UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE
CLEYA DA SILVA SANTANA CRUZ

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE JEQUITINHONHA DE MINAS GERAIS.

DIAMANTINA - MG
2013

CLEYA DA SILVA SANTANA CRUZ

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE JEQUITINHONHA DE MINAS GERAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré- requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

DIAMANTINA – MG
2013

Ficha Catalográfica - Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa CRB-6/2972

C957a
2013

Cruz, Cleya da Silva Santana
Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais. / Cleya da Silva Santana Cruz. – Diamantina: UFVJM, 2013.
187 p.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Leida Calegário de Oliveira

Dissertação (mestrado) –Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2013.

1. Educação permanente em saúde. 2. Médicos da família. 3.Atenção primária à saúde. 4. PEP. I. Oliveira, Leida Calegário de. II. Título.

CDD 610

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CLEYA DA SILVA SANTANA CRUZ

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE JEQUITINHONHA DE MINAS GERAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri como requisito parcial para a obtenção do título de mestre. Área de concentração: Interdisciplinar.

Aprovada em: ___/____/____.

_____

Prof.ª. Drª. Leida Calegário de Oliveira – Orientadora UFVJM

_____

Prof. Dr. Herton Helder Rocha Pires- UFVJM

_____

Prof. Msc. João Batista Silvério – UNIMONTES

Dedico este trabalho:

Vicente e Maria Tereza

Joaquim e Círio

Agradecimentos Especiais

Agradeço a Deus por ter me proporcionado a graça de realizar mais esse sonho.

Agradeço ao meu querido Círio que me incentivou desde o inicio desta caminhada e me apoiou sempre. Agradeço pelos momentos que me amparou no peito e secou a minhas lágrimas, pela compreensão que teve nos meus momentos de reclusão e silêncio, e pela dedicação nos momentos de cansaço, desânimo e ausência. E pela solidariedade nos momentos difíceis. Agradeço por ter compartilhado e comigo de todas as emoções que experimentei neste período, sem o seu apoio seria impossível vencer mais essa etapa.

Agradeço ao Joaquim, presente de Deus, que mesmo tão pequeno se mostrou um homem, compreendendo a falta da mamãe atarefada e tomando para si as suas responsabilidades. Obrigada meu querido filho.

Agradeço aos meus pais, por desde cedo, terem me ensinado a importância da educação na minha vida e por terem me ajudado tanto agora, neste período.

Agradeço ao Lu de dona Ude, que é uma referência para os capelinhenses, sem suas palavras de apoio e incentivo seria muito mais difícil vencer essa etapa. Obrigada por acreditar.

Meus agradecimentos a Darlene que nesses mais vinte anos de amizade sempre apareceu nos momentos complicados mostrando que as coisas não são tão difíceis assim. Agradeço pelo apoio e companhia nas viagens para a coleta de dados, pelo apoio em me fazer dirigir na rodovia e por ter tido coragem de viajar comigo dirigindo.

Agradeço a Fernanda que foi imprescindível neste trabalho.

Agradeço a Cácia pela ajuda nas caronas para chegar aos municípios para a coleta de dados.

Agradecimentos

À Professora Dra. Leida Calegário de Oliveira, pela orientação, pela credibilidade concedida a mim, desde o momento da seleção, e pela oportunidade que me ofereceu. Pela paciência e dedicação neste trabalho. E nunca poderia deixar de agradecer por ter amparado e cuidado do Joaquim, em um momento muito difícil de perda que minha família passou durante esse processo.

Ao Professor Dr. Marcos Luciano Pimenta Pinheiro, agradeço pela paciência, o companheirismo e a compreensão, que mesmo diante de dificuldades esteve sempre disponível para me ouvir.

À Professora Msc. Daisy Resende Figueiredo Fernandes, pelo grande empenho, pela imensa ajuda na formatação do banco de dados e processamento destes, e na elaboração deste trabalho, que mesmo apertada com seus afazeres, sempre esteve muito disponível para este trabalho. Agradeço ainda, pelos preciosos conselhos.

À Professora Dra. Fernanda de Oliveira Ferreira, pela grande contribuição na parte de estatística, desde a realização do cálculo amostral no projeto de pesquisa até a análise estatística da dissertação.

À Professora Dra. Rosana Passos Cambraia e ao Professor Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho, que tanto contribuíram na logística para a coleta de dados, com empréstimo do material de filmagem.

À Professora Dra. Nadja Murta que em um momento tão difícil contribuiu com este trabalho, nos dando segurança de que estávamos no caminho.

Aos professores do Programa de Pós Graduação Saúde, Sociedade e Ambiente, pela aprendizagem.

A Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, a quem devo minha formação profissional, e que continua nos dando oportunidade da realização de nossos sonhos.

