, eles só vem para trocar receita não estão preocupados se estão evoluindo bem ou não com o controle da doença porque eles não sentem nada, a não ser o diabético é claro, e... os hipertensos costumam ser assintomáticos e mesmo que eles estejam com a pressão super alta, eles não dão muita atenção para isso e a gente tem que ficar correndo atrás o tempo todo fazendo essa parte de responsabilização do paciente e por conta disso eu acho que agente tem um pouquinho de dificuldade de implantação do programa aqui, embora eu não faça programa e eu não tenha contato durante muito tempo com o programa isso eu pude observar.</p>	<p>Eu acho a proposta do programa muito boa, eu acho que tem uma dupla responsabilidade aí tanto do paciente, tanto do atendimento dos enfermeiros e a gente forma uma rede mesmo de atendimento de acordo com o risco do paciente. ... eu só acho que existe ainda um pouco de falta de responsabilidade com a sua própria saúde com relação à população. ... Eles não vêm na consulta, eles só vem para trocar receita não estão preocupados se estão evoluindo bem ou não com o controle da doença porque eles não sentem nada,... ... a gente tem que ficar correndo atrás o tempo todo fazendo essa parte de responsabilização do paciente e por conta disso eu acho que agente tem um pouquinho de dificuldade de implantação do programa aqui, embora eu não faça programa e eu não tenha contato durante muito tempo com o programa isso eu pude observar.</p>	<p>A proposta do programa é boa e focada na responsabilização do paciente com a própria saúde e da equipe também. Falta responsabilização do paciente com a própria saúde. Os pacientes faltam à consulta programática e procuram o acolhimento (onde M6 trabalha) para “trocar a receita” Pelo fato dessas doenças habitualmente não causarem sintomas, não existe a preocupação do paciente se está ou não bem controlado. O médico do acolhimento tem que ficar cobrando essa responsabilização do paciente.</p>	
<p>José Manoel: Dentro do que você vivenciou até agora, o que você acha que está bom e o que acha que precisa melhorar no atual programa?</p>			
<p>M6: Eu acho que com relação às medicações tem algumas medicações que são ainda bem antigas, que para alguns pacientes funcionam e a gente tem algumas medicações assim... agora tem o Losartan no diabetes, digo na hipertensão e insulina pra os diabéticos, mas, tem outras medicações que a gente não tem aqui na rede e que eu acho que poderia melhorar com relação a essas medicações, mas, no atual atendimento eu acho que o programa em si é ideal, a proposta do programa é muito boa o difícil é implementar com falta de pessoal e... botar esse esquema em prática eu acho que é mais difícil. A idéia do programa eu acho que é muito boa.</p>	<p>... medicações tem algumas medicações que são ainda bem antigas,... ... tem outras medicações que a gente não tem aqui na rede e que eu acho que poderia melhorar com relação a essas medicações,... ... a proposta do programa é muito boa o difícil é implementar com falta de pessoal e... botar esse esquema em prática eu acho que é mais difícil. A idéia do programa eu acho que é muito boa.</p>	<p>As medicações são “antigas” e alguns medicamentos importantes não são disponibilizados na rede. Precisa melhorar. A falta de pessoal compromete o funcionamento do programa. A ideia é boa, mas, na prática é difícil de implementar.</p>	Propostas de melhorias
<p>José Manoel: Como você gostaria de receber atualizações, em relação a formato, horário, com qual frequência? M6: Atualização dos pacientes? José Manoel: Em relação ao programa, conhecimento, protocolos, rotinas...</p>			
<p>M6: Á... eu gostaria que fosse por e-mail, o mais fácil possível, o mais rápido possível né... por que se tiver que dispensar o profissional para sair de lá, para vim aqui, em todas as unidades, para fazer um treinamento – um treinamento seria ideal – todos médicos saírem. Vão para um treinamento e eles explicam tudo para todo mundo seria ideal mas acho isso inviável, então o e-mail é uma maneira fácil e rápida que todo mundo tem acesso.</p>	<p>... fosse por e-mail, o mais fácil possível, o mais rápido possível né... por que se tiver que dispensar o profissional para sair de lá, para vim aqui, em todas as unidades, para fazer um treinamento – um treinamento seria ideal – todos médicos saírem. ... mas acho isso inviável, então o e-mail é uma maneira fácil e rápida que todo mundo tem acesso.</p>	<p>O melhor se fosse presencial para tirar dúvidas, mas, acha inviável tirar todos os médicos do atendimento para participar de treinamentos, então, o melhor seria por e-mail – o mais fácil possível.</p>	Atualizações

DISCURSO	EXPRESSÃO CHAVE	IDÉIA CENTRAL	TEMA
José Manoel: Se fosse fazer um treinamento presencial, em que horário você acha que seria melhor: durante o trabalho, fora do horário de trabalho, final de semana?			
M6: Eu acho que fora do horário de trabalho. Essa agenda da unidade é tão lotada que se agente perder esse tempo de atendimento a gente vai ter de repor de alguma maneira, e a gente trabalha com tempo extremamente apertado, por isso, fora do horário de trabalho.	... que fora do horário de trabalho. ... Essa agenda da unidade é tão lotada que se agente perder esse tempo de atendimento a gente vai ter de repor de alguma maneira, e a gente trabalha com tempo extremamente apertado, por isso, fora do horário de trabalho.	Fora do horário de trabalho porque se parar o atendimento para receber treinamento vai ter que apertar ainda mais o agendamento de pacientes e no final o médico vai ter que repor esse atendimento de alguma maneira.	Horário para o treinamento.
José Manoel: E com que frequência você acha que poderia ser?			
M6: Eu acho que uma vez a cada seis meses tava bom, porque não tem grandes mudanças assim de tratamento de hipertensão, é uma vez por ano, lançam novos editais, lançam novas diretrizes, às vezes nem tem dia dinâmica, [não consegui entender a frase] mas se tivesse, quando tem atualização a gente tinha que participar de um programa de treinamento	... que uma vez a cada seis meses tava bom...	Uma vez por semestre.	Frequência de treinamento.
José Manoel: Você acha que o médico poderia dedicar um tempo fora do seu horário de trabalho para participar de cursos do tipo "Educação à Distância"?			
M6: Eu acho que o médico já faz educação à distância pra sempre. Ele já tem que ter esse tipo de coisa introjetada na mente dele que faz pro resto da vida, que é autodidata, a gente faz congresso, eu acho que a gente já faz esse tipo de atualização.	Eu acho que o médico já faz educação à distância pra sempre.	O médico já faz – sempre.	Ead.
José Manoel: Qual a importância para você do atendimento multidisciplinar dentro desses programas?			
M6: Fundamental, né... porque não adianta só agente fazer consulta, além da consulta tem orientação de dieta, tem orientação de atividade física, tem orientação de medidas das pressões que a gente, o médico, não faz todas as vindas do paciente, quem faz é a enfermagem, quem faz o grupo de caminhada são outras pessoas, então eu acho fundamental, o médico sozinho não dá conta de atender – número um: "a demanda", número dois: "não dá conta de atender o paciente de uma maneira completa como um todo", consegue atender a doença dele e orientá-lo, orientações gerais, mas eu acho que a equipe é muito importante no programa.	Fundamental, né... porque não adianta só agente fazer consulta, ... tem orientação de medidas das pressões que a gente, o médico, não faz todas as vindas do paciente, quem faz é a enfermagem, quem faz o grupo de caminhada são outras pessoas, então eu acho fundamental, o médico sozinho não dá conta de atender – número um: "a demanda", número dois: "não dá conta de atender o paciente de uma maneira completa como um todo", consegue atender a doença dele e orientá-lo, orientações gerais, mas eu acho que a equipe é muito importante no programa.	O atendimento multidisciplinar é muito importante porque o médico sozinho não consegue atender o paciente com um todo, orientar e dar conta de toda a demanda. A equipe é muito importante no programa.	Equipe multidisciplinar.
José Manoel: As perguntas que eu tinha programado são essas, você deseja fazer algum comentário, alguma colocação, alguma sugestão?			
M6: Sugestão que eu acho e que todo mundo já sabe que é pessoal, a gente tem uma grande dificuldade de conseguir implementar o programa da maneira que ele foi idealizado por conta da falta de pessoal, por conta da falta de agenda, pela falta de médicos, então isso dificulta um pouco a... o andamento do programa, mas, fora isso eu acho que dá para fazer sim, ele é perfeitamente realizável se tiver essas condições.	... a gente tem uma grande dificuldade de conseguir implementar o programa da maneira que ele foi idealizado por conta da falta de pessoal...	A falta de pessoal é um problema que dificulta muito a realização do programa, apesar disso "ele é perfeitamente realizável" se tiver essas condições.	Outras sugestões

Análise da entrevista com Colegiado:

Discurso e Expressão chave	Ideia Central	Tema
eu acho que hoje na rede não existe um protocolo sendo seguido e o fato de ter um protocolo, favorece o programa que as ações sejam mais homogêneas, caminhem na mesma direção e vai contemplar um número maior de pessoas no diagnóstico.	O protocolo existente existe para a equipe gestora, porém, poucas UBSs utilizam o protocolo. Usar um protocolo é necessário para ampliar a efetividade do programa.	Uso do protocolo atual
comparando o protocolo médico do programa do adulto que a gente usa, não tem quase diferença, tem apenas umas atualizações.	Os protocolos, o vigente e o atualizado tem poucas diferenças entre si.	Diferença entre os protocolos
agora para agente trabalhar estas questões a gente tem que dividir a equipe de enfermagem e a equipe médica	A abordagem da implantação do protocolo deve ser pensada separadamente: ações para a enfermagem e ações para a equipe médica	Estratégia de implantação
E eu vejo que é muito fácil de trabalhar qualquer tipo de protocolo, não especificamente esses com a equipe de enfermagem desde que tenhamos um número, não o ideal, mas suficiente de funcionários para fazer o AE infantil, o AE individual e a consulta de enfermagem.	É mais fácil trabalhar os protocolos com a enfermagem, desde que o quadro possua número suficiente.	Número de funcionários
Junto com a equipe médica eu percebo assim muito resistência deles aceitarem o que é proposto, e assim, eles não tem tempo para estudar, eles não tem vontade de estudar isso, eles querem fazer do jeito que eles aprenderam no banco da universidade, fazer o que eles acham melhor...	A equipe médica oferece maior resistência à utilização de rotinas padronizadas (protocolos). Alguns médicos não têm tempo para estudar, outros não querem.	Motivação médica
... e uma das queixas que a gente tinha muito dos médicos é assim: eu atendo 16 pacientes de consulta de programa.	Os médicos tem a opinião que atendem um número grande de pacientes programáticos por dia. A equipe gestora discorda disso.	Descontentamento médico
Eu trabalhei com vários com perfil diferente e tinha aqueles que sempre classificavam grupo "4" não como classificação de risco, mas sim, porque ele queria encher a agenda dele	Existem médicos que mudam a classificação de risco dos pacientes para burlar a rotina de agendamento das consultas, alguns para reduzir a agenda, outros para esvaziar.	Atitude do médico
Então o grande nó desta situação é a questão do médico ser um pouquinho mais acessível às mudanças, a seguir algumas normas, o protocolo nos permite seguir um caminho e eles muitas vezes não concordam e a gente tem dificuldade de trabalhar essa situação com eles.	Os médicos têm dificuldades para seguir normas.	Motivação médica
tem uns que prescrevem os medicamentos que tem só na rede porque esse negócio de farmácia popular é uma complicação, tem que ficar trocando receita e sempre tem essa dificuldade com eles de entenderem que a medicação evoluiu e é muito melhor usar o Losartana que o Captopril por exemplo. Então a gente tem assim essas duas frentes.	Existem comportamentos de alguns médicos que visam a redução do serviço em detrimento do tratamento do usuário como não prescrição de remédios da farmácia popular, ou, mudança na classificação de risco para reduzir as agendas médicas.	Atitude do médico
(AEC) um grande problema que sentimos é a falta de recurso audiovisual	O AEC poderia ser melhor se houvessem mais recursos audiovisuais	Recursos

por que a gente sabe que quanto mais o municípe souber sobre a doença, sobre a prevenção, sobre as complicações, melhor ele vai ter para escolher na sua casa se ele faz certo ou se ele faz errado, e tem muito funcionário que não tem facilidade de criar, falar, então eu com os alunos da PUC em 2012, a gente montou palestras até 2019 com PowerPoint e um material de apoio porque pode falar para cada slide ali para poder dar uma assessoria. Isso que tem animado um pouquinho mais o pessoal da equipe da enfermagem para fazer esse AEC.	Tem profissionais da enfermagem sem perfil para fazer o AEC Foi elaborado um material de apoio em parceria com a universidade.	Perfil da enfermagem Parceria com a universidade
O que a gente está fazendo, ou a gente está usando o computador da UBS para apresentar no monitor que é de 21 polegadas, a gente põe 15 pessoas próximas porque não tem datashow, ou como fazemos na USF Sabiá, usamos uma televisão com DVD que e...	A falta de recursos leva a improvisação que varia em cada unidade. A improvisação gera desconforto aos pacientes Pode reduzir adesão ao AEC	Recursos
Então eu vejo essa grande diferença - eu acho que os médicos estão precisando sim de uma atualização, até de um ânimo porque ficaram muito tempo estagnados, mudou muito médico mesmo, mas, a gente tem muitos que estão há muito tempo atendendo	Os médicos precisam passar por atualizações. Muitos estão desatualizados.	Capacitação médica
...então assim, esse paciente já tá lá com nefro? Não está, está perdido por aí.	A desatualização médica causa falhas na assistência.	Capacitação médica
o médico diz que esses exames ele não vai ver porque foi o enfermeiro que pediu, quem que vai ver? Não fui eu que pedi.	Falta envolvimento de alguns médicos com as equipes	Atitude do médico
quando fiz o levantamento de exames de um ano, tem pacientes que não fez nenhum exame neste um ano	O protocolo não é seguido	Atitude do médico
que vem fazer diálise que estava acompanhado na rede e durante todo esse período, ... hoje mesmo... o cara tá lá e um dia trouxeram uma ficha de acompanhamento do paciente e você viu uma anemia progressiva que é uma das coisas mais óbvias que tem, então acompanhava na rede. Não foi pedido uma creatinina... e então de repente está precisando de diálise.	A falta de seguimento do protocolo contribui com a antecipação do aparecimento das complicações crônicas e também com a falta de diagnóstico em tempo oportuno destas complicações.	Atitude do médico
... e a gente ficou assim chocados com a falta de exames solicitados no período de um ano, um ano e meio, isso foi feito lá no Sorocaba I.	Grande parte dos pacientes não estão sendo avaliados com exames subsidiários porque os médicos não estão seguindo o protocolo.	Atitude do médico
Olha, eu acho que é capacitação mesmo, no horário de trabalho, fechar a agenda dele. É a única forma que a gente vai fazer com que eles ouçam pelo menos e comecem a refletir cada um no seu íntimo por que é muito difícil.	O médico deve passar por capacitação dentro do seu horário de trabalho.	Capacitação médica
Talvez eles não tenham sido valorizados ao ponto de saber assim... nossa, como melhorou esse paciente, ou ter discussão de casos com uma equipe para isso	O médico está desmotivado talvez por falta de reflexão sobre o resultado do seu trabalho.	Motivação médica

...é falta de envolvimento, entender aquilo como o trabalho dele... essa ideia...	Tem médicos que não são envolvidos... não tem perfil.	Atitude do médico.
...ele tem dificuldade de enxergar o todo! Na semana passada, um dos médicos lá da UBS falou que precisa acabar essas reuniõesinhas do programa do adulto... Questionei: como assim, começamos de começar, agora que começo a ter o AEC agora em dezembro, como acabar? O médico respondeu: a não... vai na reunião e vê lá que está hipertenso e fica então enchendo a minha agenda de atendimento assim, eu não vou dar conta... Você vê assim, é muito egoísta... uma visão muito pequena do todo	Alguns médicos não veem o sistema como um todo e estão somente preocupados com o "melhor para eles". Falta ele entender porque está trabalhando em equipe para o bem do paciente.	Atitude médica.
é confiar no trabalho da equipe, entender que o AEC vai ser bom para isso, para isso, a consulta com a enfermeira vai ser bom para isso... falta um pouquinho de equipe...	Alguns profissionais não confiam no trabalho das equipes.	Atitude médica.
existe uma despreocupação com a vida do outro...	Existe uma despreocupação com a vida do outro.	Atitude médica
Se eu tenho um compromisso de tratar eu deveria saber se está melhorando. Mas isso também não são todos, né, existem aqueles que estão preocupados, mas, é triste ver isso... é uma despreocupação com a vida do outro, estou dizendo que vou cuidar de você mas vejo de outra forma.	Como falta compromisso, não tem preocupação com o produto do seu trabalho. Isso não é regra, mas existem médicos assim.	Atitude médica
Ela está muito aberta a isso, a universidade eu acho que já tem o espaço, nosso curriculum hoje, tanto de medicina quanto de enfermagem	A universidade está muito aberta em contribuir com a formação de profissionais com um perfil mais humanizado.	Universidade
... mas, não adianta a universidade fazer tudo isso e chegar lá na hora do trabalho não encontrar receptividade para aquilo que aprendeu, se tiver um ambiente de trabalho que não seja favorável ele não vai trabalhar. As vezes, muitos desses profissionais preferem trabalhar lá no pronto atendimento e faz lá 12 ou 24 horas e terminou ali acabou. Ganha quase a mesma coisa, trabalha muito mais rápido, é verdade!	Não basta somente a formação mais humanizada. Existe ainda o fato da cultura da organização, se ela favorece ou não o atendimento humanizado. Existe ainda o perfil do indivíduo formado. Alguns não tem perfil para atenção primária.	Cultura organizacional
Talvez a condição de trabalho não é a ideal, mas a gente vê que existe isso e faltam médicos mesmo! E aí, o mercado tá aberto! Se a rede de atenção primária não for um local interessante para o trabalho o médico vai lá e não fica...	A falta de médicos no mercado, somado às condições de trabalho na atenção primária contribuem com a evasão destes para outras áreas.	Condições de trabalho.
E essa situação de falta de estrutura é desestimulante para os profissionais, porque, lá no _____, a gente já tentou inúmeras vezes tocar esse programa, mas aí, chega uma hora que o programa estava andando e saíram todos os médicos e fica só um trabalhando e o que vou fazer? Eu não tenho agenda para marcar médico. Eu não conseguia nem ligar para o paciente desmarcando porque eu não tinha onde marcar ele.	A rotatividade de profissionais tem desestimulado as equipes de trabalho	Falta de funcionários.