Ao Programa de Pós-Graduação Saúde Sociedade e Ambiente, aos professores deste programa que bravamente se empenharam na aprovação deste, tornando real a chance de formação dos profissionais do Vale do Jequitinhonha.

Agradeço imensamente à Banca de Qualificação e à Banca de Defesa examinadora que se dispuseram a ler, analisar e contribuir com este trabalho.

Agradeço aos colegas de mestrado pela oportunidade de convivência e aprendizagem.

Aos funcionários do PEP da UFVJM que prontamente atenderam meus diversos pedidos, vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço ao Ígaro pelo empenho nos desenhos que ilustram as seções de desta dissertação, que com toda dedicação conseguiu no desenho expressar os sentimentos e realidades deste trabalho.

Agradeço a Maria Angélica, pelas correções de português feitas neste trabalho.

Agradeço aos prefeitos, que autorizaram a pesquisa em seus municípios.

Agradeço, em especial, aos gestores municipais de saúde que mais que permitiram que a pesquisa fosse feita em seus municípios, contribuíram, ajudaram e empenharam para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos médicos, que receberam esta pesquisa com empolgação e enormemente contribuíram na coleta de dados.

Agradeço aos usuários do SUS, que nos receberam tão bem em suas casas e em suas vidas.

Agradeço aos funcionários das Secretarias Municipais de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde, que de forma muito carinhosa propiciaram condições para a coleta de dados.

Meus agradecimentos à Fapemig e Fundaep.

RESUMO

CRUZ, Cleya da Silva Santana. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, julho de 2013. 187 p. Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais. Orientadora: Profª. Dra. Leida Calegário de Oliveira. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente).

O Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família foi implantado na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha em outubro de 2010, com a finalidade de melhorar o nível de resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, tomando como ponto de partida a aprendizagem significativa e integrada das diversas competências clínicas necessárias aos médicos das equipes de saúde da família. O objetivo deste trabalho foi avaliar as ações de planejamento, execução e resultados do PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais em interface com os objetivos propostos pelo Programa. O estudo foi desenvolvido em 14 municípios desta Região, que possuíam médicos da Estratégia de Saúde da Família com frequência de participação no PEP igual ou superior a 60,0%. Participaram da pesquisa 14 gestores municipais de saúde, 31 médicos e 383 usuários. Tratou-se de uma pesquisa de triangulação descritiva, quantitativa e qualitativa. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados: 1) Questionários estruturados dirigidos aos usuários, médicos e gestores de saúde; 2) Relatórios de supervisores dos GAPs para o levantamento dos temas estudados nos encontros e 3) Atestos de gestores municipais de saúde para calcular a rotatividade profissional dos médicos. As entrevistas das consultas médicas foram filmadas e analisadas. Utilizou-se a análise descritiva dos dados, o teste do qui-quadrado e teste de Fisher ($p = 0,05$). A média de idade dos médicos entrevistados foi de 39,5 anos, 67,7% eram do sexo masculino e 48,2% solteiros. Em relação à titulação, 45,2% dos médicos possuíam apenas graduação em medicina, sendo que 35,5% possuíam no máximo quatro anos de formação. A relação médicos inscritos/presentes nos encontros do PEP foi de 41,5% em 2011 e 38,4% em 2012. Os temas mais estudados nos encontros de GAP foram a metodologia do PEP (24,3%) e as doenças crônicas não transmissíveis (10,5%). Para os médicos participantes, o supervisor do GAP segue a metodologia proposta e os materiais atendem às necessidades dos grupos (100,0%). Os médicos (93,5% e 96,8%, respectivamente) relatam que após a participação no PEP houve redução de encaminhamentos e de pedidos de exames desnecessários. Os médicos participantes (93,5%) afirmam ainda que suas consultas foram reestruturadas após a participação no Programa. Segundo o ponto de vista de 35,7% dos gestores municipais de saúde, os médicos vinculados a seus municípios participam do PEP apenas como forma de cumprir o Contrato do Programa Saúde em Casa, mas para a maioria (62,5%) este não é o motivo da participação, enquanto 50% dos Secretários Municipais de Saúde afirmam que os médicos que são liberados para o PEP, não comparecem nos encontros. A maioria dos usuários (76,1%) relatou ter percebido melhora no atendimento após a participação do médico no Programa. O Índice de rotatividade para os médicos que participam do PEP com frequência igual ou superior a 60,0% foi de 35,5%, enquanto para aqueles que não participam efetivamente do Programa o valor foi de 60,9%. Conclui-se, assim, que a Educação Permanente nos moldes do PEP pode melhorar o desempenho clínico dos médicos e envolver mais o usuário em seu tratamento, além de contribuir para a fixação de profissional na região.