E no momento que estamos vivendo agora existe a situação dos médicos novos que entraram e não receberam capacitação, aí você vê a atitude do médico e não sabe se é por falta de capacitação ou por outro motivo. Mas eu acho que se agente capacitar esse pessoal que está trabalhando é até melhor para conhecer o perfil do médico, esse é melhor para o programa do adulto, esse é melhor para atender urgência e emergência, vê o compromisso, ... mas, a gente poderia abordar ele até para ter essa visão.	Médicos novos não receberam capacitação e o coordenador tem dificuldade em cobrar o protocolo. A capacitação vai contribuir com o levantamento do perfil do médico - para consultas programáticas ou urgência e emergência.	Capacitação de médicos.
é importante monitorar, se você monitora é um estímulo para o médico fazer certo, tem unidade que ele trabalha bem e tem unidade que está parado.	Monitorar o trabalho médico é um estímulo para ele fazer certo.	Monitoramento
se contar que tem unidade com o programa do adulto rodando certinho, vemos que reduz muito a necessidade de consulta médica	O programa realizado corretamente otimiza a necessidade consultas médicas.	Processo de trabalho
uma palestra para o paciente feita pelo seu médico o resultado é fantástico	Quando o médico faz a OMC os resultados são muito bons.	Processo de trabalho
...fazer uma contra referência e orientar o clínico a dar o seguimento ou retorno uma ao ano, ou só orientar. Ele me falou que até poderia fazê-lo, mas, não me sinto seguro se este paciente vai encontrar alguém para dar continuidade no tratamento dele, então, até entre eles está difícil essa situação.	Os próprios médicos não têm segurança de fazer contra referência para os colegas da atenção básica.	Atitude do médico.
...lá no Sorocaba I tive esse problema, o clínico não queria mais atender o diabético e hipertenso porque ele está tratando com endócrino, eu argumentei que o endócrino vai tratar só da diabetes e não da hipertensão... então fica difícil deles entenderem isso também.	Existe o entendimento equivocado que paciente que está tratando com o especialista não precisa mais passar na atenção básica.	Atitude o médico.
eu tenho um recém formado no Vila Hortência que demora vinte minutos para atender, o paciente sai super bem avaliado, nossa, os pacientes não faltam, só querem passar com ele, é uma beleza o atendimento dele comparado com outros né.	Existem médicos que prestam um bom atendimento!	Atitude do médico
Na época o grupo (gestores) discutiu que eles nem queriam participar de treinamento, imagine treinar o outro... e aí, para a surpresa, vários se ofereceram para falar sim! falar sobre alguns assuntos com os demais colegas.	Existem médicos da rede de atenção básica dispostos a dar treinamento para os colegas.	Atitude do médico
E aí, por questões políticas a gente não pode começar em outubro por causa da campanha (eleitoral), no começo do ano não pode pela troca do secretário	As campanhas eleitorais e a troca de governo impossibilitam e atrasam a abordagem com as equipes	Processo político
A gente analisou os temas que eles sugeriram e a hipertensão e diabetes surgiu com um grande peso, surgiu também a psiquiatria, então a gente já marcou essa data para começar esse diálogo permanente	Além da hipertensão arterial e diabetes, existem outros temas importantes que os médicos desejam ser capacitados. Existe um espaço criado na regional de chamar o médico para treinar e ouvir suas demandas.	Capacitação do médico

Aí um dos colegas, o médico lá do Barcelona, acha que precisa discutir o PSA, está desorganizado mesmo, aí ficou aquele dilema, vai ter a cada 2 ou 3 meses, são tantos assunto né, e a gente ficou de conversar em março com quem vier, para discutir com eles.	A equipe médica de uma UBS admite que o PAS está desorganizado Existem dúvidas quanto ao tempo necessário para abordar o tema - são muitos assuntos	Capacitação médica Organização do PAS
E contemplar o que a gente acha que é importante para o programa, mais o que eles pediram. Dermato é a número um	Existem demandas de capacitação pedidas pelos médicos e outras que a gestão acha importante - precisa atender os dois públicos.	Capacitação médica
Não faz parte do nosso perfil, a gente faz treinamento técnico, por exemplo, sobre vacinas e isso não nos impede de problematizar a prática.	A regional procura problematizar a prática da atenção nos treinamentos técnicos	Capacitações
Da parte médica entendemos que a gente deveria começar falando da atenção primária, isso significa fazer o médico pensar o que ele está fazendo aqui, qual é o papel, vamos chamar um colega com experiência na área e vamos negociar com eles.	Para o médico é importante iniciar a capacitação falando sobre a atenção primária e fazer uma reflexão conjunta sobre o seu papel no sistema.	Capacitação médica.
Tem a atualização da prática, tem a atualização técnica e tem a pactuação e a continuidade. A gente teria que mesclar em momentos de conversa de rodas e momentos de aulas mais objetivas... e não existe receita para fazer educação permanente.	A atualização médica deve focar a prática (atitudes) e a técnica. Deve ter momentos com sustentações teóricas e momentos de reflexão junto com a equipe. Deve haver continuidade.	Capacitação médica
Tem até um artigo que diz que a cozinha da unidade tem sido um grande lugar para a pessoa discutir o próprio trabalho.	Outros espaços / momentos da unidade podem ser utilizados para reflexões sobre a prática.	Capacitação
mas eu tenho a impressão que... uma vez participei de uma reunião mensal no Vitória Régia - e foi a única que fui, depois eu fiquei esperando que tivesse regularidade e tal, por que assim, eu acho que falta esse espaço para você falar, por isso que a cozinha se torna esse espaço, você sempre tem dois ou três lá e estão conversando... ... estou dizendo que isso é um espaço, precisa ter espaços para as discussões ... Existem unidades que tem esse espaço garantido a cada 15 dias, a cada mês, com o controle social há dois anos	Falta, nas unidades, uma rotina de diálogo entre os funcionários e espaços "informais" acabam sendo utilizados. Existem unidades que têm esse espaço garantido com reuniões periódicas.	Reuniões com a equipe
A lógica né e estar todo mundo junto porque cada um tem o seu núcleo de saber, então vai ter hora para sentar com a sua turma e hora para sentar separadamente... ... Como a questão da dengue, é uma questão multiprofissional	É importante reuniões com a equipe para valorizar os diversos saberes e fazer sinergia.	Reuniões com a equipe
... mas tudo isso é uma cultura né, primeiro tem que ter compromisso, um dia que alguém não vem o grupo está olhando, esse cara não vem, o outro não vem e está combinado para todo mundo vir... o negócio acaba por aí.	É preciso criar uma cultura com regularidade e compromisso mútuo para não para.	Reuniões com a equipe

<p>E a outra questão é a medida da pressão arterial.</p> <p>... a questão dos aparelhos automáticos...</p> <p>...pois é... compraram o mais barato. Aí tem a questão do paciente com arritmia cardíaca também...</p> <p>... mas isso é uma coisa pequena, eu acho que o aparelho automático seria uma coisa muito boa, muito interessante porque assim, ele melhoraria a precisão da medida de pressão, se você olha as medidas na unidade é tudo treze por nove, treze por deis...</p>	<p>É interessante ter aparelhos automáticos para melhorar a acurácia da aferição da PA, desde que sejam de qualidade e que se respeitem as técnicas de aferição com esses equipamentos.</p>	Recursos
<p>...os estetoscópios são muito ruins, os esfígmios não são calibrados como deveriam, é uma pena</p>	<p>Os equipamentos de má qualidade e descalibrados prejudicam o trabalho das equipes.</p>	Recursos
<p>...o que a gente vê que para resolver esse problema vai muito além da capacidade da UBS, tem que ter o aparelho adequado, ter o espaço adequado para o cliente sentar e conversar, a gente acaba fazendo o que está no nosso alcance, vê o que pode ser feito de melhor, mas, você depende de uma série de coisas...</p>	<p>Para melhorar o PAS e resolver esses problemas vai muito além da capacidade da UBS, tem que ter o aparelho adequado, ter o espaço adequado para o cliente sentar e conversar, a gente acaba fazendo o que está no nosso alcance</p>	Recursos
<p>...eu vi que com o acolhimento a Fernanda (supervisora) fez um treinamento com a equipe - oficina - preparando por dois meses, revezando o pessoal o pessoal dos turnos administrativos, enfermagem, a equipe da manhã cobria a da tarde, a da tarde cobria a da manhã, foi discutido sobre AE coletivo, montagem de agenda, o bom que a equipe do programa do adulto naquela época esteve muito presente, nestes três anos estamos numa fase que a equipe está muito desestimulada, desgastada, ficou meio que repetitivo, até os temas</p>	<p>Quando existe o envolvimento do nível gestor na capacitação das equipes, estas ficam motivadas.</p> <p>A logística para treinar toda equipe é complexa, exige repetir a atividade em horários diferentes, fechar as agendas diárias de atendimento....</p> <p>A falta de continuidade leva ao descrédito, desgaste e desmotivação.</p>	Capacitação da equipe
<p>Quando o município passa por determinado médico vê a diferença e começa a fazer comparações: esse pede este exame, por que o outro não pede? Então saiu um pouquinho do protocolo o próprio município entende isso e cobra né. Então acho que a gente teria que seguir bem a risca e voltar o protocolo, trocar experiência.</p>	<p>A população percebe que existem diferenças nos pedidos de exames durante atendimento médico e acabam exigindo determinados profissionais que pedem exames. Isso reforça necessidade de seguir o protocolo.</p>	Atitude médica.
<p>Só apresentou o protocolo. Depois de dois meses se eu não me engano a gente tinha feito uma oficina para apresentação de resultados, quantos atendimentos clínicos, no acolhimento quanto tinha sido atendido, a produção de atendimento médico e a gente fez essa discussão de produtividade apenas, depois não houve continuidade porque houve o momento político e não pudemos mais fazer oficinas. Esse ano iria ter um grande que a gente não conseguiu realizar, aí veio a dengue, etc</p>	<p>O treinamento do PSA foi técnico, apenas com apresentação do protocolo, sem uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem.</p> <p>A discussão posterior envolveu a produtividade apenas.</p> <p>O processo eleitoral impediu a continuidade da estratégia.</p> <p>Demandas agudas (dengue) roubaram espaço da discussão do PSA.</p>	Oficina de implantação do acolhimento e do PSA.

Depois eu fiz reunião com clínicos e enfermeiros por causa de receita de Losartana e de psicotrópicos porque eles estavam voltando de dois em dois meses para pegar receitas, então nós sentamos para conversar, como vamos resolver? O problema é nosso!	A experiência envolvendo médicos da unidade na solução de problemas relacionados à rotina de atendimento foi muito positiva.	Capacitação médica.
Deixou sob responsabilidade da UBS fazer a retomada... sim; ... e na rotina das atividades vocês conseguiram fazer isso?... Não.	A continuidade do processo de capacitação foi delegado à unidade básica que não consegui dar sequência pelas rotinas próprias do trabalho.	Capacitação da equipe
...tem a questão do AE coletivo, em algumas unidades o dentista entra nas palestras, procuram rever para não ficar repetitivo. As vezes o cliente não quer participar do AE coletivo e não temos como obrigar o cliente a participar. O retorno segue a classificação.	As vezes o cliente não quer participar do AE coletivo e não temos como obrigar o cliente a participar. É repetitivo.	Processo de trabalho do PSA
Tenho o problema que a Priscila comentou também, tem profissional que classifica tudo como risco 3 ou 4 para antecipar o retorno e outro classifica tudo em 2 para espaçar o retorno...	Existem médicos que alteram a classificação do risco do pacientes para mudar o retorno. (mais uma unidade).	Atitude do médico
... tem uma médica que discorda do protocolo, entende que o risco deveria ser diferente. Não é uma questão de achar! E aí quando você vê o perfil dos pacientes e compara com o da equipe de supervisores do PSA dá tudo risco quatro - é o inverso do esperado por conta disso, descobri na oficina de planejamento.	Existem médicos que discordam do protocolo e não querem segui-lo.	Atitude do médico
Fiz os carimbos porque a gente precisa também valorizar a posição dos profissionais, é uma troca né. A gente está usando o carimbo para facilitar	É importante dar ouvidos ao médico nas oficinas de planejamento.	Reuniões com a equipe
...olha eu acho que é fazer essa capacitação periódica	Uma forma de envolver os médicos é fazer capacitação periódica.	Motivação médica
a cada três meses porque menos que isso é difícil a gente bloquear as agendas deles, e serão várias vezes para atender a variação de horário dos médicos, mas eu acho assim, que quando o médico entra na unidade, deveria antes de ir para unidade ter essa capacitação também.	Não pode ser muito frequente por causa do atendimento precisa acontecer quando o médico é novo na UBS. (mesmo para os que venham do PA)	Capacitação médica
Eu marquei somente o acolhimento mas, eles estão fazendo o programa do adulto sem ter um treinamento. Deixei os protocolos lá, o de rotina, os de protocolos médicos, mas eu estava esperando chegar agora esse mês e eu vou fazer um treinamento com os dois para gente poder trabalhar o PSA conforme trabalhamos pela manhã. Realmente existem muitas falhas, mas eu não vou falar que tem que pedir esse exame, está lá no protocolo, mas, nem sempre é pedido.	Só deixar o protocolo disponível não basta. Existem muitas falhas no atendimento do médico novo sem treinamento sobre o PSA.	Capacitação médica
de cada três ou quatro meses fazer esse treinamento, essa reunião até mesmo primeiro fazer um treinamento mais teórico e depois pegar casos verídicos das unidades e trabalhar em cima desses casos né,	Treinamentos periódicos utilizando casos da UBS.	Capacitação médica.

Evitar que criem vícios porque depois fica difícil de cortar. Eu tenho um que veio do PA e ainda trabalha lá, nossa, a consulta dele demora quatro minutos dependendo do que é o paciente. É um atendimento de PA que ele faz na unidade, então eu vou ter muita dificuldade com ele	É importante o treinamento para evitar a criação de vícios no atendimento. É preciso selecionar pessoas com perfil para a APS.	Capacitação médica.
...dá para introduzir o assunto nesse projeto nosso de educação permanente, agora, eu acho que demandaria também muito tempo de capacitação, se reservar esse espaço que a gente reservou de dois em dois meses, o ano inteiro vai falar só de hipertensão e diabetes.	Se incluir os temas do PSA nos encontros de EP vai tomar muito tempo e existem outros temas solicitados.	Capacitação do médico
... a gente usar Telebook, o Moodle, porque todos tem um tablet, para podermos fazer fórum, essas coisas... ... mas é preciso ter o envolvimento das outras pessoas, programar uma coisa deste tipo também dá trabalho. E aí, se não tem resposta do outro lado você fica com o negócio na mão.	Para usar ferramentas de EaD é preciso o comprometimento porque é complexo e se desistirem do processo existe um investimento perdido.	Capacitação de médicos.
Eu acho que a coisa da problematização e do problema mesmo ele é muito interessante, um caso, com tais e tais coisas que o cara para resolver é só ir lá e ler o protocolo. Então é uma maneira de fazer com que ele leia o protocolo. Pega uns pontos importantes do protocolo e coloca no caso e quando ele for resolver ele lê o protocolo e vai interessa-lo. Então é uma forma de obrigar o indivíduo a ler e ir mexer no protocolo	A problematização é uma estratégia interessante para levar o médico a buscar respostas no protocolo se apropriando dele.	Capacitação de médicos.
...a gente também tinha pensado no matriciamento e de repente aquele ambulatório que você faz no Vitória Régia e poderia deslocar para cá é uma forma de matricular, não só de dar aula, vai atender em conjunto	É possível utilizar o matriciamento. Trazer um ambulatório para o Colegiado aonde o médico atenda os casos mais complexos junto com um tutor.	Capacitação de médicos
Hoje não existe nada, nada, nada. Algumas pessoas de lá não conhecem o protocolo, com a entrada do SIS se perderam a classificação, os prontuários estavam misturados com todos os outros prontuários, então ali nós não sabíamos qual prontuário era de diabéticos, de hipertenso, tudo se perdeu. ... Então, eu não sei, já escutei que teve um PSA na unidade mas não sei de que forma funcionava	Existe unidade que não tem nenhuma rotina do PSA implantada e não segue o protocolo. A população predominante desta unidade é de idosos o que agrava a situação. Já teve funcionando o PSA e se perdeu.	Processo de trabalho do PSA
... um dos médicos não aceita o protocolo, não segue o protocolo, e é praticamente o meu médico "carro chefe da unidade" é o único praticamente que eu tenho. ...são atendidos, só marca uma consulta com o médico e ele marca uma consulta do jeito que ele quer que tenha o retorno, e, pelo que eu já percebi, que eu pego assim, o retorno para todos é de três meses. Não existe uma classificação de risco...	Os poucos médicos que têm em algumas UBSs não aceitam utilizar o protocolo	Atitude do médico Falta de RH

Então neste momento nós estamos pegando prontuário por prontuário, a gente está tarjando para separar quem é hipertenso e quem é diabético, eles estão assustando com o que eles estão vendo, nós estamos tarjando a lateral toda e aquilo está evidenciando uma nova forma. Então, eu não tenho ainda hoje a noção real de quantos pacientes eu tenho hipertensos e diabéticos até porque o SIS não é alimentado da forma correta	Existe unidade que está iniciando o PSA "do zero" e ainda não tem ideia da clientela.	Processo de trabalho do PSA
Então eu acho que esse início de estar tarjando, de estar identificando, e agora a gente está até separando esses prontuários, já é uma coisa que eu percebo que está movimentando a equipe, é um número grande. ... Depois a gente vai ter que trabalhar a questão dos médicos classificarem esses pacientes	O processo de reorganizar o programa identificando visualmente a população alvo (prontuários) ajuda na sensibilização da equipe. A atividade ocorre passo a passo.	Processo de trabalho do PSA
Aí eu entro na questão que o meu médico que é o carro chefe não aceita o protocolo e não classifica porque ele acha que todo paciente devem voltar de três em três meses. E uma médica nova, acaba que eu só tenho ele e uma médica que entrou agora. E não tenho enfermeira à tarde. E a minha equipe de auxiliares de enfermagem é muito reduzida, tanto é que eu estou trabalhando só com suplementação de horas na enfermagem. Só que isso não se justifica, eu acho que não posso me apoiar na falta de funcionários para não fazer	Faltam funcionários em todas as áreas (médicos e enfermagem). Isso dificulta o processo de implantação do PSA, mas, não tira a responsabilidade da unidade de saúde de fazê-lo. Isso ocorre em mais de uma unidade.	Processo de trabalho do PSA
o profissional cumpre sua jornada em outro lugar e pode suplementar até duas hora diárias para trabalhar em outra unidade, sem vínculo nenhum, no máximo 10 horas na semana	Trabalhar com horas suplementares reduz o vínculo do profissional com a unidade e sua clientela.	Recursos
...não? Está junto com a faculdade e era para estar funcionando. ... acho que é mais complicado, a parte de saúde da mulher segue protocolo próprio.	A presença da universidade na UBS precisa ser bem articulada para não utilizarem protocolos paralelos.	Integração Universidade e Serviço.
... e o fato de trabalhar junto com a universidade não garante que o protocolo vai ser atendido, veja o fato da mortalidade infantil, a escola atende de uma forma e a gente tem outro protocolo diferente	A universidade utiliza os espaços das unidades, mas, existe pouca integração na discussão das políticas públicas e na utilização de protocolos do município.	Integração Universidade e Serviço.
...o médico fala tem um peso muito grande para o paciente, então se ele sai da sala do médico e ele falar que o retorno tem que ser em três meses e a gente falar que não é, tentar orientar de acordo com o protocolo choca. E aí você perde a confiança do paciente adesão	A palavra do médico tem uma importância grande para o paciente e se ele dá orientação diferente da existente no protocolo o restante da equipe tem dificuldades para retomar a rotina programada.	Atitude do médico
...o ideal é que o sistema fizesse isso, direto né. ... essa vai ser uma briga com o médico porque ele vai querer burlar esse sistema	Podem ser utilizados softwares (SIS) para forçar o médico a cumprir o protocolo, mas, sem o envolvimento dele provavelmente ele vai acabar "burlando" o processo.	Atitude do médico.
Acho que a dificuldade maior é que o posto tinha que ter mais profissionais para poder absorver, seguir o protocolo	Faltam médicos para atender nas UBSs	Recursos

<p>... acho que temos unidades com grau diferente de maturidade, três estão mais na parte organizacional, um a equipe está motivada, mas ainda não está fazendo a roda rodar e outra está no meio da organização tentando fazer a roda continuar a funcionar</p>	<p>Temos unidades com grau diferente de maturidade e cada uma está num ponto diferente do processo.</p>	<p>Processo de trabalho do PSA</p>
<p>... que tem que garantir o mínimo de funcionário</p> <p>... A questão de suplementação eu acho que só vai resolver isso se todas as 31 unidades falarem a mesma coisa</p> <p>...encontros periódicos, organizaria a unidade para que um médico e um enfermeiro da unidade fossem os gestores do programa do adulto para avaliar o dia a dia, identificar falhas ou problemas e até o caso do próximo estudo e acredito que poderia até trabalhar dessa forma</p> <p>... eu achei interessante de repente chamar a equipe médica para ouvi-lo,...</p> <p>... outra coisa é que isso deveria ser customizado de acordo com cada unidade, ...Talvez fazer alguma coisa nuclear, com discussão de caso clínico, com problemas que possam ter atividades, coisas deste tipo. Uma coisa mais nuclear que envolva todas unidades e individualmente tratar do problema lá e fazer da melhor forma possível, até que todas fiquem mais ou menos homogêneas e possam caminhar juntas num programa só</p>	<p>Para enfrentar a questão do envolvimento do médico é preciso organizar o programa como um todo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) garantir número mínimo de funcionários na enfermagem e médicos; 2) tem que padronizar rotinas e protocolos por causa da suplementação; 3) reuniões periódicas com o médico e o restante da equipe para reavaliar os processos de trabalho da unidade; 4) deixaria um médico e um enfermeiro como gestores do PSA na unidade. 5) chamar a equipe médica para ouvir suas dificuldades e desejos. 6) treinamento para os médicos 7) cada unidade deve ser tratada individualmente, mas é possível desenvolver ações centralizadas de capacitação. 8) fazer um esforço de homogeneizar a maturidade das unidades no PSA com organização e treinamento. 	<p>Motivação do médico</p>
<p>Então a nossa pré-consulta é no dia anterior retirar todos os prontuários, e a gente carimba, aonde o médico colocaria a data, consulta médica de rotina, consulta médica eventual, consulta médica resultado de exame, exame fora do período de rotina, para poder direcionar esse atendimento na hora que esse prontuário chega na mesa do médico porque ele vai saber a situação daquele paciente porque o paciente muitas vezes não sabe, ele quer tudo, quer guia para isso, quer guia para aquilo, quer exame, e a gente faz isso para ajudar e dar subsídio para o médico saber o que o paciente está fazendo ali no consultório.</p> <p>... E se ele for no balcão para fazer a pós consulta com o administrativo ele marca só o exame e o paciente vai embora, aí o exame está pronto, não tem consulta médica para resultado de exame, aí fica vencido esse exame, aí entra no encaixe para o acolhimento, dá tudo errado!</p>	<p>A enfermagem é fundamental na organização do PSA e também para o melhor aproveitamento das consultas médicas.</p> <p>Um funcionário administrativo não consegue substituir na plenitude as funções administrativas do programa executadas pelos AE pela necessidade de conhecimento técnico específico sobre o protocolo.</p>	<p>Processo de trabalho do PSA</p>
<p>...o treinamento tem que ser frequente, não tem outra forma, o processo de remoção faz isso com toda enfermagem, não tem como segurar, é lei, tem sua periodicidade e não tem como, tem que ser frequente, mas o protocolo já ajuda muito isso né</p>	<p>Como existe rotatividade de profissionais o treinamento deve ser frequente e o protocolo único.</p>	<p>Rotatividade de profissionais</p> <p>Capacitação da equipe</p>

...o problema é que de um tempo para cá, nós temos um quadro de funcionários muito mais instável, entra e sai toda hora, tinha uma época que entravam no serviço público e não saíam, hoje não é assim. Esse é o quadro que a gente vai ter mais dificuldade, tem contrato CLT, fica um ano e vai embora, você acaba de fazer o treinamento e troca a equipe	Tem grande rotatividade da equipe, não só entre unidades, mas, muitos funcionários novos entram e os antigos que passaram por capacitação saem. Os vínculos estão mais precários e isso dificulta o processo de treinamento.	Rotatividade da equipe X adequação do treinamento.
...a universidade está aberta. na hora que fomos chamados nós viemos e fizemos uma parte do nosso trabalho, propondo um protocolo, agora, é claro que isso vai muito além, e nós temos muito interesse em estreitar relações cada vez mais, a universidade	A universidade está disposta a contribuir com a aproximação com o setor público, participou da atualização do protocolo do PSA, de um roteiro para o atendimento em psiquiatria e pode contribuir com outras áreas.	Integração Universidade e Serviço.
...mas isso vai ter que ter uma continuidade mesmo. Não vai dar para pensar coisas estanques, é uma continuidade. Quando a Priscila recebe um aluno da enfermagem ele vem lá e ele conhece a unidade, conhece o serviço público, é uma troca contínua	O processo de integração universidade e prefeitura deve ser contínuo.	Integração Universidade e Serviço.
... o coordenador tem uma sobrecarga de coisas para ele administrar que ele não dá conta de tudo aquilo, então dentro da unidade, dentro da equipe para que ela também ajude fazendo avaliação, monitorando... se a gente centralizar numa pessoa só eu acho que é difícil a gente dar conta.	O coordenador de unidade de saúde responde por várias atividades na unidade e a função de avaliação de atividades programáticas e/ou outras estratégias poderia ser delegada a alguns membros da equipe.	Processo de trabalho do PSA
Então, como a gente forma essa equipe multi lá dentro para que ela possa assumir esse papel? Então acho que matriciamento é uma outra coisa que poderia estar ajudando. Então vai lá e tira dúvidas da equipe ou do cara que está atendendo mesmo	Para o coordenador delegar à equipe o monitoramento e o planejamento de atividades na unidade, é preciso capacitar a equipe e o matriciamento poderia ser uma estratégia.	Capacitação da equipe
... o matriciamento é a forma mais fácil e rápido de fazer... ... poderíamos fazer na sua unidade por exemplo o atendimento de alguns pacientes com problema para ser atendido. ... cada unidade prepara e eu vou fazendo unidades diferentes a cada semana, ou vai um mês e fica numa unidade, mas aquilo precisa ser preparado pela unidade... ...não, e depois terminado o atendimento vai fazer o feedback, todo o processo de discussão e colocar tarefas para a semana seguinte, então eu acho que para fazer uma coisa deste tipo vai ser preciso fazer uma programação, ter pelo menos umas três ou quatro semanas em cada unidade, podia fazer um processo de trabalho, vai, naquele dia discutimos tais e tais assuntos, vamos trabalhar nisso, vamos colocar tais e tais tarefas para a semana que vem, você vai traçando uma coisa contínua	A universidade está disponível e tem como contribuir com a formação dos profissionais para o matriciamento, mas a unidade de saúde precisa se organizar para isso. O processo vai ser focado em reflexão sobre a prática e metodologias ativas de ensino e aprendizado.	Capacitação da equipe Integração Universidade e Serviço.