PALAVRAS-CHAVES: Educação Permanente em Saúde; Médicos da Família; Atenção Primária à saúde; PEP.

ABSTRACT

CRUZ, Cleya da Silva Santana. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (*Federal University of the Valleys of Jequitinhonha and Mucuri*), July, 2013. 187 p. Assessment of the Permanent Education Program for Physicians in the Family Health Strategy of the Jequitinhonha Expanded Health Region. Advisor: Leida Calegário de Oliveira. Thesis (Master's Degree in Health, Society, and Environment).

The Permanent Education Program for Physicians in the Family Health Strategy was implemented in the Jequitinhonha Extended Health Region in October 2010 for the purpose of improving the level of resolution capability in Primary Health Care. It took as the starting point the significant and integrated learning of the various clinical skills that the physicians in the family health teams need. The objective of this paper was to assess the planning and execution actions, as well as the results of the PEP in the Jequitinhonha Extended Health Region, in Minas Gerais state, in interface with the objectives proposed by the Program. The study was developed in 14 municipalities in this Region, which had physicians from the Family Health Strategy whose participation rate in the PEP was equal to or greater than 60 percent. 14 health managers, 31 physicians, and 383 users participated in the research. The research used a descriptive, quantitative, and qualitative triangulation approach. The following data collection tools were used: 1) Structured questionnaires addressed to users, physicians, and health managers; 2) Reports by supervisors from the Professional Development Groups (PDGs) for an overview of the topics studied in the meetings, and 3) Statements by municipal health managers to calculate the professional turnover rate of medical doctors. The interviews during medical appointments were filmed and analyzed. Descriptive data analysis, the chi-square test and the Fisher Test *(p = 0.05)*, and the Pearson Correlation Test *(p = 0.0.5%)* were used. The average age of the interviewed physicians was 39.5 years; 67.7% were males, and 48% were single. As far as academic degree was concerned, 45.2% of the physicians only had a degree in Medicine, and 35.5% of them had graduated no more than four years prior to these interviews. The percentages of physicians who signed up for / participated in the meetings of the PEP were 41.5% in 2011 and 38.4% in 2012. The most widely studied topics in the Professional Development Group meetings were the methodology of the Permanent Education Program (24.3%) and chronic non-communicable diseases (10.5%). For the participating physicians, the supervisor of the Professional Development Group follows the proposed methodology, and the materials meet the needs of the groups (100%). The physicians (93.5% and 96.8%, respectively) reported that, after participating in the Permanent Education Program, there was a reduction in the number of unnecessary referrals and requests for medical examinations. The participating physicians (93.5%) also stated that their medical consultations were restructured after they participated in the Program. From the point of view of 35.7% of the municipal health managers, the physicians working in their municipalities attend the Permanent Education Program only to comply with the Home Health Care Program Agreement. However, for most of the municipal health care managers (62.5%), this is not the reason why physicians attend the PEP, while 50% of the Municipal Health Secretaries stated that physicians who are released to attend the PEP do not show up for the meetings. Most of the users (76.1%) reported that they noticed an improvement in the health care services after their doctor participated in the Program. The turnover rate was 35.5% for physicians whose participation in the PEP was equal to or greater than 60.0% , whereas for those who do not participate effectively in the Program the turnover rate was 60.9%. It is therefore concluded that permanent education, along the lines of the Permanent Education Program, can improve the clinical performance of the physicians and make users more involved in their treatment. Furthermore, it contributes to retaining professionals in the region.

KEY WORDS: Permanent Health Education; Family Physicians; Primary Health Care; PEP

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Resumo da evolução da medicina clássica até meados do século XVIII..... 33

Figura 2: Resumo da evolução da medicina clássica no final do século XVIII, século XIX e século XX..... 34

Figura 03 – Mapa de Minas Gerais com destaque do Vale do Jequitinhonha..... 58

Figura 04 - Cerâmica do Vale do Jequitinhonha/MG..... 59

Figura 05–Tapete Arraiolo, município de Diamantina/MG..... 59

Figura 06 – Apresentação dos Alunos do Conservatório Estadual Lobo de Mesquita, Diamantina/MG..... 59

Figura 07 – Igreja Matriz Nossa Senhora da Piedade, município de Turmalina/MG..... 60

Figura 08 - Igreja Matriz de Nossa Senhora das Graças, município de Capelinha/MG.... 60

Figura 09 - Localização da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais, com as Regiões de Saúde Araçuaí, Diamantina e Minas Novas/Turmalina/Capelinha.... 61

Figura 10 - Comparação entre o número de médicos inscritos e a frequência de participação nos encontros dos GAPs, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2011 e 2012..... 91

Figura 11 - Frequência de participação dos médicos nos encontros de GAP da Região Ampliada de Saúde de Jequitinhonha nos anos de