... A não ser que pegue do colega que está atendendo lá, ou bloquear a agenda para atender junto. ... eu acho que nesse dia é importante atender junto senão como você vai...	Na capacitação médica, neste processo de matriciamento, é importante organizar o processo de trabalho para realizar o atendimento junto com o médico.	Capacitação dos médicos.
... então o médico tem que aceitar atender junto e a agenda dele não é só de atendimento do programa do adulto, é uma mescla de consultas de acolhimento com essas queixas, para poder viabilizar ... será que ele de cara vai ter interesse, será que não teria que fazer uma preparação, apresentar isso como uma bela oferta para ele, incentivá-lo... ... uma contextualização né, por isso que ele vai ter que ser sensibilizado. Márcia: se chegar ali de cara acho que vai ter uma grande resistência.	É provável que alguns médicos ofereçam resistência a passar pela capacitação atendendo junto com um professor, logo, é preciso haver uma sensibilização prévia deste médico.	Capacitação dos médicos.
...uma coisa que pode ser feito é cada um consultar na unidade qual é a receptividade que tem, de repente chega um e diz: olha, seria excelente mesmo. Quando eu cheguei no Vitória Régia foi uma coisa assim, a coisa foi acontecendo naturalmente... olha, eu vou mandar um paciente para você, mas, neste dia eu gostaria de estar lá... então, acontece, de repente você tem alguém super disponível	É preciso pesquisar a receptividade dos médicos. Após iniciar o processo é provável que ele naturalmente seja incorporado pelas equipes.	Capacitação dos médicos.
... na minha equipe tenho dois no primeiro horário, das 7 às 10h, dois no último horário - um entrando às 15 e outro às 16h. ... esse é o grande problema na minha unidade que eu só tenho consultório vago ou quarta feira à tarde ou todas as noite... ... uma sugestão que eu queria fazer é quando tiver um médico de férias faria com os demais, aí tem um consultório livre. Pode ir conversando e se programando entre as unidades	A heterogeneidade de horários dos médicos também dificulta o processo de formação. A unidade precisa ter salas disponíveis para acolher a equipe que vai treinar os médicos, logo, a disponibilidade de espaço físico poderia ser outra barreira para fazer isso em todas as unidades.	Capacitação dos médicos.
... eu penso que dar o treinamento vai motivar, mas, na verdade, ele está mais motivado para acabar logo os atendimento e ir para a cozinha da UBS. ... aplicar a escala de Maslow em cada um ... por que não o motivograma? São situações para se pensar para estimular os médicos. É difícil mesmo.	É preciso em alguns casos avaliar melhor o que motiva o médico (autor).	Atitude do médico.
... isso em relação à hipertensão, mas, se houver outra demanda como a Claudia colocou eu posso ser o interlocutor com a faculdade para ver com as outras áreas	A universidade está aberta para outras áreas além do PSA.	Integração Universidade e Serviço.

<p>...uma forma de fazer essa contextualização é aproveitar as oficinas de planejamento, as minhas estão agendadas para o ano todo! manhã, tarde e noite. Tem a equipe inteira, a unidade fica semi fechada, eu falei um pouquinho do programa do adulto, todas as mudanças que fizemos na unidade foram muito bem aceitas, o pessoal gostou bastante, eu acho que a gente tem que retomar isso mesmo, poderia ser o momento pra gente conversar sobre isso né</p>	<p>Podem ser utilizadas oficinas de planejamento pré-agendadas para fazer a motivação da equipe e contextualizar o programa (PSA).</p>	<p>Motivação do médico e da equipe.</p>
<p>A grande dificuldade é a aplicação dele e de todos os programas que nós falamos aqui. Precisa mesmo ter uma equipe que dê condições e que cobre o resultado de uma forma epidemiológica, né, estatisticamente falando.</p>	<p>É importante ter em cada unidade uma equipe que faça a "gestão do PSA" e outros programas.</p>	<p>Processo de trabalho do PSA</p>
<p>...isso como falei, é um protocolo de atendimento médico, o atendimento ao indivíduo não é isso, certo? É para resolver as coisas do médico mesmo. Agora, o atendimento do indivíduo é completamente diferente. Não é só a enfermagem, tem também os outros profissionais da saúde. Na PUC nós temos uma relação muito boa. Esse distanciamento que existia entre o curso de medicina e de enfermagem acabou com a reforma curricular.</p>	<p>O protocolo proposto atualizado é para o atendimento médico.</p> <p>Existe boa integração entre a enfermagem e a medicina dentro da faculdade. A reforma curricular favoreceu isso.</p>	<p>Protocolo.</p> <p>Integração na universidade.</p>

**ANEXO A - PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ELABORADO PELA PARCERIA DA SMS COM A
FCMS-PUC/SP**



Secretaria da Saúde

HIPERTENSÃO ARTERIAL

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Protocolo de Atendimento na Atenção Primária

Relevância

A hipertensão arterial é a doença crônica degenerativa de maior prevalência mundialmente. Acomete 25% a 30% da população adulta (> 18 anos). Sua prevalência aumenta com a idade, mas já é preocupante mesmo em jovens, particularmente naqueles com antecedentes familiares de hipertensão e excesso de peso ou obesidade (prevalência de 16% em alunos do 2º ano do ensino médio no município de Sorocaba). A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, aumentando em até 7 (sete) vezes o risco de acidente vascular cerebral, que é, individualmente, a maior causa de morte em adultos em nosso país. No Brasil, ano de 2007, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 29,4% das mortes, sendo grande parte por acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo 2 são as principais causas de doença renal crônica terminal com necessidade de terapia renal substitutiva (diálise e transplante renal). Ambas são responsáveis por 70% dos casos de doença renal crônica terminal. Grande parte das complicações sistêmicas da hipertensão arterial ocorrem por ela ser uma doença silenciosa (assintomática ou oligossintomática), o que determina o atraso do início do tratamento e, frequentemente, má adesão às orientações terapêuticas. Uma avaliação anterior nas unidades de atendimento primário no município de Sorocaba mostrou que apenas 40% dos indivíduos hipertensos acompanhados regularmente no programa HiperDia estavam com a pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg).

Regras Indispensáveis para a Determinação Correta da Pressão Arterial

Embora pareça ser um procedimento simples e corriqueiro, a determinação da pressão arterial é cercada de inúmeros erros metodológicos, resultando em medidas incorretas e, conseqüentemente, orientações e tratamento inadequados. A determinação da pressão arterial é o principal procedimento da consulta do indivíduo com hipertensão arterial. Grande parte da orientação terapêutica irá depender dos valores pressóricos observados. Assim, em todas as consultas, recomenda-se realizar pelo menos duas determinações da pressão arterial na posição sentada (ou deitada) e pelo menos uma vez em pé. Anote todas elas e considere a média das determinações para tomar a conduta terapêutica.

Veja no quadro 1 as recomendações para a determinação correta da pressão arterial segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial VI, de 2010 (DBHA VI). Se qualquer destas recomendações não for observada, você poderá estar incorrendo em erro e prejudicando atendimento qualificado do seu cliente.

Quadro 1. Recomendações para a medida correta da pressão arterial (DBHA VI)

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
 2. Certificar-se de que o paciente NÃO:
 - está com a bexiga cheia
 - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
 - ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
 - fumou nos 30 minutos anteriores.
 3. Posicionamento do paciente: Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4ª espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
-

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.*
 2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
 3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
 4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
 5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
 6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
 7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
 8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
 9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
 10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
 11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
 12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.^{10,11}
 13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
 14. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida.
-

Algumas situações especiais merecem consideração. Em indivíduos idosos (> 60 anos) é mais comum a presença do *hiato auscultatório*, que corresponde ao desaparecimento temporário dos batimentos arteriais durante a desinsuflação do manguito, voltando a reaparecer em níveis pressóricos mais baixos. Se o *hiato auscultatório* existir e não for observado, este fenômeno poderá subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica. Para evitar este tipo de erro, deve-se estimar a pressão sistólica palpando o pulso radial enquanto se infla o manguito até o seu desaparecimento, continuando-se a inflá-lo até 20 ou 30 mmHg acima deste nível. Da mesma forma, durante a desinsuflação, após o desaparecimento dos batimentos arteriais, deve-se continuar auscultando 20 a 30 mmHg mais abaixo para garantir que se tenha detectado o desaparecimento completo dos sons.

A pseudo-hipertensão caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados, devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. Podemos identificar esta situação com a Manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nos pacientes que apresentam enrijecimento ou calcificação vascular a artéria permanece palpável (sinal de Osler positivo).

Um dos erros mais comuns é usar o manguito padrão para todos os indivíduos. Ao medir a pressão arterial de um indivíduo obeso (com maior massa de gordura ou de músculo ao redor do braço) precisamos imprimir maior pressão ao redor do braço para comprimir a artéria braquial. Consequentemente iremos superestimar os valores pressóricos deste indivíduo. Tabelas de correção para a circunferência braquial não é um procedimento adequado, pois pode haver ampla variação de indivíduo para indivíduo. Veja no quadro 2 as recomendações de tamanho de manguito de acordo com as DBHA VI. Assim, para a medida

adequada da pressão arterial de adultos, devemos dispor nas unidades pelo menos 2 tipos de manguitos (adulto padrão de 12 X 23 cm e adulto grande de 16 X 32 cm) que serão adequados para braços com circunferências entre 27 a 45 cm, indicados para a imensa maioria dos pacientes. Em indivíduos com circunferência braquial muito grande ou impossibilitados da medida neste local, pode-se utilizar o antebraço, auscultando-se a artéria radial. Como é mais sujeito a erros, este deve ser um procedimento de exceção.

Quadro 2. Tabela de adequação do tamanho do manguito à circunferência do braço (DBHA VI)

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11–15	6	12
Infantil	16–22	9	18
Adulto pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

O uso de aparelhos automáticos digitais para a determinação da pressão arterial está cada vez mais difundido. Estes aparelhos quando certificados por instituições independentes como a Sociedade Inglesa de Hipertensão ou Liga Mundial de Hipertensão e utilizados no braço, reproduzem fielmente a pressão arterial e são instrumentos úteis para a avaliação dos valores pressóricos fora do consultório ou mesmo substituindo os aparelhos de coluna de mercúrio. Há muitos estudos recentes recomendando o uso de aparelhos automáticos digitais como forma de aumentar a precisão da determinação dos valores pressóricos, melhorar a adesão ao tratamento e reduzir o risco de complicações da hipertensão arterial. Para estes aparelhos também é necessário adequar os manguitos de acordo com as recomendações do quadro 2. Aparelhos que se ajustam ao punho são fáceis de manipular, porém, bastante sujeitos a erros de medida. Por isso, desaconselha-se o uso dos aparelhos de punho.

Classificação da Pressão Arterial e o Diagnóstico de Hipertensão Arterial

O quadro 3 apresenta a classificação dos valores da pressão arterial para indivíduos com mais de 18 anos. Veja que os valores considerados *ótimos* são aqueles inferiores a 120/80 mmHg. Valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg de forma sustentada (confirmados em pelo menos duas ocasiões diferentes) são considerados elevados, ou seja, *hipertensão*. Os valores considerados como *limítrofes* (entre 130/85 mmHg e 139/89 mmHg) exigem maior cuidado, pois estes indivíduos já têm risco cardiovascular mais alto e, na maioria das vezes, irão tornar-se hipertensos em futuro próximo. Assim, o diagnóstico de hipertensão arterial deve ser confirmado por valores pressóricos elevados em mais de uma ocasião, pois implicará em mudanças de hábitos de vida e tratamento contínuo. Entretanto, a observação de valores pressóricos muito altos em uma única ocasião, mas acompanhados de sinais de comprometimento de órgãos-alvo, devem ser entendidos como hipertensão e tratados de imediato.

Quadro 3. Classificação da pressão arterial em indivíduos adultos (>18 anos) – DBHA VI

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Avaliação Clínica e Laboratorial Inicial do Indivíduo com Hipertensão Arterial

Além de confirmar o diagnóstico de hipertensão arterial, nesta avaliação deve-se identificar a presença de outros fatores de risco de doença cardiovascular, presente na grande maioria dos hipertensos, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, estratificar o risco cardiovascular global do paciente, considerar a hipótese de hipertensão secundária e iniciar o processo de educação em saúde do paciente, incluindo a orientação dietética, estímulo à atividade física e observância às recomendações terapêuticas.

Os fatores de risco cardiovasculares independentes e considerados como agravantes para o prognóstico do indivíduo com hipertensão arterial são apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Fatores de risco cardiovascular habitualmente associados ao indivíduo com hipertensão arterial.

1. Idade	Homens > 55 anos Mulheres > 65 anos
2. Tabagismo	Qualquer quantidade
3. História familiar de DCV precoce	Homens < 55 anos Mulheres < 65 anos
4. Diabetes mellitus ou glicemia em jejum alterada	Diabetes mellitus – glicemia jejum ≥ 126 mg/dL Glicemia jejum alterada ≥ 110 mg/dL
5. Dislipidemia	HDL – colesterol < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres LDL – colesterol > 100 mg/dL Triglicérides ≥ 150 mg/dL
6. Circunferência Abdominal	Homens > 102 cm Mulheres > 88 cm

O quadro 5 apresenta os critérios de síndrome metabólica. A presença de 3 ou mais destes critérios configura o diagnóstico de síndrome metabólica, aumentando consideravelmente o risco cardiovascular do indivíduo com hipertensão arterial.

Quadro 5. Critérios de síndrome metabólica*

Pressão arterial elevada	≥ 130/85 mmHg
Circunferência Abdominal aumentada	Mulheres > 88 cm ou Homens > 102 cm
Glicemia em jejum alterada	Glicemia em jejum ≥ 110 mg/dL
HDL colesterol baixo	HDL – colesterol < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres
Triglicérides elevados	Triglicérides ≥ 150 mg/dL

* A presença de 3 ou mais destes critérios configura o diagnóstico de **síndrome metabólica**.

No exame físico do indivíduo com hipertensão arterial, além da determinação correta da pressão arterial, deve-se ter especial atenção ao exame do sistema cardiovascular. Veja o roteiro de anamnese e do exame físico na ficha clínica a ser adotada no atendimento ao hipertenso. Observe a necessidade de realizar todas as medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e braquial) e dar atenção aos dados do exame cardiovascular, incluindo a palpação dos pulsos periféricos (esboço de boneco), quantificando-os como “0” ausente; “1” diminuído e “2” normal.

A rotina laboratorial a ser solicitada na primeira consulta e uma vez por ano está listada no quadro 6. Estes exames têm o objetivo de avaliar o comprometimento sistêmico da hipertensão arterial assim como avaliar os fatores de risco associados e algumas causas de hipertensão secundária.

Quadro 6. Rotina laboratorial inicial e anual para o indivíduo com hipertensão arterial

Exame	Utilidade do exame
Hemograma*	Avaliação de possível anemia que poderá estar associada à doença renal crônica
Creatinina ¹	Avaliação de comprometimento renal e possível causa renal da hipertensão
Potássio	Acompanhamento uso diuréticos. Hiperaldosteronismo reduz o potássio.
Glicemia em jejum	Diagnóstico e acompanhamento de diabetes mellitus ou glicemia jejum alterada
Colesterol total	Avaliação de dislipidemia
HDL – colesterol	Calcule o LDL colesterol pela fórmula $LDL = CT - (HDL + Trgl/5)$, se $Trgl < 400mg/dL$
Triglicérides	Avaliação de dislipidemia
Urina tipo I	Avaliação de comprometimento renal e possível causa renal da hipertensão. Proteinúria mesmo traços ou vestígio deve ser investigada.
Ácido úrico*	Fator de risco independente para progressão da doença renal crônica?
ECG*	Arritmias e sobrecarga ventricular esquerda ² – comprometimento miocárdico

* Hemograma, ácido úrico e ECG são obrigatórios apenas na avaliação inicial (ou quando necessários), não fazem parte da rotina anual.

¹ Possibilita o cálculo do clearance de creatinina pela fórmula $[Clearance \text{ de creatinina} = (140 - idade) \times \text{Peso ideal} \div (\text{creatinina plasmática} \times 72)]$, para mulheres multiplique o resultado final por 0,85.

² A sobrecarga ventricular esquerda (SVE) é fator de risco isolado para complicação cardiovascular e denota comprometimento miocárdico pela hipertensão. O índice de Sokolow-Lyon [soma da onda S em V1 a V3 (a que for maior) com R em V4 a V6 (a que for maior) > 35 mm] indica SVE.

A DBHA recomenda outros exames de imagem cardíaca na dependência dos achados clínicos ou da presença de fatores de risco (**Rx tórax** – suspeita de insuficiência cardíaca; **ecocardiograma** – suspeita de IC ou com 2 ou mais fatores de risco e ECG normal). A realização de **microalbuminúria** em amostra isolada está indicada para indivíduos com alto risco cardiovascular e clearance de creatinina estimado > 60 mL/min/1,73m².

Com a avaliação clínica e laboratorial completa, temos os elementos necessários para estabelecer o comprometimento sistêmico (quadro 7) e o risco cardiovascular global do indivíduo hipertenso (quadro 8). As lesões subclínicas em órgãos-alvo implicam em risco cardiovascular semelhante àquele determinado pelas lesões manifestas clinicamente.

O risco cardiovascular global irá determinar a conduta terapêutica e as metas dos valores pressóricos a serem atingidos.

Quadro 7. Indicadores de comprometimento sistêmico da hipertensão arterial.

Comprometimento de órgãos-alvo com manifestações clínicas estabelecidas

Cerebrovascular	Acidente vascular cerebral prévio, alteração cognitiva
Cardíaco	Infarto do miocárdio, angina, revascularização miocárdica e insuficiência cardíaca

Renal	Nefropatia diabética, nefropatia hipertensiva (clearance de creatinina calculado $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$)
Retinopatia hipertensiva avançada	Presença de hemorragias, exsudatos ou papiledema
Doença arterial de extremidades	Claudicação intermitente com pulsos diminuídos

Lesões subclínicas em órgãos-alvo (detectadas apenas nos exames complementares)

Cardíaco	ECG com zona inativa ou SVE (Sokolow-Lyon $> 35 \text{ mm}$), ECO com HVE (índice de massa ventricular $> 134\text{g/m}^2$ em homens ou 110g/m^2 em mulheres ou espessura do septo ou parede posterior (PP) $> 11 \text{ mm}$)
Renal	Nefropatia diabética, nefropatia hipertensiva (clearance de creatinina calculado $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou proteinúria presente no exame de urina tipo I) ou Microalbuminúria em amostra isolada $> 30 \text{ mg/g}$ de creatinina
Retinopatia hipertensiva avançada	Presença de hemorragias, exsudatos algodinosos/duros ou papiledema
Doença arterial de extremidades	Índice tornozelo braquial $< 0,9$ – Relação entre a pressão arterial medida no tornozelo e no braço do mesmo lado com o indivíduo deitado.

Quadro 8. Estratificação do risco cardiovascular global do indivíduo com hipertensão arterial

	Normotensão			Hipertensão		
Fatores de Risco ou Doenças Associadas	Ótimo PAS < 120 PAD < 80 mmHg	Normal PAS 120-129 PAD 80-84 mmHg	Limítrofe PAS 130-139 PAD 85-89 mmHg	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99 mmHg	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109 mmHg	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110 mmHg
Nenhum Fator de Risco	Risco Basal	Risco Basal	Risco Basal	Risco I Baixo	Risco II Moderado	Risco III Alto
1 ou 2 Fatores de Risco	Risco I Baixo	Risco I Baixo	Risco I Baixo	Risco II Moderado	Risco II Moderado	Risco IV Muito Alto
3 ou + Fatores de Risco Lesões órgãos-alvo subclínicas ou Diabetes Mellitus ou S. Metabólica	Risco II Moderado	Risco II Moderado	Risco III Alto	Risco III Alto	Risco III Alto	Risco IV Muito Alto
Lesões em órgãos-alvo estabelecidas: IM, AVC, ICC, IRC, DAE	Risco IV Muito Alto	Risco IV Muito Alto	Risco IV Muito Alto	Risco IV Muito Alto	Risco IV Muito Alto	Risco IV Muito Alto

IM - infarto do miocárdio, **AVE**- acidente vascular cerebral, **ICC** –insuficiência cardíaca congestiva, **IRC**- insuficiência renal crônica, **DAE** –Doença arterial de extremidades

Metas do Controle Pressórico

Quando o risco cardiovascular global for o basal deve-se implementar apenas as medidas não farmacológicas. Hipertensos com risco I (baixo), o tratamento não farmacológico deverá ser proposto por até 6 meses. Já, nos indivíduos com risco II (moderado), III (alto) e IV (muito alto) a associação do tratamento não farmacológico e farmacológico deverá ser feita desde a ocasião do diagnóstico. Os paciente com hipertensão estágios 1 ou 2 e risco baixo ou moderado têm como meta de controle pressórico valores inferiores a 140/90 mmHg, enquanto os pacientes com risco alto e muito alto têm como meta a redução pressórica a valores inferiores a 130/80 mmHg.

Tratamento da hipertensão arterial

Aconselhamento - medidas não farmacológicas

O tratamento não farmacológico tem como objetivo iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a redução da pressão arterial e o risco global de doença cardiovascular. As medidas sugeridas terão influência no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação sócio-econômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de uma abordagem multi ou interdisciplinar, procurando-se também envolver os familiares do hipertenso, pois se trata de uma doença familiar. As medidas não-farmacológicas são importantes na redução da pressão arterial, possuem baixo custo e risco mínimo, ajudam o controle de outros fatores de risco e aumentam a eficácia de tratamento medicamentoso.

Orientação alimentar

As recomendações dietéticas têm como objetivo implementar um regime alimentar com redução do sal e da ingesta de calórica, evitando-se açúcares e outros carboidratos, que resultará em redução do peso e o concomitante aumento de fibras e potássio. Assim, recomenda-se a dieta rica em fibras, vegetais, alimentos ricos em potássio e pobre em gorduras saturadas, substituindo-as por óleos vegetais. Alimentos ricos em potássio justificam-se pelo efeito antihipertensivo e pela ação protetora contra danos cardiovasculares. Também são úteis para pacientes em uso de diuréticos. A ingestão de sódio deve ser restrita a 100 mEq/dia de cloreto de sódio, que equivalem a 6 g de sal, mas sabe-se que quanto menor o consumo de sal melhor o efeito hipotensor e a potencialização dos agentes antihipertensivos. As cozinheiras devem ser estimuladas a trocar progressivamente o sal por outros temperos. A redução calórica deve objetivar a redução do excesso de peso, presente em mais de 80% dos hipertensos atendidos nas UBS, e os pacientes devem ser estimulados a alcançar um índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² ou a redução da circunferência abdominal aos níveis recomendados (<88cm para mulheres e <102 cm para homens). Os atendimentos de enfermagem individual e coletivo, assim como as orientações médicas coletivas (veja a rotina de atendimento bimensal no final do protocolo) é o momento adequado e oportuno para oferecer e reforçar as orientações dietéticas e de mudança de estilo de vida que resultarão em maior adesão à proposta terapêutica e consequente benefício para os pacientes.

Exercício físico regular

Este é um ponto chave do tratamento antihipertensivo. Depois do emagrecimento é a medida de maior impacto na redução dos níveis pressóricos. As caminhadas devem ser estimuladas, seja aderindo aos grupos de caminhadas existentes em todas as UBS de Sorocaba ou fazendo atividade física de forma individual ou em grupos de amigos e familiares, de preferência diariamente, ou pelo menos 3 vezes por semana, durante 40 minutos ou mais. Os indivíduos que queiram fazer exercícios físicos de maior intensidade, recomenda-se a corrida, andar de bicicleta, natação e os exercícios aeróbicos em academias. Não há contra-indicação para realizar exercícios físicos contra resistência (aparelhos de academias). Entretanto, qualquer que seja a atividade escolhida, deve-se respeitar uma intensidade entre 50% a 70% da frequência cardíaca máxima (FCM) para a idade ($FCM = 220 - \text{Idade}$). Por exemplo, para um indivíduo de 60 anos, a FCM seria $220 - 60 = 160 \times 0,7$ (70%) = 112 bpm.

Abandono do tabagismo

O uso prolongado de cigarros não se associa à maior prevalência de hipertensão arterial, porém o fumante tem risco aumentado para doença coronariana, morte súbita, enfisema, todos os tipos de câncer, doenças digestivas e envelhecimento precoce. Há estudos mostrando que ao parar de fumar, a pressão arterial e a frequência cardíaca se reduzem, diminuindo muito o trabalho cardíaco e o risco cardiovascular. O cigarro aumenta a resistência aos medicamentos antihipertensivos. Um estudo inglês documentou claramente que apenas reduzir o número de cigarros não traz benefícios ao fumante. Assim, o fumo deve ser abolido.

Moderação do consumo de bebidas alcoólicas

A redução da ingestão de bebidas alcoólicas a um nível moderado (até 30 mL de etanol por dia para homens e de 15 mL de etanol por dia para mulheres) favorece o controle pressórico. Uma lata de cerveja, uma taça de vinho e uma dose de destilado têm aproximadamente 15 mL de etanol. Assim, não é necessário parar de beber completamente, mas restringir aos níveis adequados para o convívio social. Evidentemente, os indivíduos alcoolistas, dependentes químicos da substância, devem ser encorajados a abolir o álcool.

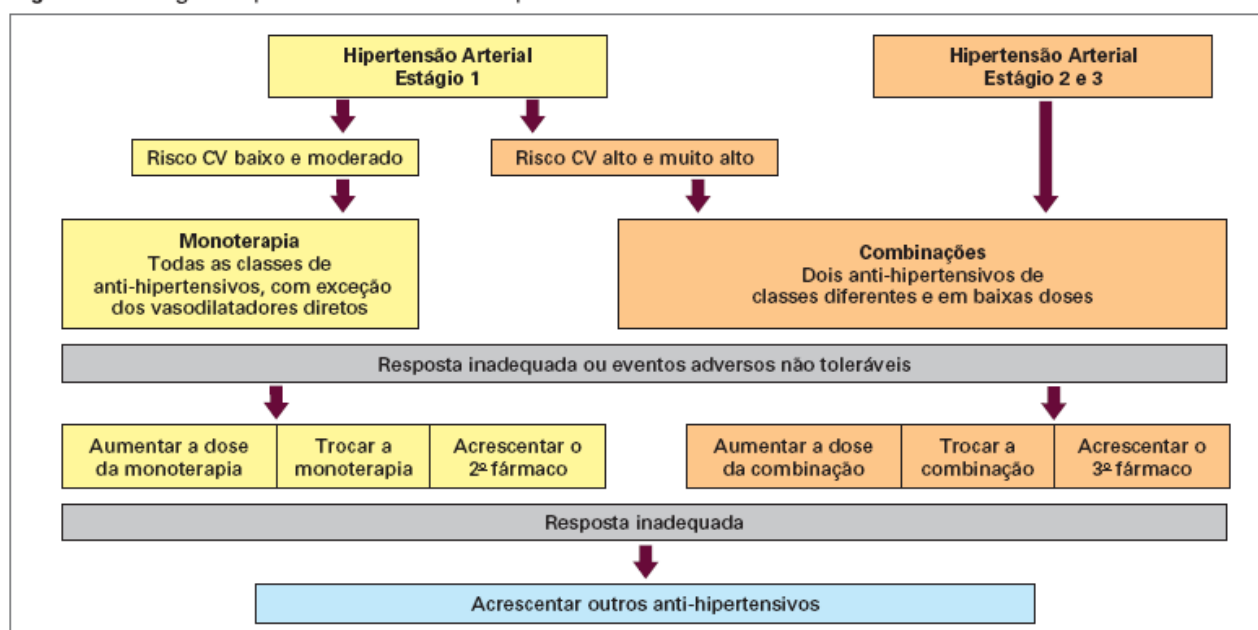
Tratamento medicamentoso

Nesta sessão são apresentados os princípios gerais do tratamento medicamentoso, abordando-se de forma breve os mecanismos de ação e as indicações de cada classe de medicamentos antihipertensivos, restringindo-se àqueles medicamentos disponíveis gratuitamente na rede SUS e no programa “Saúde Não Tem Preço” da rede “Aqui Tem Farmácia Popular”.

A escolha da droga inicial para o tratamento medicamentoso é controversa, inclusive nas diretrizes de diferentes países. Por isso, a maioria das diretrizes prefere não recomendar uma classe específica de agente antihipertensivo para o início do tratamento, deixando a opção ao julgamento médico. Em nosso caso, levando-se em conta que o maior benefício do

tratamento antihipertensivo é a redução da pressão arterial aos níveis recomendados e tendo em vista as características da população de hipertensos brasileira que consome sal em excesso e tem grandes contingentes de idosos e obesos (situações onde comumente ocorre retenção de sódio), recomenda-se que os diuréticos sejam utilizados como primeiro agente antihipertensivo. Lembrar que a insuficiência cardíaca, insuficiência renal, pós-infarto do miocárdio, AVC prévio e diabetes mellitus são situações clínicas em que o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona têm benefícios comprovados. Assim, os IECAs ou BRAs são recomendados em associação com os diuréticos. Devemos também considerar que cada classe de agentes antihipertensivos, utilizados em doses adequadas, reduz, em média, a pressão sistólica entre 10 e 15 mmHg e a pressão diastólica entre 6 a 10 mmHg. Por isso, em indivíduos com hipertensão estágio 2 ou 3, recomenda-se iniciar o tratamento com a associação de medicamentos (ver Figura 1). Ao final da descrição das diferentes classes de agentes antihipertensivos serão apresentadas as associações medicamentosas mais efetivas.

Figura 1. Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial.



O quadro 9 apresenta os agentes antihipertensivos disponíveis gratuitamente na rede SUS e no programa “Saúde Não Tem Preço” da rede “Aqui Tem Farmácia Popular”. Neste quadro são também apresentadas a posologia e o número de doses diárias. Como recomendação geral, os antihipertensivos devem, preferencialmente, ser administrados em tomada única diária para aumentar a adesão ao tratamento. Na impossibilidade de atender a este requisito, a medicação deve ser prescrita preferencialmente em 2 tomadas diárias (aumentando-se as doses em cada uma delas). Por exemplo, a dose máxima de captopril (150mg/dia) pode ser administrada em duas doses de 75mg sem perda do efeito antihipertensivo nos intervalos, pois as sucessivas doses cumulativas vão deixando níveis plasmáticos efetivos da droga. O mesmo pode ser dito em relação ao propranolol e nifedipina. Já, os diuréticos, devem ser administrados pela manhã para evitar ao paciente o desconforto da nictúria.

Quadro 9. Agentes antihipertensivos disponíveis na rede SUS ou no programa “Saúde Não Tem Preço” da rede “Aqui Tem Farmácia Popular”

Medicamentos	Posologia (mg)		Número de tomadas/dia
	Mínima	Máxima	
Diuréticos	mg	mg	
<i>Hidroclorotiazida</i>	12,5	25*	1
<i>Furosemida</i>	20	320**	1 a 2
<i>Espironolactona***</i>	25	100**	1 a 2
Inibidores da ECA			
<i>Captopril</i>	50	150	1 a 2
<i>Enalapril</i>	10	40	1 a 2
Bloqueador receptor AT₁ da AII			1 a 2
<i>Losartana</i>	50	100	
Bloqueador dos canais de cálcio			
<i>Nifedipina</i>	20	60	2
Betabloqueadores			
<i>Propranolol</i>	80	320	2
<i>Atenolol</i>	25	100	1 a 2
Simpatolíticos			
<i>Metildopa</i>	500	2000	2
<i>Clonidina***</i>	0,100	0,900	2
Vasodilatadores			
<i>Hidralazina</i>	50	200	2

* Dose máxima como efeito antihipertensivo. ** A dose máxima depende da indicação clínica.

Quando se quer efeito diurético mais intenso pode-se chegar a estas doses máximas indicadas.

*** Agentes não disponíveis na rede SUS ou “aqui tem farmácia popular”, mas foram listados por serem úteis no controle do paciente com hipertensão e complicações clínicas associadas.

Diuréticos

O mecanismo de ação antihipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Após quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. O efeito antihipertensivo não está diretamente relacionado às doses utilizadas, porém, os efeitos colaterais, sim. Deve-se dar preferência aos diuréticos tiazídicos em doses baixas (mais suaves e com maior tempo de ação), reservando os diuréticos de alça (furosemide) nos casos de insuficiência renal (creatinina > 2,0 mg/dL ou clearance de creatinina calculado < 30 mL/min/1,73m²) e situações de edema (insuficiência cardíaca ou renal). Em casos mais graves de edema, pode-se associá-los. Os principais efeitos adversos dos diuréticos são a fraqueza, câimbras, hipovolemia e impotência. Do ponto de vista metabólico o mais comum é a hipopotassemia, eventualmente acompanhada de hipomagnesemia, que podem induzir arritmias ventriculares (extrassístolia). Podem provocar intolerância à glicose (redução da liberação de insulina) aumentando o risco do aparecimento do diabetes mellitus tipo 2. O aumento do ácido úrico é um efeito quase universal, mas de consequências clínicas não

documentadas, exceto pela precipitação de crises de gota nos indivíduos com predisposição. O uso de doses baixas dos diuréticos diminui o risco dos efeitos adversos, sem prejuízo da eficácia antihipertensiva, especialmente quando em associação com outras classes de medicamentos. A espironolactona e o amiloride são diuréticos poupadores de potássio, com fraco efeito diurético, habitualmente utilizados em associação com outros diuréticos. A espironolactona também tem sido utilizada como o 4º ou 5º agente antihipertensivo na hipertensão resistente (definida como hipertensão não controlada apesar do uso regular e em doses adequadas de 3 ou mais agentes antihipertensivos, sendo um deles preferencialmente um diurético).

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)

Ao inibir a enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueiam a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, mas outros mecanismos de ação podem existir, entre eles a redução de degradação da bradicinina. Reduzem a morbidade e a mortalidade cardiovascular nos hipertensos, em pacientes com insuficiência cardíaca, com infarto do miocárdio, em especial quando apresentam baixa fração de ejeção, sendo também úteis na prevenção secundária do acidente vascular encefálico (indivíduos que já tiveram AVE). Retardam o declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética ou de outras etiologias. Há farta documentação científica demonstrando que embora exista proteção cardiovascular e renal com o uso de IECA em doses baixas, os efeitos protetores plenos desta classe de medicamentos somente são alcançados quando se utiliza as doses máximas recomendadas. O principal efeito adverso dos IECA é a tosse seca, que pode estar presente desde o início do tratamento ou após anos de uso continuado, ocorrendo em até 20% dos pacientes. Podem ocorrer também a perda do paladar e a reação de hipersensibilidade, desde exantema leve até o edema angioneurótico. Este último é mais comum em negros (1 a 2% dos casos). A hiperpotassemia pode ocorrer nos indivíduos com déficit de função renal, mais comum em diabéticos com função renal comprometida (creatinina > 3,0mg/dL). Em pacientes com função renal reduzida pode causar aumento da creatinina (até 20%), mas a longo prazo predomina seu efeito nefroprotetor. Seu uso é contra-indicado na gravidez pelo risco de complicações fetais (oligoâmnio, malformações, insuficiência renal e respiratória). Desta forma, seu uso deve ser cauteloso em mulheres em idade fértil. As unidades de saúde já dispõem de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para ser explicado e assinado por mulheres em idade fértil que irão fazer uso de IECA.

Bloqueadores dos receptores AT₁ da angiotensina II (BRA)

Os BRA antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos receptores AT₁. No tratamento da hipertensão arterial, especialmente em populações de alto risco cardiovascular ou com comorbidades, proporcionam redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, têm comprovado efeito benéfico em insuficiência cardíaca congestiva e na nefropatia diabética e na prevenção do acidente vascular cerebral. Estudos recentes apontam equivalência entre BRA e IECA na redução de eventos coronarianos e cerebrovasculares. Além disso, o uso de BRA ou de IECA reduzem a incidência de novos casos de diabetes mellitus tipo 2. São raros os efeitos adversos relacionados aos BRA, eventualmente exantema. Pelas mesmas razões dos IECA são contra-indicados na gravidez e os mesmos cuidados (assinatura do TCLE) devem ser tomados em mulheres em idade fértil.

Bloqueadores dos canais de cálcio (BCCa)

A ação antihipertensiva dos BCCa decorre da diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares e consequente redução da resistência vascular periférica. Diminuem a morbidade e mortalidade cardiovasculares e, os BCCa de longa duração, são seguros em hipertensos com doença coronária. Não são recomendados os BCCa de curta duração, especialmente em casos de urgência ou emergência. Os efeitos adversos mais comuns são decorrentes da vasodilatação que podem ser intoleráveis por alguns indivíduos. As consequências mais comuns do efeito vasodilatador agudo são a cefaléia pulsátil e o rubor facial e, o efeito adverso mais comum de seu uso prolongado, o edema de membros inferiores. É um edema duro e a pele torna-se fina, quente e brilhante. A suspensão da droga resulta em melhora do quadro.

Betabloqueadores

A ação antihipertensiva dos betabloqueadores envolve pelo menos os seguintes mecanismos: a diminuição inicial do débito cardíaco, redução à metade da secreção basal de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição da liberação de catecolaminas nas sinapses nervosas. Os betabloqueadores mais recentes (de terceira geração) também proporcionam vasodilatação, que decorrem do bloqueio concomitante do receptor alfa-1 adrenérgico (carvedilol) ou da liberação endotelial de óxido nítrico (nebivolol). A redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular é bem documentada em pacientes com idade inferior a 60 anos. Metanálises recentes não encontraram redução de acidente vascular cerebral em pacientes com idade superior a 60 anos. Assim, esta classe de medicamentos seria reservada para casos especiais, como nos hipertensos portadores de coronariopatia com ou sem infarto do miocárdio prévio, com disfunção sistólica ou arritmias cardíacas (fibrilação atrial crônica). Estudos de desfecho com carvedilol, metoprolol, bisoprolol e nebivolol demonstraram redução de mortalidade e morbidade cardiovascular em pacientes com insuficiência cardíaca, independente da faixa etária. O propranolol pode também ser útil em pacientes com tremor essencial, síndromes hipercinéticas, cefaléia de origem vascular e hipertensão portal. Os principais efeitos adversos dos betabloqueadores são o broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão, astenia, disfunção sexual, intolerância à glicose, induzindo ao aparecimento de novos casos de diabetes. O impacto sobre o metabolismo da glicose é potencializado quando os betabloqueadores são utilizados com diuréticos. A suspensão brusca dos betabloqueadores pode provocar hiperatividade simpática com palpitação, hipertensão de rebote e manifestações de isquemia miocárdica. Os betabloqueadores são contra-indicados em pacientes com asma, DPOC e bloqueio atrioventricular. São seguros na gestação, havendo experiência clínica favorável com propranolol e pindolol.

Simpatolíticos de ação central

Os principais representantes desta classe são a metildopa e a clonidina. Estimulam os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo a atividade simpática. O efeito hipotensor em monoterapia é discreto, mas é evidente em casos de hiperatividade simpática, particularmente em associação com outros agentes

antihipertensivos, por exemplo, como a 4ª ou 5ª droga em associações. Há grande segurança e experiência favorável em relação à metildopa em grávidas com hipertensão arterial, sendo por isso o agente de escolha nesta condição. Os principais efeitos adversos são decorrentes da ação central, tais como sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual. A metildopa pode provocar, ainda, galactorréia, anemia hemolítica e lesão hepática, sendo contra-indicada na insuficiência hepática. A suspensão brusca da clonidina pode provocar hipertensão de rebote.

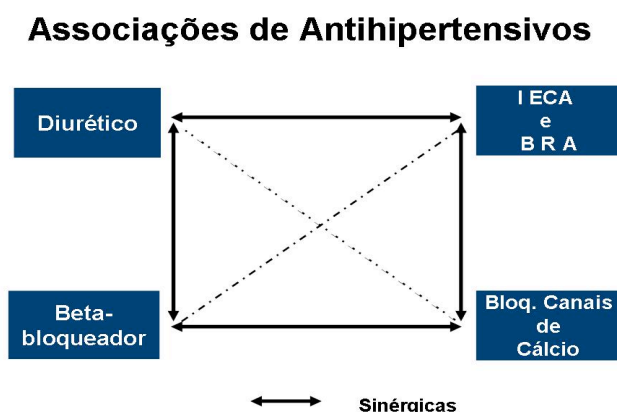
Vasodilatadores

São medicamentos que agem diretamente na musculatura da parede vascular promovendo vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Este efeito promove retenção de sódio e água e taquicardia reflexa. Por isso não devem ser utilizados em monoterapia, mas preferencialmente em associação com diuréticos e betabloqueadores. A hidralazina é o único representante da classe ativo por via oral. O nitroprussiato de sódio é utilizado nas emergências hipertensivas por via parenteral. A hidralazina é utilizada como 4º ou 5º agente antihipertensivo, sendo também útil na hipertensão grave na gestação.

Associações dos agentes antihipertensivos

A figura 2 apresenta as combinações racionais para a associação dos antihipertensivos. Os IECA e BRA são colocados como equivalentes neste esquema. Sabe-se também que não há benefícios em associá-los entre si. Alguns estudos demonstraram, inclusive, mais efeitos adversos que benefícios na associação de IECA a BRA. Desde que não haja contra-indicações, os IECA/BRA associados aos diuréticos e/ou aos BCCa constituem a associação mais racional e efetiva para estes medicamentos. As linhas pontilhadas da figura 2 representam associações pouco efetivas. Entretanto, algumas vezes em indivíduos com hipertensão resistente somos obrigados a associar todas as classes de agentes antihipertensivos, inclusive os simpato-líticos e vasodilatadores (não mostrados na figura 2). Hipertensão resistente é conceituada como pressão arterial não controlada com doses plenas de pelo menos 3 classes de agentes antihipertensivos sendo, preferencialmente, uma delas um diurético.

Figura 2. Associações de Antihipertensivos

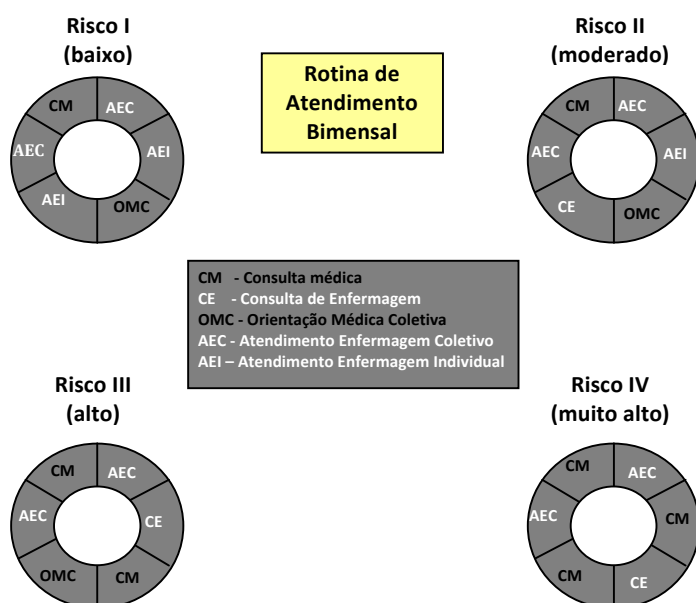


Atendimento multiprofissional

Existem muitas experiências em serviços de atendimento primário demonstrando que o atendimento multiprofissional ao paciente com hipertensão arterial promove maior envolvimento e adesão do indivíduo ao seu tratamento e, conseqüentemente, melhor controle pressórico. Cabe a cada unidade identificar os profissionais que irão atuar no atendimento, orientação e educação do indivíduo hipertenso. Estas experiências exitosas demonstraram que a cada profissional que se insere nesta tarefa, maior a chance de sucesso. O ideal seria que cada unidade pudesse contar com nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Na ausência destes, acreditamos que as unidades poderiam capacitar enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde para participar ativamente do programa com funções específicas.

Fluxo do paciente identificado como hipertenso

- 1- Inscrição no Programa de Hipertensão Arterial.
- 2- Preenchimento do formulário "Programa de Controle de Doenças Crônicas do Adulto" já na primeira consulta.
- 3- Solicitação dos exames padronizados.
- 4- Segunda consulta em 30 dias com os resultados exames solicitados.
- 5- Na segunda consulta deve se determinar o risco do paciente, baseado nos dados adquiridos até o momento. Depois da segunda consulta, os **retornos** se farão de acordo com o protocolo abaixo



Primeiro Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

NOME: _____ Data: ____/____/____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo ____ Gr. Étnico (Pr) (B) (M) (A) Natural: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefones: _____ Profissão: _____

HPMA: ☐ Hipertensão Arterial desde: ____/____/____ Diabetes Mellitus ☐ Não ☐ Sim desde ____/____/____

Como tem se cuidado após o conhecimento da(s) doença(s) _____

GERAL ☐ emagrecimento ☐ ganho de peso _____

☐ fraqueza ☐ Anemia? _____

OFTALMOLÓGICO: ☐ Normal ☐ Comprometida (explique) _____

NEUROLÓGICO ☐ cefaléia ☐ tontura _____

☐ convulsões ☐ parestesias _____

☐ Neuropatia periférica/autônoma _____

CARDIOVASCULAR ☐ dispnéia ☐ palpitações _____

☐ elevação do decúbito ☐ angina _____

☐ IM ☐ ICC (classe funcional) _____

RESPIRATÓRIO ☐ bronquite/asma _____

☐ tosse ☐ expectoração _____

DIGESTIVO ☐ diarreia ☐ obstipação _____

☐ hematêmese ☐ melena _____

RENAL ☐ alterações urinárias ☐ nictúria _____

☐ hematuria ☐ cólica renal ☐ ITU _____

☐ edema ☐ nefrite pregressa _____

ENDOCRINOLÓGICO ☐ polis ☐ tireóide _____

☐ Já fez avaliação tireoidiana? _____

☐ FEO (cefaléia, crise, taquicardia) _____

REPRODUTOR ☐ menarca ☐ menopausa _____

☐ ciclos menstruais ☐ G_P_A _____

☐ impotência (uso de Viagra similares) _____

☐ anticoncepcional ☐ TRH _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

	H A	AVC	IM ou morte súbita	Diabetes	Outras doenças e estado de saúde
Pai <input type="checkbox"/> vivo <input type="checkbox"/> morto/causa					
Mãe <input type="checkbox"/> viva <input type="checkbox"/> morta/causa					
No. de irmãos :					

HÁBITOS: Fumante ☐ não ☐ sim No. cigarros/dia: ____ Tempo: ____ Álcool: ____ Drogas ilícitas?: ____

Exercícios Físicos regulares? ☐ não ☐ sim Tipo ____ No. vezes/sem: ____ e tempo exercício cada vez: ____

Trabalho diário não sedentário? Descrever: _____

DIETA ATUAL: ☐ livre ☐ hipossódica ☐ hipocalórica ☐ hipoproteica

MEDICAÇÃO EM USO (dose e frequência) _____

Uso freqüente de AINE? ☐ não ☐ sim descrever droga e frequência _____

Exame Físico (primeira consulta) e Programação do Acompanhamento

Peso: _____ Kg, Altura: _____ cm, Cálculo IMC: _____ Kg/m², Circ. Abdominal: _____ cm, Circ. Braquial (MSD): _____ cm
Mucosas: _____ se > 34 cm usar manguito grande

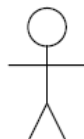
Cabeça e pescoço: (estase jugular? tireóide?): _____

Ausulta cardíaca: (Rítmico? Sopros? B4? B3? A2↑?): _____

Ausulta pulmonar: (MV, ESC/EC bases?): _____

Abdome: Visceromegalias? Fígado↑?: _____

Extremidades: Edema?: _____ Varizes?: _____ Fundo Olho- descrever
Pulsos periféricos (0-ausente, 1-diminuído, 2-normal): _____ Papilas, retinas, vasos



PA sentado ☐ _____ / _____ mmHg FC: _____ bpm

ou deitado ☐ _____ / _____ mmHg

PA em pé: _____ / _____ mmHg FC: _____ bpm

_____ / _____ mmHg

Medida da Pressão Arterial: deve ser realizada após 5 minutos em "repouso" na posição sentada ou deitada (duas medidas) e em pé (duas medidas). Observar intervalos de pelo menos 30 segundos entre o final de uma medida e o início da próxima. Anotar o valor em múltiplos de 2 milímetros de mercúrio (p. ex. 154/98 mmHg e não 15/10). Utilizar manguito adequado para a circunferência braquial (27 a 34 cm usar manguito adulto regular, > 34 cm usar manguito adulto grande), dando preferência pelo MSD. O peso e as medidas da PA com esta técnica devem ser obtidos em todas as visitas.

Exames Laboratoriais e complementares na primeira consulta e a cada ano:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Glicemia em jejum | <input type="checkbox"/> Potássio | <input type="checkbox"/> Rx Tórax |
| <input type="checkbox"/> Colesterol total | <input type="checkbox"/> Urina tipo I | <input type="checkbox"/> Ecocardiograma (em casos especiais) |
| <input type="checkbox"/> HDL – colesterol | <input type="checkbox"/> Triglicérides | <input type="checkbox"/> TSH (mulheres > 40 anos) |

Síndrome Metabólica (3 ou mais dos seguintes critérios):

- ☐ PA ≥ 130/85 mmHg
- ☐ Circ. Abdominal ≥ 88 cm (mulheres) e ≥ 102 cm (homens)
- ☐ Glicemia em jejum ≥ 110 mg/dL
- ☐ Triglicérides ≥ 150 mg/dL
- ☐ HDL – colesterol ≤ 50 mg/dL (mulheres) ≤ 40 mg/dL (homens)

Conclusões: Hipertensão Arterial (estágio): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Sistólica isolada

Presença de Síndrome metabólica? ☐ Sim ☐ Não

Presença de diabetes mellitus tipo 2? ☐ Sim ☐ Não

Risco cardiovascular: ☐ RCV baixo (I) ☐ RCV moderado (II) ☐ RCV alto (III) ☐ RCV muito alto (IV)

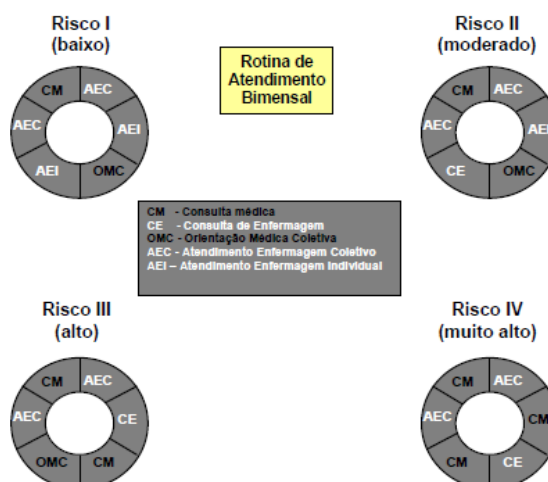
Tratamento Proposto: ☐ Orientação dietética ☐ Orientação atividade física ☐ Orientação uso correto medicação

Medicamentos: _____

Estratificação do Risco Cardiovascular Global

Fatores de Risco ou Doenças Associadas	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99 mmHg	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109 mmHg	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110 mmHg
Nenhum Fator de Risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 ou 2 Fatores de Risco *	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Muito Alto
3 ou + Fatores de Risco Lesões órgãos-alvo subclínicas ou Diabetes Mellitus ou S. Metabólica	Risco Alto	Risco Alto	Risco Muito Alto
Lesões em órgãos-alvo estabelecidas: IM, AVE, ICC, IRC, DAE	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto

Rotina de Atendimento Bimensal



* (Idade > 55 anos-H ou > 65 anos-M, Tabagismo, História familiar de DCV precoce Idade < 55 anos-H ou < 65 anos-M e os demais critérios de síndrome metabólica (acima). IM – Infarto do miocárdio, AVE-Acidente vascular encefálico, ICC- Insuficiência cardíaca congestiva, IRC – Insuficiência renal crônica (clearance creatinina < 60 mL/Min/1,73m²) DAE- Doença arterial extremidades (pulsos diminuídos, lesão ou amputação).

Retorno: _____

**ANEXO B - PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS ELABORADO PELA PARCERIA DA SMS COM A
FCMS-PCU/SP**



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde



PUC-SP

PROTOCOLO DIABETES MELLITUS

AUTORES

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

Maria Helena Senger – coordenação
Alexandre Eduardo Franzin Vieira
João Carlos Ramos Dias
Laila Maria Silva e Machado
Leticia Barberi
Lilian Halcsik Sollitari
Luana Silveira Andreta
Magali Zampieri
Marcia Nakashima de Melo
Maria Teresa Verrone Quilici
Reinaldo José Gianini
Silvia de Carvalho Zagui
Vanessa Barsotti
Verônica El-Afiouni

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA

Newton Flavio Soares Ferreira
Erineia Maria de Moraes Lobo

SOROCABA

2011

DIABETES MELLITUS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definição

Diabetes Mellitus (DM) pode ser caracterizado como grupo de doenças metabólicas, com etiologias diversas, qualificado pela **hiperglicemia** que resulta de:

- deficiente secreção de insulina pelas células β ,
- resistência periférica à ação da insulina,
- ou ambas.

Há um estado de **hipoinsulinismo** com predomínio dos efeitos dos hormônios contra-insulínicos. Ocorrem reações bioquímicas exacerbadas típicas do estado de jejum, liberando na corrente sanguínea mais glicose, aminoácidos, glicerol e ácidos graxos.

O estado de hiperglicemia crônica acaba levando a dano, disfunção e insuficiência em vários órgãos, entre eles os rins, o coração e os vasos sanguíneos, além dos olhos e sistema nervoso.

1.2. Epidemiologia:

A Organização Mundial da Saúde considera o diabetes um dos mais sérios problemas de saúde em razão do(a)(s):

- número de pessoas afetadas,
- incapacitações ocasionadas pelo DM,
- mortalidade prematura,
- custos envolvidos (controle / tratamento de complicações).

O número de pessoas afetadas apresenta crescimento em proporções epidêmicas. Enquanto em 1985 estimava-se haver 30 milhões de diabéticos adultos no mundo, em dez anos este número aumentou para 135 milhões e atingiu 173 milhões em 2002, devendo chegar a 300 milhões em 2030. No Brasil, considera-se a existência de 5,4 milhões de diabéticos e de 7,8 milhões de pessoas com intolerância à glicose.

O aumento da prevalência do DM está relacionado à maior longevidade da população, mudanças de hábitos alimentares (aumento do consumo de gorduras saturadas) e de vida (sedentarismo) que culminam com a maior incidência da **obesidade**. Para o diabetes tipo 2, avalia-se que 50% dos casos novos poderiam ser prevenidos evitando-se o excesso de peso e outros 30% com o combate ao sedentarismo.

Em razão da significativa proporção de diabéticos tipo 2 assintomáticos ou oligossintomáticos ocorre um atraso estimado entre 4-7 anos no diagnóstico desta patologia, o que acaba aumentando o risco de complicações.

Assim, a prevenção de complicações como a neuropatia, nefropatia e retinopatia pelo controle glicêmico rigoroso no diabético é meta a ser buscada por todos profissionais de saúde e importante aspecto de atuação da saúde pública.

Controle e tratamento de **comorbidades** associadas como hipertensão arterial (ver protocolo específico) e dislipidemia também são de vital importância neste cenário. O adequado controle pressórico de indivíduos diabéticos previne 80% dos acidentes vasculares cerebrais, 60% das amputações dos membros inferiores, 50% das doenças renais terminais e 40% das doenças coronarianas.

2. MEDIDAS PREVENTIVAS E RASTREAMENTO

Tanto a prevenção primária (do início do DM) quanto a secundária (de suas complicações agudas e crônicas) devem ser objetos das ações das equipes de saúde. Embora a prevenção primária do DM tipo 1 não seja ainda possível para toda população, no tipo 2 ela é diretamente relacionada à ênfase nas mudanças de estilo de vida (alimentação e prática de atividade física e de exercícios). Para a prevenção secundária, o controle estrito, metabólico e da hipertensão, associado a medidas educativas ocupam lugar único e de destaque.

Os testes de rastreamento (glicemia em jejum ou aleatória) não levam a benefícios inquestionáveis e recebem críticas quanto à relação custo-efetividade. Como cerca de 50% da população com diabetes não sabe ser portadora da doença, algumas vezes permanecendo sem

diagnóstico até que manifestem sinais de complicações, os testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, o que inclui:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- **Obesidade central (circunferência abdominal ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres, medida na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior).**
- Mãe e/ou pai com DM.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrosomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

3. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

Indivíduos de alto risco devem ser submetidos à investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose. Alguns casos serão confirmados como portadores de diabetes (quadro 1), outros apresentarão alteração na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), o que confere maior risco de desenvolver diabetes, sendo este estado pré-clínico chamado de pré-diabetes.

Quadro 1. Valores de **glicose plasmática** (mg/dl) para diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos, baseados nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2011

CATEGORIA	JEJUM*	DUAS HORAS APÓS 75g DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	< 100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 e <126	≥ 140 e <200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

* Jejum: falta de ingestão calórica por no mínimo oito horas.

** Glicemia plasmática casual: realizada a qualquer hora do dia.

*** Sintomas clássicos incluem: poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso.

NOTA: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com sintomas de descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM

A realização do **teste oral de tolerância à glicose (TOTG)** deve obedecer aos seguintes critérios:

- a) Jejum prévio de 10 a 16 horas;
- b) Ingestão de pelo menos 150g de glicídios nos três dias antes do teste;
- c) Atividade física normal;
- d) Inexistência de infecções;
- e) Uso de medicamentos ou inatividade atípica devem ser comunicados;
- f) Uso de 1,75g de glicose por kg de peso até o máximo de 75g.

A utilização de fitas reagentes e glicosímetros para avaliação diagnóstica e para automonitorização através da glicemia capilar é útil pela correspondência com os valores plasmáticos. Mas os valores devem ser confirmados com a dosagem plasmática, em especial se limítrofes, em decorrência de possível imprecisão.

Deve-se ter em mente que os valores da glicemia plasmática são 10 a 15% maiores que no sangue total.

A utilização dos valores de **hemoglobina glicada** (HbA1c) como critério de diagnóstico de DM ainda não é definitivo. As recomendações atuais são de que valores de HbA1c:

- $\geq 6,5\%$, confirmado em outra coleta (dispensável em caso da presença de sintomas ou glicemia > 200mg/dl), correspondem a diagnóstico de DM.
- entre 5,7% e 6,4% correspondem a alto risco para desenvolvimento de DM.

É importante ressaltar que devem ser afastados a presença de outros fatores para alteração dos níveis de HbA1c como hemoglobinopatias, anemias hemolítica e ferropriva. Além disso, o procedimento metodológico para dosagem da HbA1c deve ser devidamente certificado pelo *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP)(<http://www.ngsp.org>).

O estado de **pré-diabetes** é caracterizado, segundo o disposto no quadro 1, pelos valores de glicemia de jejum entre 100 e 125 ou valores entre 140 e 199 aos 120 minutos no TOTG. Também estão aqui incluídos como pré-diabetes os valores de HbA1c entre 5,7% e 6,4%. A importância da identificação deste estado deve-se ao elevado risco de progressão para DM manifesto, o que torna possível a incorporação de medidas terapêuticas não farmacológicas, para evitar este desfecho. As medidas farmacológicas (uso de metformina – prioritariamente -, acarbose e pioglitazona) mostraram-se eficazes em alguns estudos

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

DM gestacional (DMG) é definido como a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. Os valores da glicemia de jejum maiores ou iguais a 126mg/dl, em duas ocasiões confirmam o diagnóstico.

Os **fatores de risco** para aparecimento do DMG incluem: idade ≥ 35 anos; sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo (na atual gravidez); excessiva deposição central de gordura corporal; história familiar de DM (em parentes de primeiro grau); crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia (na atual gravidez); antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG); síndrome de ovários policísticos; baixa estatura ($<1,5$ m).

Até o presente momento, é indicado o rastreamento do DMG a todas as gestantes, através da glicemia de jejum. Em decorrência da gestação, os valores que devem ser considerados para classificar a paciente como apresentando um rastreamento positivo são menores do que aqueles obtidos nas mulheres não grávidas. Durante a gestação, o rastreamento é positivo quando a glicemia em jejum encontra-se entre 85 a 125 mg/dl. Em sendo positivo ou se há fatores de risco é indicada a realização do TOTG com 75 g. Se a resposta for normal, o teste deve ser repetido entre 24ª e 28ª semana de gestação.

Os procedimentos acima descritos estão resumidos na figura 1 e os valores diagnósticos para DMG no TOTG estão explicitados no quadro 2.

Quadro 2. Valores de glicemia (mg/dl) para diagnóstico de DMG com TOTG (ingestão de 75g de glicose)

	ADA* / SBD / FEBRASGO
JEJUM	95
1 HORA	180
2 HORAS	155

OBS.: Um valor alterado já confirma o diagnóstico

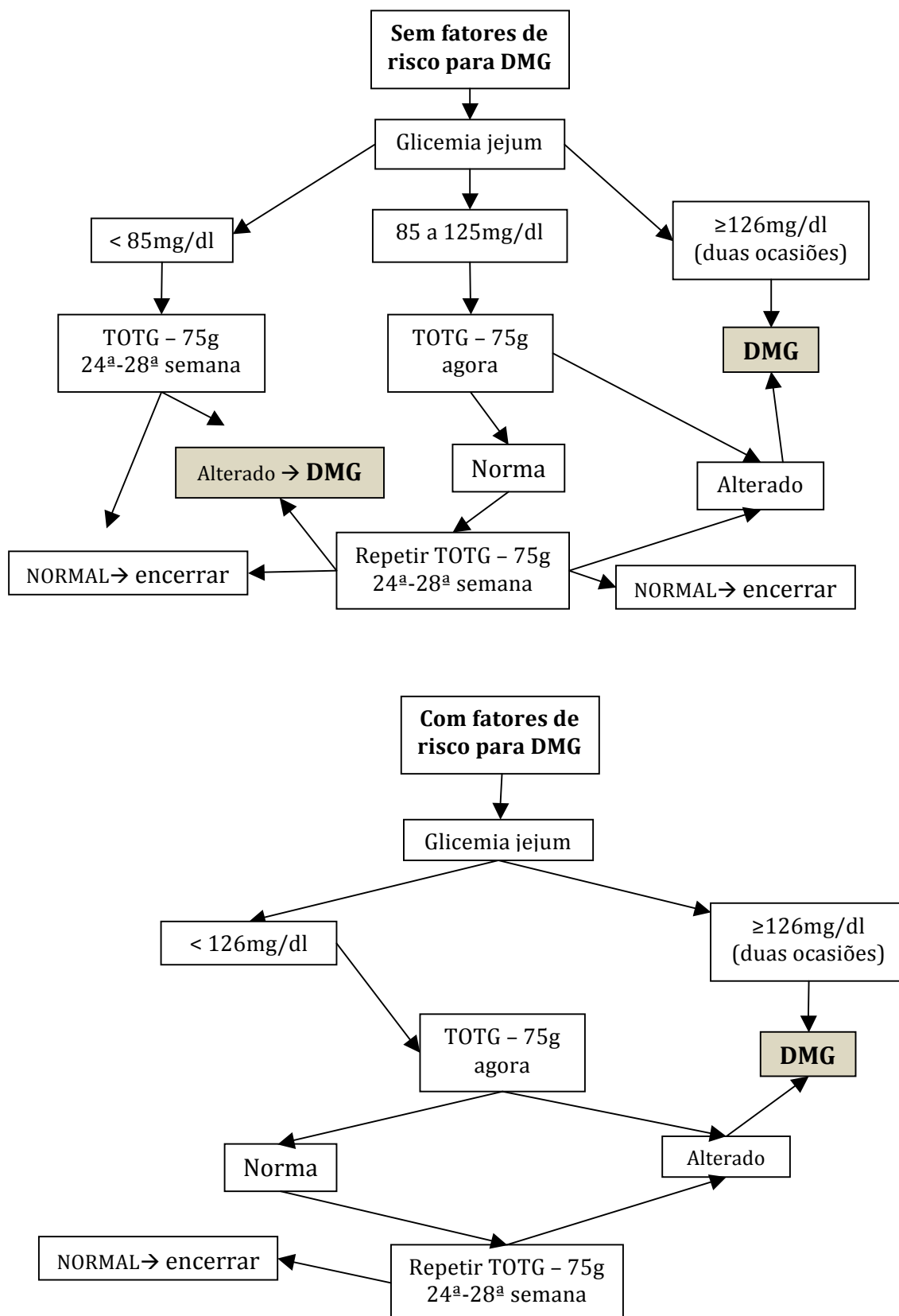
* Dois valores alterados confirmam o diagnóstico

ADA: American Diabetes Association

SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

FEBRASGO: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Figura 1. Procedimentos para rastreamento do DMG em pacientes sem e com fatores de risco (baseados nas Diretrizes da SBD, 2011)



4. CLASSIFICAÇÃO

A classificação atual é baseada na etiologia da doença e não no tipo de tratamento (quadro 3); por conseguinte, os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser abandonados. Ainda, o numeral que acompanha o diagnóstico do DM é arábico.

Quadro 3. Classificação etiológica do DM

I. DM tipo 1 – 5% a 10% dos casos
• Destruição das células β , usualmente levando a deficiência completa de insulina
A. Auto-imune (marcadores: anticorpos anti-insulina, antidescarbixilase do ácido glutâmico – GAD 65) e antitirosina-fosfatases – IA2 e IA2 β)
B. Idiopático
II. DM tipo 2 – 90% a 95% dos casos
• Graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina
III. Outros tipos específicos
A. Defeitos genéticos da função da célula β
B. Defeitos genéticos da ação da insulina
C. Doenças do pâncreas exócrino
D. Endocrinopatias
E. Indução por drogas ou produtos químicos
F. Infecções
G. Formas incomuns de diabetes imunomediado
H. Outras síndromes genéticas associadas ao DM
IV. DM gestacional
• Qualquer grau de intolerância à glicose com início ou detecção durante a gravidez

De acordo com a apresentação clínica deverá ser feito a classificação do tipo de DM. Algumas observações relevantes:

- O traço clínico mais relevante no DM tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. Em geral, o início é abrupto, acometendo, principalmente, crianças e adolescentes sem excesso de peso. Pode evoluir rapidamente para hiperglicemia grave ou cetoacidose na presença de infecção ou outra forma de estresse.
- No DM tipo 2, um dos traços mais marcantes é a ocorrência em adulto com longa história de excesso de peso. No entanto, como a epidemia de obesidade está atingindo crianças, é possível observar casos em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O início é em geral insidioso e os sintomas clássicos podem não chamar a atenção.
- Alguns pacientes jovens apresentam um quadro metabólico mais brando que a maioria dos casos de DM tipo 1, não requerendo insulina e com forte história familiar em várias gerações. Nesses casos, suspeita-se de um tipo de diabetes chamado Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY). Por serem mais estáveis, são em geral manejados como DM tipo 2.
- Quando a necessidade de insulina em paciente adulto for mais precoce, especialmente com perda de peso, suspeita-se de Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA). O manejo desses casos é semelhante ao do DM tipo 1.

5. ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO

5.1 Anamnese

A anamnese do diabético deve ser orientada para os seguintes pontos:

- História da doença atual: apresentação inicial (incluindo os valores glicêmicos iniciais), evolução e estado atual.
- Avaliação da presença ou não de sintomas ao diagnóstico, questionando tempo de início dos sintomas (especificamente poliúria, polidipsia, polifagia e alterações do peso)
- Interrogar sintomas dos diversos sistemas, pesquisando aqueles sugestivos de complicações crônicas (parestesias, câibras noturnas, impotência sexual, alteração visual, aumento de pressão arterial, tontura com mudança de posição, paralisias, dor pré-cordial, dispnéia, edema, claudicação).
- Para os pacientes que já estão em tratamento devem ser pesquisados sintomas de hipoglicemia.
- Hábito alimentar e estado nutricional atual.
- Em criança e adolescente, avaliar crescimento e desenvolvimento.
- Ingesta de álcool e tabagismo.

- Sedentarismo ou exercício físico regular (tipo, duração e frequência, incluindo os relacionados à atividade laboral).
- Trabalho, estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes.
- Estrutura familiar: relacionamento, inserção.
- Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal, gota, doença tiroideana, doença vascular periférica, doença cardíaca e cerebrovascular.
- Diagnóstico prévio de síndrome dos ovários policísticos
- História obstétrica (macrossomia fetal e diabetes gestacional)
- História ginecológica (ciclos menstruais, leucorréia)
- Infecções prévias e atuais (atenção especial à pele, pés, dentes e trato genitourinário)
- Utilização de corticoesteróides, estrógenos, betabloqueadores, diuréticos
- Tratamento medicamentoso anteriormente utilizado, seguimento efetuado e reações às drogas.
- História familiar de diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal, doença tiroideana, doenças cardíacas e cerebrovasculares.

5.2. Exame Físico

Itens obrigatórios, além do exame físico usual:

- **Peso / Altura e índice de massa corpórea**
- **Circunferência abdominal (na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior)**
- **Aferição da pressão arterial e frequência cardíaca com o paciente em duas posições, sentado ou deitado e em pé, duas medições em cada posição. Observar as recomendações contidas no protocolo de hipertensão arterial para se evitar erros metodológicos importantes.**
- **Inspeção da pele e dos pés e avaliação da sensibilidade protetora em pés (com monofilamento de náilon 10g – ver item específico)**
- **Palpação de pulsos periféricos**
- **Idealmente os pacientes devem ser encaminhados, ao menos uma vez ao ano, para exame de fundo de olho**

6. EXAMES LABORATORIAIS

Na primeira consulta, são sugeridos: glicemia (jejum); hemoglobina glicada, hemograma, colesterol total, HDL-colesterol; triglicérides; creatinina; potássio; urina tipo I. Tais exames devem ser repetidos anualmente.

Com base nestes resultados pode ser calculado o LDL colesterol:

$$LDL\ colesterol = colesterol\ total - [(triglicérides \div 5) + HDL\ colesterol]$$

Outros exames podem ser necessários na avaliação inicial, embasados pelo quadro clínico apresentado pelo paciente (por exemplo: TSH, RX tórax, ECG, ácido úrico). Os exames necessários para as demais disfunções devem seguir os protocolos correspondentes.

A solicitação de microalbuminúria em amostra isolada (primeira diurese matinal) deve ser realizada anualmente.

Nas consultas seguintes, devem ser repetidos exames cujos resultados tenham vindo alterados para análise da efetividade da conduta tomada e aqueles para avaliação do controle do diabetes, especialmente glicemia (jejum) e hemoglobina glicada.

7. APLICAÇÃO DO CRITÉRIO DE RISCO

A adoção de critérios de risco visa personalizar o atendimento do diabético e otimizar os recursos da saúde, isto é, adequá-los de acordo com a maior ou menor probabilidade do paciente desenvolver complicações ou descompensar.

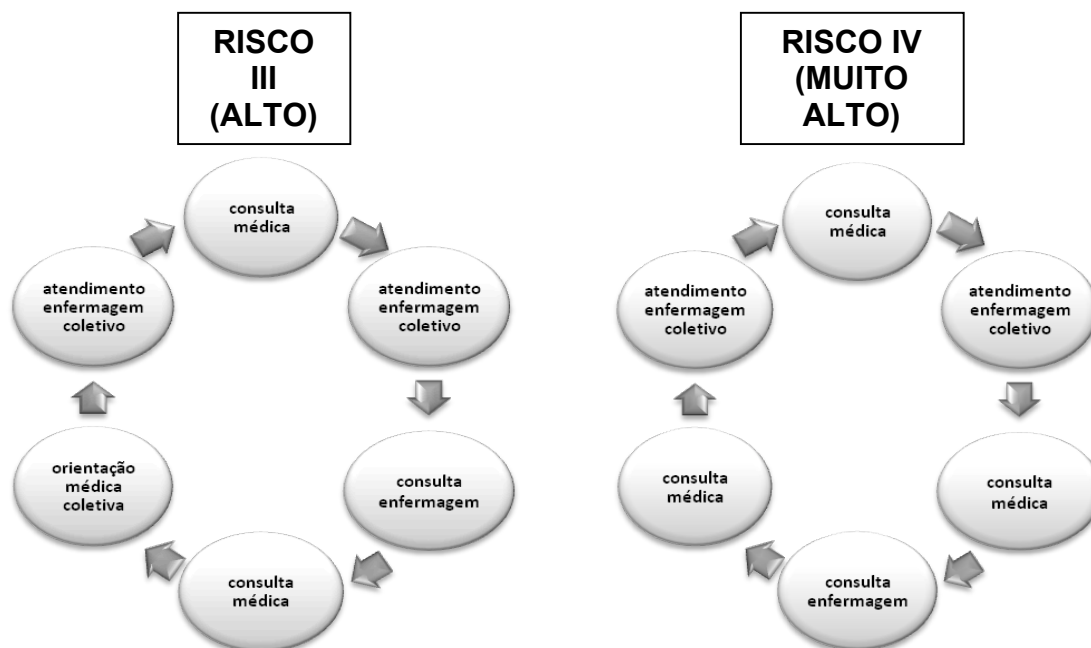
De acordo com a estratificação do risco cardiovascular global, adotada nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, todo paciente com DM é classificado como portador de risco II (moderado), se normotenso ou III (alto) ou IV (muito alto) quando hipertenso. Além dos níveis pressóricos, os pacientes devem ser classificados em risco III ou IV de acordo com as características clínicas apresentadas no quadro 4 e que visam sistematizar a rotina de atendimento do diabético, conforme figura 2. O paciente deverá ser classificado como pertencente

ao maior risco, mesmo que apresente apenas uma das características assinaladas.

Quadro 4. Estratificação do risco cardiovascular do paciente diabético

Critérios de Risco Cardiovascular Global do Paciente Diabético	
ALTO (Risco III)	MUITO ALTO (Risco IV)
Sem complicações crônicas Boa adesão ao tratamento Sem patologia associada Compensado Bom conhecimento sobre a doença	Com complicações crônicas Pouca adesão ao tratamento Com patologia associada Descompensação frequente Desconhecimento sobre a doença

Figura 2. Algoritmo de atendimento bimensal do paciente diabético



8. OBJETIVOS DO TRATAMENTO

- Controle da glicemia, evitando a variabilidade glicêmica;
- Eliminar os sinais e os sintomas;
- Detecção e tratamento das complicações agudas e crônicas;
- Controle de outros fatores de risco cardiovascular;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, considerada nos seus aspectos: familiar, social e profissional.

9. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

9.1. Orientação Nutricional

A terapia nutricional desempenha papel preponderante na prevenção do DM, no gerenciamento da doença já existente e na prevenção do desenvolvimento das

complicações decorrentes desta doença. Em razão dos efeitos da obesidade na resistência à insulina, a perda de peso torna-se um importante objetivo terapêutico. As recomendações de ingestão de calorias e macronutrientes estão sumarizadas abaixo.

Quadro 5. Composição nutricional do plano alimentar para portador de DM

Valor energético total (VET)	Considerar as necessidades individuais. Utilizar parâmetros semelhantes aos da população não diabética, em todas as faixas etárias
Macronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Carboidratos (CHO)	45-60% do VET
Sacarose	Até 10% do VET
Fibra	Mínimo de 20g/dia ou 14g/1000kcal
Gordura total	Até 30% do VET
Colesterol	<200mg/dia
Proteína	15-20% do VET
Micronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Sódio	Até 2400 mg ou 6 g de sal de cozinha

REF: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011

OBS.: para maiores detalhes sobre VET, consultar Cadernos de Atenção Básica nº12 – Obesidade, Ministério da Saúde

Valor Calórico

- Basear-se nas necessidades individuais do paciente e avaliar as necessidades individuais (perder, manter ou ganhar peso).
- Explicar ao paciente o fornecimento calórico de um grama de:
 - Carboidrato = 4 kcal;
 - Proteína = 4 kcal;
 - Gordura = 9 kcal.

Carboidratos

Recomenda-se o consumo de hortaliças, leguminosas, grãos integrais e frutas. São divididos em dois grupos:

Carboidratos Simples - mais facilmente metabolizados no processo digestivo e por serem mais rapidamente absorvidos fornecem energia imediata. São os encontrados em doces e guloseimas.

Carboidratos Complexos - mais lentamente digeridos e absorvidos, evitando as grandes alterações dos níveis glicêmicos. São os encontrados nos cereais.

Fibras

Encontradas em vegetais (folhas, raízes, talos, sementes, bagaços), são divididas em dois grupos, solúveis e insolúveis. As solúveis interferem na absorção da glicose alimentar e geram menores picos glicêmicos pós prandiais; as insolúveis contribuem no mecanismo da saciedade.

Gorduras

Limitar a ingestão de ácido graxo saturado (<7% do total de calorias diárias), ácido graxo trans (<2%) e colesterol (<200mg/dia) com a finalidade de reduzir o risco cardiovascular. Os alimentos ricos em gorduras trans como gordura hidrogenada vegetal, frituras, tortas industrializadas, bolos, pipoca de micro-ondas, sorvete de massa, biscoitos recheados tendem a aumentar os níveis de LDL colesterol e diminuir os do HDL colesterol.

Proteínas

Essa oferta deve constituir-se de 1/3 de proteína de alto valor biológico. As proteínas vegetais devem ser incluídas como suplementação.

Sódio

A ingestão de sódio recomendada é inferior a 6g por dia. Deve-se evitar produtos alimentícios que, além de conter sal, são ricos em ingredientes fontes de sódio, os quais incluem conservantes, acidulantes entre outros.

Álcool

Contribui para a hipoglicemia (até 16h após a sua ingestão), ganho de peso e aumento dos níveis pressóricos.

As quantidades diárias devem ser limitadas a menos de duas doses para homens e menos

de uma dose para mulheres. Uma dose (equivalente a 15g de etanol) é definida como 360 ml de cerveja (uma lata), 150 ml de vinho (uma taça) ou 45 ml de bebida destilada (uma dose). Deve-se incentivar a monitorização da glicemia durante a noite e no dia seguinte após a ingestão de bebida alcoólica.

Adoçantes

Adoçantes não nutritivos são seguros quando consumidos até o nível diário aceitável de ingestão – IDA - estabelecido pela *Food and Drug Administration* (FDA). Como exemplo, temos: aspartame (IDA: 40 mg/kg), sacarina (IDA: 2,5 mg/kg), ciclamato (IDA: 11 mg/kg), esteviosídeo (IDA: 5,5 mg/kg), acessulfame-K. (IDA: 15 mg/kg), sucralose (IDA:15 mg/kg).

Recomendações alimentares complementares

Recomenda-se fracionar o plano alimentar em seis refeições, três principais e três lanches. Quanto à forma de preparo dos alimentos, dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor e crus.

9.2. Recomendações para prática de exercícios físicos

Em pacientes diabéticos, especialmente os do tipo 2, os exercícios realizados como atividade planejada, estruturada e repetida trazem benefícios para a melhora do controle glicêmico, da autoestima, redução do peso, do risco cardiovascular e da pressão arterial.

Alguns pacientes necessitarão de avaliação mais criteriosa antes de iniciar o programa de exercícios, como a realização do teste de esforço. Mas, a maioria poderá ser orientada para deixar o perigoso grupo de sedentários.

Os níveis glicêmicos elevados, na ausência de cetonemia, não representam contraindicação para a prática dos exercícios de moderada intensidade. No entanto, se a glicemia estiver menor que 100mg/dl deve-se repor carboidratos antes da prática dos exercícios, especialmente se o paciente utiliza insulina ou secretagogo de insulina.

Deve-se orientar os pacientes para a prática de exercícios aeróbicos (caminhada, corrida leve, natação, ciclismo, dança), três a cinco vezes na semana, somando cerca de 150 minutos. Busca-se atingir 50 a 70% da Frequência Cardíaca Máxima, para que a intensidade seja considerada moderada.

Na ausência de contra-indicações, pacientes com DM2 devem ser encorajados a realizar treinos de resistência três vezes por semana.

Exercício Físico na presença de Complicações Crônicas

- **RETINOPATIA DIABÉTICA:** se proliferativa ou não-proliferativa severa, contra-indicar exercício aeróbico ou exercícios de resistência devido ao risco de hemorragia vítrea e descolamento de retina. Após fotocoagulação deve haver pausa na prática de exercícios, a critério do oftalmologista (3 a 6 meses).
- **NEUROPATIA PERIFÉRICA:** devido à sensibilidade reduzida das extremidades, há risco elevado de lesões de pele, infecções e destruição articular (artropatia de Charcot). Para esses pacientes, é importante aconselhar exercícios físicos leves, orientar calçados adequados e a proceder auto-exame diário dos pés, a fim de detectar lesões precocemente.
- **NEUROPATIA AUTÔNOMICA:** os pacientes devem ser submetidos à investigação para doenças cardíacas antes do início de um programa de atividade física ou do aumento de sua intensidade.
- **NEFROPATIA DIABÉTICA:** a atividade física pode elevar agudamente a excreção de proteína pela urina. Entretanto, não há evidência que o exercício vigoroso acelere a progressão da doença renal nesses pacientes e, então, não há restrição, mas deve ser analisada a presença de riscos cardiovasculares.

9.3. Abandono do tabagismo

O fumo deve ser abolido e todas as medidas devem ser tomadas para que esta meta seja alcançada.

9.4. Educação do paciente diabético

Não será possível induzir um indivíduo a ter cuidados com sua saúde, por toda a vida, se ele não compreender porque deve agir desta maneira. É preciso ajudá-lo a entender que se existe alguém que pode interferir no seu próprio futuro, este alguém é o próprio diabético.

A educação é parte integrante do tratamento, pois o controle adequado do diabetes torna-se impossível se o paciente não se apropriar dos princípios que fundamentam seu tratamento. Deve-se incentivar a formação de grupo de diabéticos e seus familiares, visando incorporação de

modificações comportamentais que gerem autocontrole permanente, empoderamento individual e adesão às prescrições.

É importante que todos os setores da unidade de saúde estejam envolvidos e capacitados para fazer diagnóstico de diabetes e participar da educação desses pacientes. A educação é essencial para o sucesso do tratamento.

Os indivíduos e seus familiares devem ter conhecimento sobre:

- O que é diabetes;
- Tipos e objetivos do tratamento;
- Necessidades nutricionais e como satisfazê-las;
- Tipos de insulina, suas ações e indicações, técnicas de injeção, rotação dos sítios de aplicação e reutilização das seringas;
- Tipos de hipoglicemiantes orais, ações e indicações;
- Efeito da ingestão de alimentos, exercícios, estresse;
- Sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia e como proceder;
- Automonitorização e controle domiciliar, significado dos resultados e como proceder diante deles;
- Cuidado com os pés para prevenção de lesões;
- Complicações crônicas e como preveni-las.

10. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

10.1. DM tipo 1

Para os pacientes com DM tipo 1 o uso da insulina é fundamental e imprescindível. Deve ser indicada no momento em que o diagnóstico for firmado. Ou seja, retardar o diagnóstico e o tratamento coloca o paciente em risco de desenvolver uma complicação aguda (cetoacidose diabética).

O tipo de insulina a ser prescrito, na ausência de cetoacidose, é a humana NPH (*neutral protamime Hagedorn*), por via subcutânea, dividida em duas aplicações, antes do café da manhã (dois terços da dose) e antes do jantar (um terço da dose), podendo ser acrescentada uma terceira dose antes do almoço. A dose diária total de insulina varia de 0,5 a 1 unidade/kg/dia, mas alguns casos podem necessitar de doses menores (períodos de remissão parcial) ou maiores (puberdade, estresse físico ou emocional). A estas doses de NPH, que correspondem à insulina circulante basal, podem ser associadas outras aplicações de insulina regular, configurando o tratamento intensivo e que requer o acompanhamento especializado e monitorização contínua.

Embora o DM tipo 1 seja acompanhado pelo endocrinologista, é importante ter conhecimento do tempo de ação das insulinas e seus análogos hoje disponíveis (quadro 6).

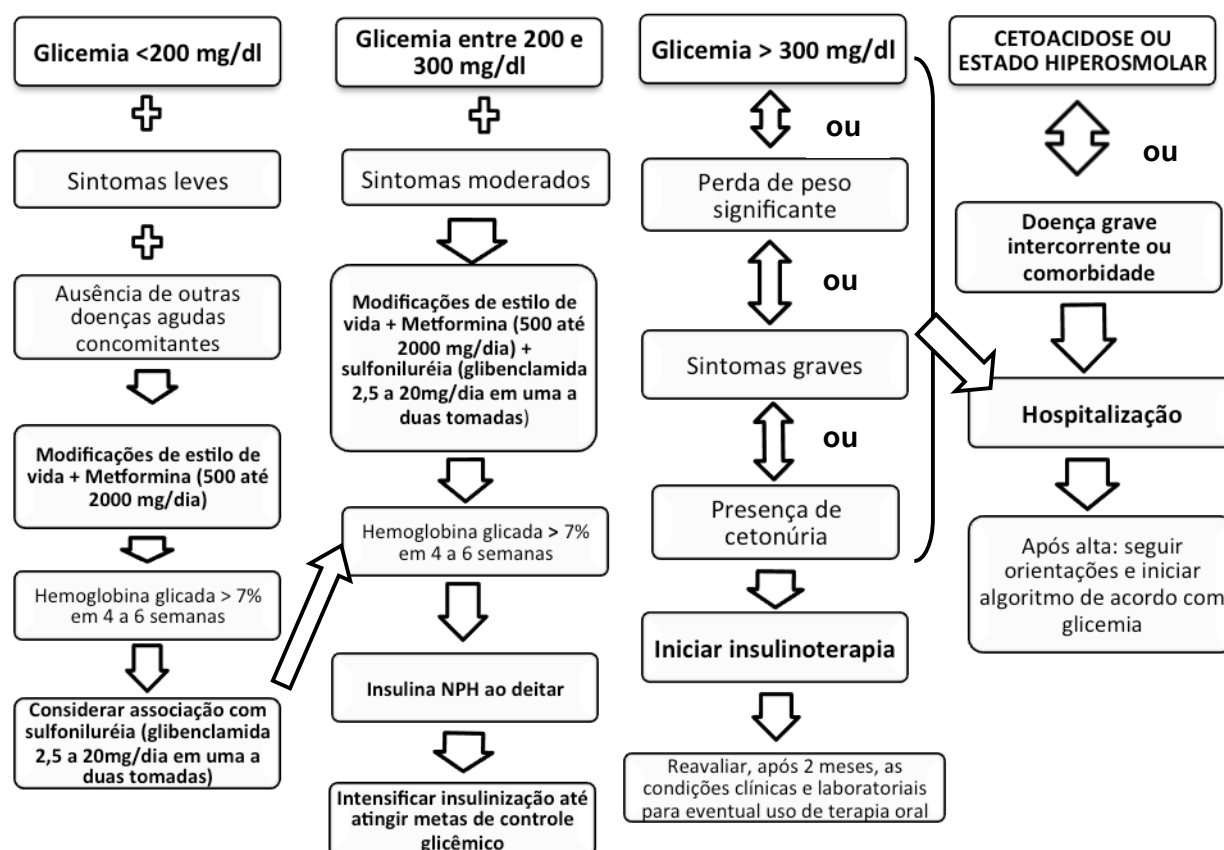
Quadro 6. Principais tipos de insulina, início, pico, duração de ação com a administração por via subcutânea (Diretrizes SBD, 2011)

INSULINA	INÍCIO DE AÇÃO	PICO DE AÇÃO	DURAÇÃO TOTAL
RÁPIDA/ULTRA-RÁPIDA			
Regular	30-60 minutos	2-4 horas	6-9 horas
Aspart/Lispro/Glulisina	10-15 minutos	30-90 minutos	3-4 horas
AÇÃO INTERMEDIÁRIA			
NPH	1-2 horas	3-8 horas	12-15 horas
ANÁLOGOS DE INSULINA PARA USO COMO INSULINA BASAL (longa duração)			
Glargina	1-2 horas	sem pico	24 horas
Detemir	1-2 horas	sem pico	20 horas
PRÉ-MISTURAS			
70/30 NPH/Regular	30-60 minutos	3-8 horas (duplo)	12-15 horas
75/25 NPH/Lispro	10-15 minutos	30 minutos-8 horas(duplo)	12-15 horas

10.2. DM tipo 2

A Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza o seguinte algoritmo, aqui adaptado, para o tratamento do DM tipo 2 em suas três etapas, considerando-se a disponibilidade de medicações.

Quadro 7. Algoritmo adaptado com as etapas para tratamento do DM tipo 2 (SBD, 2011)



As opções farmacológicas para uso oral (exceção aos incretinomiméticos) no tratamento do DM tipo 2 são várias e estão resumidas no quadro 8 quanto ao seu perfil e mecanismo de ação. Embora nem todas façam parte do rol de medicamentos disponibilizados, o conhecimento de medicamentos que possam vir a ser utilizados pelos pacientes atendidos em diferentes níveis de atenção à saúde e mesmo pelo sistema suplementar torna-se importante para a integração da rede de atenção à saúde.

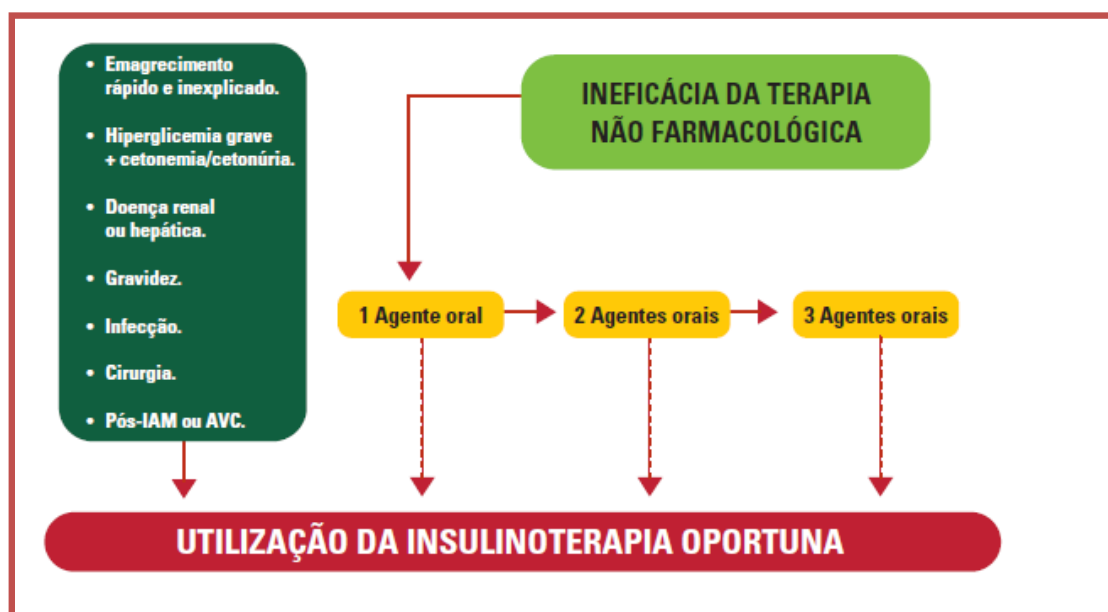
Quadro 8. Perfil e mecanismo de ação dos fármacos para tratamento do DM2

OPÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA O TRATAMENTO ORAL DO DM2	
FÁRMACO	PERFIL E MECANISMO DE AÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Acarbose (Aglucose®). 	Retarda a absorção intestinal de glicose. Baixo potencial de redução da A1C (0,5 – 0,8%). Intolerância gastrointestinal. Eficácia associada ao uso pré-prandial para prevenção da hiperglicemia pós-prandial.
<ul style="list-style-type: none"> • Metformina (Glifage®, outros). 	Reduz primariamente a produção hepática de glicose e combate a resistência à insulina. Alto potencial de redução da A1C (2%). Intolerância gastrointestinal. Não causa hipoglicemia. Pode promover discreta perda de peso. Contraindicada na disfunção renal, hepática, pulmonar ou cardíaca, bem como no pré e no pós-operatório e em pacientes submetidos a exames de imagem com contraste.
<ul style="list-style-type: none"> • Pioglitazona (Actos®, Piotaz® e Pioglit®). 	Combate primariamente a resistência à insulina e reduz a produção hepática de glicose. Aumenta a sensibilidade do músculo, tecido gorduroso e fígado à insulina. Potencial intermediário de redução de A1C (0,5 – 1,4%). Pode promover retenção hídrica e ganho de peso, aumentando o risco de insuficiência cardíaca. Também pode aumentar o risco de fraturas. Promove redução do risco cardiovascular. A França e a Alemanha suspenderam preventivamente a comercialização da pioglitazona para avaliar a suspeita de um possível aumento de risco do câncer de bexiga. A FDA ainda não sugeriu ações preventivas mais drásticas.
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfonilureias: <ul style="list-style-type: none"> - Glimepirida (Amaryl®). - Glibenclamida (Daonil®). - Clorpropamida (Diabinese®). - Gliclazida (Diamicron MR®). - Outros. 	Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração de ação de média a prolongada (8-24 horas). Úteis para o controle da glicemia de jejum e da glicemia de 24 horas. Alto potencial de redução de A1C (2%). Podem causar hipoglicemia. Clorpropamida e glibenclamida apresentam maior risco de hipoglicemia. Uma alegada ação deletéria em células beta humanas ainda não está estabelecida.
<ul style="list-style-type: none"> • Glínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Repaglinida (Novonorm®, Prandin®, Posprand®). - Nateglinida (Starlix®). 	Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração rápida de ação (1-3 horas). Úteis para o controle da hiperglicemia pós-prandial. Potencial intermediário de redução de A1C (1,0 – 1,5%). Podem promover aumento de peso e hipoglicemia. A repaglinida é mais potente que a nateglinida.

<ul style="list-style-type: none"> • Incretinomiméticos e inibidores da DPP-4: - Exenatida (Byetta®). - Liraglutida (Victoza®). - Vildagliptina (Galvus®). - Sitagliptina (Januvia®). - Saxagliptina (Onglyza®). - Linagliptina (Trayenta®). 	<p>Esta é uma nova classe terapêutica para o tratamento do diabetes, cujo mecanismo inclui o estímulo das células beta para aumentar a síntese de insulina e a ação nas células alfa do pâncreas reduzindo a produção de glucagon. O glucagon tem efeito de aumentar a glicemia. Potencial médio de redução da A1C (0,5 – 0,8%, dependendo do valor basal de A1C). Não causam hipoglicemia. Intolerância gastrointestinal. Os incretinomiméticos são injetáveis e os inibidores da DPP-4 são para uso oral.</p>
<p>Importante: esta tabela apresenta apenas uma relação parcial das denominações comerciais dos diversos fármacos e não se constitui em recomendação específica para nenhuma marca comercial.</p>	

Deve-se ressaltar as condições para insulinização do paciente diabético tipo 2, conforme figura 3. Ela pode ser necessária tanto em decorrência de eventos clínicos como também pela evolução natural do DM tipo 2, pela falência da produção de insulina endógena.

Figura 3. Condições para insulinização no DM tipo 2 (SBD, 2011)



A dose recomendada de insulina basal no DM tipo 2 (NPH – *neutral protamine Hagedorn* ou os análogos de ação prolongada) é de 10-15 unidades ou 0,2 unidades/kg peso/dia nos pacientes mais obesos, por via subcutânea. Recomenda-se que a insulinoterapia seja iniciada com uma dose única de NPH ao deitar e, se necessário, pode ser intensificada para duas doses (cedo-2/3 e ao deitar-1/3 da dose total) ou para três doses (incluindo uma dose na hora do almoço, um terço da dose total de cada vez).

O ajuste da dose deve ser realizado a cada três dias, mais ou menos, para obter os valores próximos ao alvo desejado e sem que ocorram hipoglicemias (atentar para a possibilidade de hipoglicemia noturna, que deve sempre ser evitada). Para isto, será importante a automonitorização da glicemia capilar e a primeira meta é a obtenção de valores adequados em jejum.

Quando os valores em jejum estiverem dentro do alvo preconizado, devem ser verificados os valores antes do almoço, do jantar e ao deitar. Pode-se acrescentar uma segunda injeção (geralmente iniciando com 4 unidades e com aumentos progressivos de 2 unidades a cada três

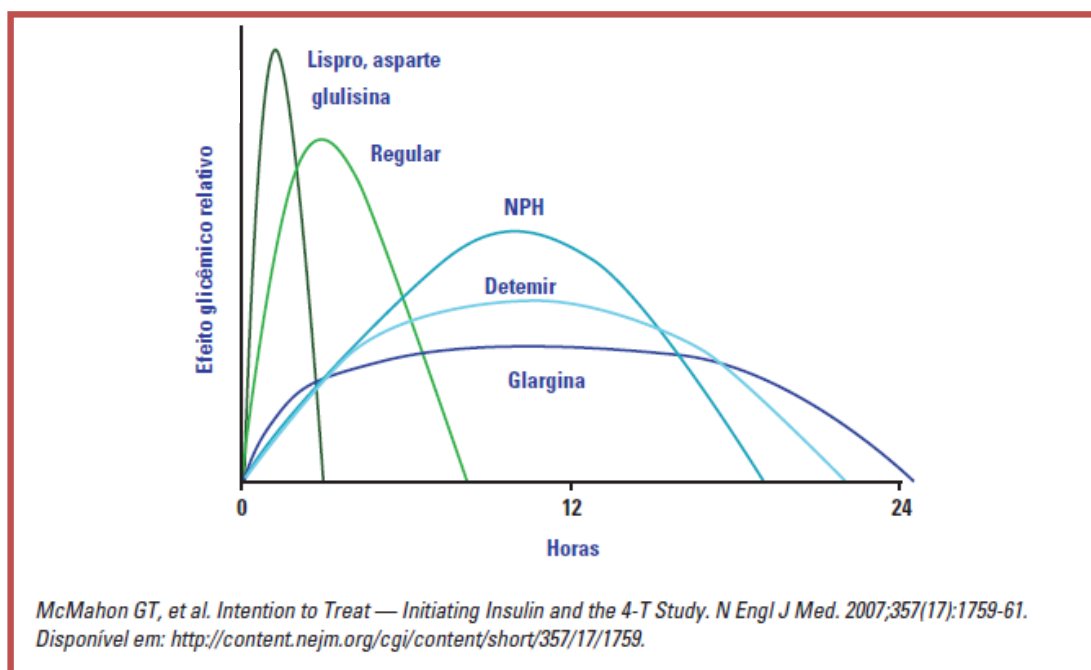
dias, se necessário).

Quando o alvo antes do almoço não é atingido, deve-se adicionar uma insulina de ação rápida (regular) no café da manhã. Se o alvo antes do jantar não é atingido, pode-se acrescentar a segunda dose de NPH cedo ou a insulina rápida antes do almoço.

Nos pacientes diabéticos em que se utiliza a insulinização plena (necessidade de várias doses de insulina), deve-se descontinuar o uso dos secretagogos de insulina, podendo ser mantidos os agentes sensibilizadores da ação da insulina (como a metformina).

Os perfis de ação das diferentes insulinas estão mostrados na figura 4, complementando o quadro 6.

Figura 4. Perfis de ação das diferentes insulinas e seus análogos (administração subcutânea) (SBD, 2011).



11. METAS DO CONTROLE GLICÊMICO

Os valores de hemoglobina glicada e de glicemia (jejum, antes da refeição e pós-prandial, considerada duas horas após o início de uma refeição) estão assinalados no quadro 9.

Quadro 9. Metas laboratoriais para o controle do DM.

Parâmetro	Metas laboratoriais	
	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada (A1C).	<ul style="list-style-type: none"> • <7% em adultos. • <8% em idosos. • <8,5% de 0 a 6 anos. • <8% de 6 a 12 anos. • <7,5% de 13 a 19. • <6,0 na gravidez. 	<p>As metas devem ser individualizadas de acordo com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duração do diabetes. • Idade/expectativa de vida. • Comorbidades. • Doença cardiovascular. • Complicações microvasculares. • Hipoglicemia não percebida.
Glicemia de jejum	<100 mg/dL.	-
Glicemia pré-prandial	<110 mg/dL.	Até 130 mg/dL.
Glicemia pós-prandial	<140 mg/dL.	Até 160 mg/dL.

Adaptado de: 1. Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada – A1C. Atualização sobre Hemoglobina Glicada (A1C) para Avaliação do Controle Glicêmico e para o Diagnóstico do Diabetes: Aspectos Clínicos e Laboratoriais. Posicionamento Oficial 3ª Edição. SBD – SBEM – SBPC/ML – FENAD, janeiro de 2009. 2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. *Diabetes Care* 34(Suppl 1):S11-S61, 2011.

A eficácia dos diferentes fármacos na redução dos níveis de hemoglobina glicada está apontada no quadro 10.

Quadro 10. Redução esperada dos níveis de hemoglobina glicada para as diversas opções terapêuticas.

EFICÁCIA COMPARATIVA DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS PARA A REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE A1C	
Estratégia/Fármaco	Redução esperada na A1C (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Redução do peso e aumento da atividade física • Metformina • Insulina em terapia adicional • Sulfonilureia • Glitazonas • Agonistas do GLP1 • Inibidores da DPP-4 • Inibidores da alfa-glicosidase • Glinidas 	1,0 – 2,0 1,0 – 2,0 1,5 – 3,5 1,0 – 2,0 0,5 – 1,4 0,5 – 1,0 0,5 – 0,8 0,5 – 0,8 0,5 – 1,5
Fonte: Nathan DM et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. <i>Diabetes Care</i> . 2009;32:193-203.	

Também é importante frisar a correspondência existente entre os níveis de hemoglobina glicada e os níveis médios glicêmicos dos últimos meses, conforme mostrado no quadro 11. É preciso ter em mente que 50% do nível de hemoglobina glicada obtido refletem os valores glicêmicos do último mês antes da coleta; 25% correspondem aos dois últimos meses e os demais 25% aos três e quatro meses anteriores.

Quadro 11. Correspondência entre os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) e os níveis médios de glicemia dos últimos dois a quatro meses.

Nível de HbA1c (%)	Níveis médios glicêmicos (mg/dl)
4	70
5	98
6	126
7 → META	154
8	182
9	211
10	239
11	267
12	295

12. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELLITUS

12.1. Doença Macrovascular

A doença macrovascular de pacientes com diabetes corresponde à própria doença aterosclerótica que incide numa população não diabética, porém de maneira mais precoce, frequente e grave. A doença cardiovascular (DCV) é a maior causa de morbidade e mortalidade nesses pacientes.

A prevenção primária da doença macrovascular relaciona-se à prevenção do diabetes e se associa ao tratamento de outros fatores de risco de doença cardiovascular, frequentemente envolvidos no DM, como hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo. São, portanto, fatores de risco tanto para diabetes como para doença cardiovascular.

A prevenção secundária implica tratamento e controle adequado da hiperglicemia, seja com o uso de agentes orais, seja com insulina. Nesta etapa, continuam sendo fundamentais as mudanças no estilo de vida, como perda de peso por meio de dieta adequada e prática de atividades físicas.

A sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – é em geral semelhante à de pacientes sem diabetes. Contudo, alguns pontos merecem destaque:

- Angina *pectoris* e infarto do miocárdio podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor devido à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes.
- Manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar acidentes isquêmicos transitórios.
- A evolução pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes.

Hipertensão arterial

O tratamento da hipertensão arterial é importante aos pacientes diabéticos, tanto para prevenir a doença cardiovascular quanto para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética. O protocolo de hipertensão arterial deve ser utilizado quanto a este ponto.

Dislipidemia

Diabéticos adultos devem avaliar alterações lipídicas ao diagnóstico e a partir daí anualmente. Caso seja necessário, avaliar com maior frequência até se atingirem os alvos lipídicos.

Lembrar-se que as modificações comportamentais são vitais e se acompanham de melhora do perfil lipídico. Os pacientes que não atingirem o perfil lipídico adequado com tais mudanças devem utilizar o tratamento farmacológico com estatina. Os alvos mais adequados para os níveis de lípidos são:

- diabéticos sem DCV prévia: LDL-colesterol < 100 mg/dl;
- diabéticos com DCV prévia: LDL-colesterol < 70 mg/dl;
- alvo para triglicérides: < 150 mg/dl
- alvo para HDL-colesterol: > 40 mg/dl em homens e > 50 mg/dl em mulheres.

Terapia combinada de estatinas com outros hipolipemiantes pode ser necessária para se atingir alvo lipídico, embora não existam estudos clínicos que comprovem sua eficácia na redução de DCV.

Uso da Aspirina

A agregação espontânea das plaquetas está ausente ou raramente é observada em indivíduos saudáveis, enquanto está presente em adultos com angina instável, infarto do miocárdio, diabetes, dislipidemia, estresse emocional e exercícios físicos extenuantes. Há diversos antiagregantes plaquetários capazes de atuar na prevenção do estado pró-trombótico, com o ácido acetilsalicílico (AAS, aspirina) ocupando posição de destaque.

Em conformidade com a literatura, o AAS é obrigatório na prevenção secundária nos eventos cardiovasculares em diabéticos. No entanto, o benefício na prevenção primária (em indivíduos diabéticos, assintomáticos e sem história prévia de DCV) não tem amparo em evidências, ficando restrito a alguns subgrupos.

A dose de aspirina recomendada é de 100mg diariamente, desde que não existam contraindicações ao seu uso.

12.2. Retinopatia Diabética

A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos). A doença possui fatores de risco conhecidos, história natural estabelecida e um período assintomático no qual o diagnóstico e o tratamento podem ser realizados. Essa complicação tardia é comum nos indivíduos diabéticos, sendo encontrada após 20 anos de doença em mais de 90% das pessoas com DM tipo 1 e em 60% das com tipo 2, muitas com formas avançadas de retinopatia e ainda assintomáticas. Sabe-se que o controle glicêmico adequado diminui a incidência de retinopatia em pacientes com DM tipo 1 e 2.

O risco de perda visual e cegueira é reduzido com a detecção precoce, estado em que as alterações irreversíveis na retina ainda não estão presentes, e desde que o paciente tenha acesso ao tratamento em tempo adequado. O exame periódico e o tratamento da retinopatia não eliminam todos os casos de perda visual, mas reduzem consideravelmente o número de pacientes cegos pela doença.

Assim, os pacientes devem ser encaminhados para exames oftalmológicos anualmente. Os diabéticos do tipo 1 devem iniciar o acompanhamento após a puberdade ou com cinco anos de

doença. Já os diabéticos do tipo 2 devem iniciar o exame dos olhos com o diagnóstico de diabetes.

Pacientes com queixa abrupta de perda de visão devem ser encaminhados a um oftalmologista com urgência.

12.3. Nefropatia Diabética

A nefropatia diabética é uma complicação crônica do DM que se associa à importante aumento de mortalidade, principalmente relacionado à doença cardiovascular. É a principal causa de insuficiência renal crônica em pacientes que estejam ingressando em programas de diálise.

Pode-se efetuar o diagnóstico de nefropatia diabética utilizando-se diferentes tipos de coleta de urina, mas deve-se iniciar o rastreamento da nefropatia diabética preferencialmente pela medida de albumina em amostra de urina isolada, devido à acurácia diagnóstica e à facilidade deste tipo de coleta. Deve-se confirmar todo teste de albuminúria anormal em duas de três amostras coletadas, num intervalo de 3 a 6 meses, em razão da variabilidade diária de excreção urinária de albumina.

Estágios da nefropatia diabética: valores de albuminúria utilizados para o diagnóstico de acordo com o tipo de coleta de urina

Estágio	Tipo de coleta de urina			
	Urina com tempo marcado (µg/min)	Urina de 24h (mg/24h)	Amostra	
			Albumina creatinina (mg/l)	Concentração (mg/g)
Normoalbuminúria	< 20	30	< 30	< 17
Microalbuminúria	20 a 199	30 a 299	30 a 299	17 a 173
Macroalbuminúria	≥ 200	≥ 300 *	≥ 300	≥ 174*

*Valor de proteína total correspondente neste estágio: igual ou superior a 500mg/24h ou igual ou superior a 430mg/l em amostra de urina.

Deve-se efetuar a estimativa da taxa de filtração glomerular de rotina com a medida da albuminúria, pois alguns pacientes com albuminúria normal podem apresentar diminuição da taxa de filtração glomerular. Na prática clínica, não se deve utilizar a concentração sérica da creatinina como índice isolado de avaliação de função renal. A National Kidney Foundation recomenda a estimativa da taxa de filtração glomerular por equações que incluam creatinina, sexo e idade; por exemplo, a fórmula de Cockcroft-Gault:

$$\text{ClCr ml/min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso em Kg}}{72 \times \text{Cr sérica (mg/dl)}}$$

* Multiplicar o resultado por 0,85 para mulheres
ClCr = clearance de creatinina

Estratégias e metas para obter proteção renal e cardiovascular em pacientes com Nefropatia Diabética	
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e/ou antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA II)	Microalbuminúria: redução da excreção urinária de albumina ou reversão para normoalbuminúria; estabilização da taxa de filtração glomerular Macroalbuminúria: proteinúria o mais baixa possível ou inferior a 0,5g/24h; declínio da taxa de filtração glomerular inferior a 2ml/min/ano
Controle pressórico	PA menor que 130x80mmHg (ou menor que 125x75mmHg na presença de creatinina sérica elevada e proteinúria superior a 1g/24h)
Controle glicêmico	Hemoglobina glicada inferior a 7%
Estatinas	LDL-C igual ou inferior a 100mg/dl (ou menor que 70mg/dl na presença de doença cardiovascular)
Ácido acetilsalicílico	Prevenção de trombose
Suspensão do fumo	Prevenção da progressão da aterosclerose

12.3. Neuropatia Diabética

Neuropatia diabética é o distúrbio neurológico demonstrável clinicamente ou por métodos laboratoriais em pacientes diabéticos, excluindo-se outras causas de neuropatia. Em geral, o acometimento patológico do sistema nervoso é muito amplo e, muitas vezes, bastante grave no DM.

A prevalência da neuropatia diabética atinge níveis elevados com a evolução temporal da doença, chegando geralmente a frequências de 50% de lesão neuropática em diferentes grupos de pacientes analisados no âmbito nacional e internacional. Entretanto, essa prevalência pode aumentar significativamente, chegando a valores próximos a 100% de acometimento, quando se utilizam métodos diagnósticos de maior sensibilidade, como os eletrofisiológicos.

Atualmente, não há dúvida de que o bom controle metabólico do diabetes reduz a frequência e a intensidade da lesão neurológica. Nessa situação patológica, a lesão neurológica é extensa envolvendo amplamente todo o sistema nervoso periférico em seus componentes sensorio-motor e autonômico. Desse modo, o quadro clínico da neuropatia pode variar amplamente, desde formas assintomáticas até a presença de muitas manifestações pouco específicas, somáticas e/ou autonômicas.

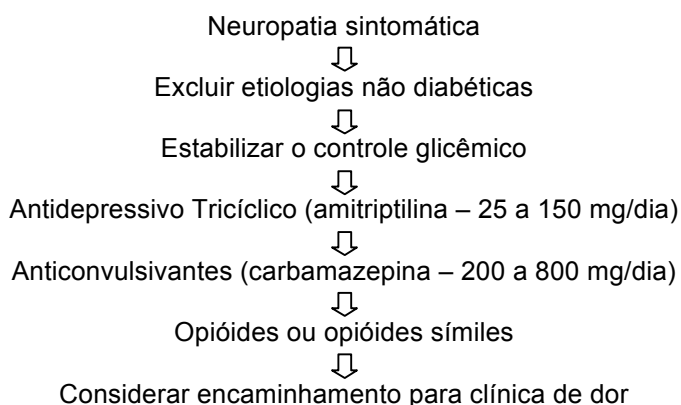
Apresenta-se de duas formas principais: polineuropatia sensorio-motora simétrica e neuropatia autonômica (cardiovascular, respiratória, digestiva e geniturinária).

Porém, pode-se apresentar de diversas outras formas:

- Mononeuropatia focal (tibiais, medianos, pares cranianos III, IV, VI e VII)
- Neuropatia multifocal radicular (geralmente intercostal, toracoabdominal e lombar)
- Neuropatia multifocal multiplexos (localização variada)
- Plexopatia ou amiotrofia
- Dormência ou queimação em membros inferiores, principalmente (mãos e braços também podem ser afetados)
- Formigamento, pontadas, choques, agulhadas em pernas e pés, desconforto ou dor ao toque de lençóis e cobertores
- Queixas de diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa

Os testes neurológicos básicos envolvem avaliação de sensibilidade, pesquisa de reflexos tendinosos (aquileu, patelar, tricipital) e medidas de pressão arterial (deitado e em pé) e da frequência cardíaca. A hipotensão postural é definida como a queda da pressão arterial sistólica em mais de 20 mmHg, um minuto após o paciente assumir a posição ortostática. A frequência cardíaca acima de 100 bpm em repouso é sugestiva de disautonomia cardiovascular.

O tratamento da neuropatia sensorio-motora e autonômica é geralmente medicamentoso e dirigido aos sintomas e sinais da doença.



Para o paciente com hipotensão postural deve-se orientar para que evite mudanças posturais bruscas. Podem ser benéficos o uso de meias elásticas, elevação da cabeceira da cama em 30 cm e a prescrição de fludrocortisona (Florinefe®), 0,1 a 0,4 mg/dia, via oral.

Para a disautonomia gastrointestinal estão indicados: metoclopramida (5 a 20mg, meia hora antes das refeições e à noite, ao deitar); cisaprida (Prepulsid®, 10 a 20 mg, meia hora antes das refeições); domperidona (Motilium®, 10 a 20 mg, meia hora antes das refeições e à noite, ao deitar) loperamida (Imosec®, 2mg, duas vezes ao dia); difenoxilato (Lomotil®, 2,5 mg, duas vezes ao dia).

Já a disautonomia geniturinária engloba tanto a bexiga neurogênica como a disfunção erétil. Para a bexiga neurogênica é necessário o treinamento para o esvaziamento vesical programado e uso de antibióticos para tratamento e para prevenção. A disfunção erétil pode ser tratada com medicamentos do grupo dos inibidores da fosfodiesterase.

Pé Diabético

Uma das mais mutilantes complicações crônicas do diabetes mellitus (DM) diante do impacto social e econômico observado em todo o mundo.

Os mecanismos de afecção dos membros inferiores, quais sejam neuropatia diabética (ND), doença arterial periférica (DAP), ulceração ou amputação, afetam a população diabética duas vezes mais que a não diabética, atingindo 30% naqueles com mais de 40 anos de idade.

O fator mais importante, inquestionavelmente, para o surgimento de úlceras em membros inferiores é a ND, que afeta 50% das pessoas com DM com mais de 60 anos, pode estar presente antes da detecção da perda da sensibilidade protetora, resultando em maior vulnerabilidade a traumas e acarretando um risco de ulceração de sete vezes.

O aumento da pressão plantar relaciona-se a limitação da mobilidade articular e às deformidades.

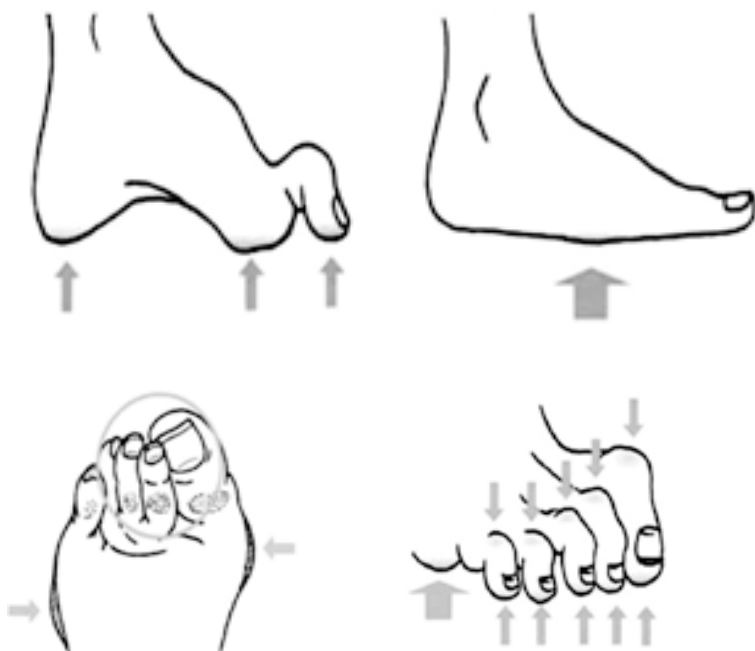
A doença arterial periférica (DAP), que acomete duas vezes mais pacientes diabéticos do que não-diabéticos é mais frequente no segmento femoropoplíteo e pequenos vasos distais abaixo do joelho (tibiais e pediosos).

Distúrbios intrínsecos para cicatrização (função do colágeno e metaloproteinases) e imunológicos (deficiente defesa pelos polimorfonucleares) estão envolvidos no processo de ulceração.

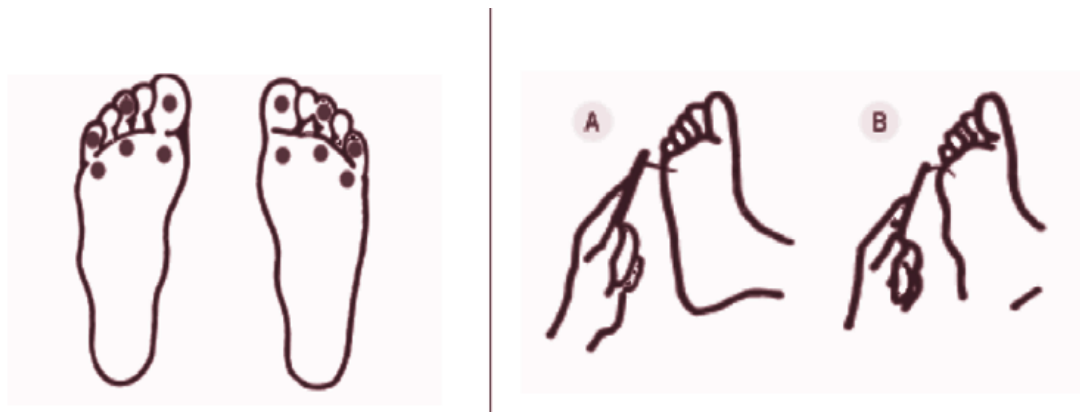
Está bem estabelecido que 85% dos problemas decorrentes do pé diabético são passíveis de prevenção a partir de cuidados especializados.

Rastreamento: identificação dos pacientes de risco

- História de úlcera prévia;
- História de amputação prévia;
- Longa duração do DM;
- Pobre controle glicêmico;
- Visão deficiente;
- Deformidades (proeminências, dedos em martelo, limitação de mobilidade articular, valgismo, pés cavos);
- Anormalidades não-ulcerativas (calosidades, pele seca, micose e fissuras).



Pé em risco: avaliação do limiar de percepção cutânea com o monofilamento de 10g. Os locais de teste: Primeiro, terceiro e quinto dedos e metatarsos.



Avaliar os pés dos pacientes anualmente quanto a:

- História de úlcera ou amputação prévia, sintomas de doença arterial periférica, dificuldades físicas ou visuais no cuidados dos pés.
- Deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas e adequação dos calçados; evidência visual de neuropatia (pele seca, calosidade, veias dilatadas) ou isquemia incipiente; deformidades ou danos de unhas.
- Detecção de neuropatia por monofilamento de 10g (ou diapasão de 128Hz); sensação tátil ou dolorosa.
- Palpação de pulsos periféricos (pediosa e tibial posterior); tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler <0.9 permitem quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos.
- Discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação.
- Negociar um plano de cuidado baseado nos achados clínicos e da avaliação de risco.
- Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlcera e amputação.
- Avaliar o risco do paciente de acordo com os achados clínicos.
- Planejar intervenções baseadas nas categorias de risco.

A amputação somente será indicada após uma avaliação vascular detalhada por cirurgião vascular, o que geralmente pode ocorrer quando a dor isquêmica no repouso não puder ser manejada por analgesia ou revascularização; uma infecção no pé potencialmente fatal não puder ser tratada por outras medidas; uma úlcera não-cicatrizante for acompanhada por uma maior carga de doença do que resultaria da amputação.

Classificação de risco do pé diabético.

CLASSIFICAÇÃO	ACHADOS
Sem risco adicional	sem perda de sensibilidade protetora sem sinais de doença arterial periférica sem outros fatores de risco
Em risco	presença de neuropatia um único outro fator de risco
Alto risco	diminuição da sensibilidade associada à deformidade nos pés ou evidência de doença arterial periférica. ulceração ou amputação prévia (risco muito elevado)
Com presença de ulceração ou infecção	ulceração presente

Manejo do pé diabético de acordo com nível de risco:

1) Sem risco adicional:

Elaborar um plano individualizado de manejo que inclua orientações sobre cuidados com os pés.

2) Em risco e alto risco:

É necessário o encaminhamento para ambulatório específico da Policlínica municipal.

Orientações educacionais básicas para cuidados dos pés:

- Examinar os pés diariamente. Se necessário, pedir ajuda a familiar ou usar espelho.
- Avisar o médico se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras.
- Vestir sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico.
- Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Não usar sapatos sem meias.
- Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar inicialmente, em casa, por algumas horas por dia.
- Nunca andar descalço, mesmo em casa.
- Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Evitar água quente.
- Secar bem os pés, especialmente entre os dedos.
- Após lavar os pés, usar um creme hidratante à base de lanolina, vaselina líquida ou glicerina. Não usar entre os dedos.
- Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente.
- Não remover calos ou unhas encravadas em casa; procurar equipe de saúde para orientação.

13. FLUXOS PARA COMPARTILHAMENTO DE PACIENTES

13.1. No território da atenção primária

Cada unidade deve identificar possíveis parceiros em seu território de atuação que possam dar suporte e auxílio às diversas ações necessárias para o adequado controle de pacientes diabéticos. Por exemplo: prática de exercícios, grupos de apoio comunitário, grupos de apoio nutricional, entre outros.

13.2. Entre os níveis de atenção à saúde / especialidades

- Endocrinologia: devem ser compartilhados os atendimentos de pacientes com DM tipo 1 e do tipo 2 que não compensaram com a terapêutica preconizada no protocolo, além daqueles com complicações crônicas não estabilizadas e dos casos de diabetes mellitus gestacional.

Como encaminhar: com impresso de referência e contra-referência, últimos exames e receita da medicação em uso.

O serviço de referência pode solicitar o auxílio dos profissionais da atenção básica em medidas de apoio, vitais para o tratamento adequado como: verificação de controles de glicemia capilar, aplicação de insulina, cuidados dietéticos, prática de atividade física, aferição de pressão arterial, curativos, etc. Para isso, a contra-referência e a via de contato entre os níveis de atenção (secundário e terciário com a atenção primária) necessitam ser fluídos e efetivos.

- Oftalmologia: para a avaliação de retinopatia anual.

14. ROTINA BÁSICA DE ATENDIMENTO

14.1. Consulta médica

Deve seguir o que está exposto no item 5 do presente protocolo para a primeira consulta, realizar a solicitação de exames laboratoriais e a classificação de risco do paciente (que deve sempre ser atualizada).

Nas demais consultas, além da avaliação do quadro clínico e laboratorial é preciso proceder a reorientação da terapêutica. Caso o médico clínico não considere o paciente compensado ou devidamente orientado sobre sua patologia deverá solicitar retornos mais frequentes. Se compensado, padronização de retorno de acordo com o risco.

14.2. Consulta de enfermagem

- Avaliar PA.
- Verificar peso e comparar com o anterior.

- Verificar pulsos periféricos.
- Verificar presença de edema.
- Investigar: palpitação, tontura, dor precordial, dispnéia, alteração visual, câimbras, parestesias, impotência sexual, paralisias.
- Investigar efeitos colaterais dos medicamentos.
- Avaliar os pés.
- Pesquisar sintomas de hipoglicemia, descompensação diabética (poliúria, polidipsia, emagrecimento).
- Avaliar e reforçar as medidas higieno-dietéticas e orientar.
- Avaliar a medicação em uso.
- Orientar a automonitorização (modo, registro e horários).
- Avaliar e, caso necessário, orientar aplicação e insulina, reutilização de seringa, descarte de material, rodízio de locais de aplicação, etc.
- Reforçar dieta e hábitos de vida.
- Reforçar a importância do exercício físico.
- Solicitar caso necessário consulta conjunta (médico + enfermeiro).
- Fornecer ou orientar a obtenção da medicação prescrita.
- Nos casos recém diagnosticados, com baixo nível de conhecimento sobre a doença, em mudança de medicação ou ainda paciente descompensado a enfermagem poderá agendar consultas semanais, para orientar e fazer glicemias.

Estes dados deverão ser anotados em prontuário e confrontados com os da consulta médica. Caso haja algum dado relevante, remeter ao médico como consulta conjunta ou antecipando a próxima consulta. Lembrar que a presença do médico vai depender do risco do paciente e grau de treinamento da enfermagem.

ANEXO C - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
CEP. 18030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900
Telefax (015) 3212-9879
Caixa Postal 1570



Hospital
Santa Lucinda

Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-9900/9837/9935
Caixa Postal 1570
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa


Sorocaba, 11 de setembro de 2012.

Ilmo. Sr.
José Manoel Amadio Guerrero
Pesquisador responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em **11.09.12**.

Projeto de pesquisa: **“Implantação do protocolo de atendimento médico para o tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus na atenção primária em saúde de Sorocaba: O desafio de compatibilizar o conhecimento com a prática”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator.**


Prof^o Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP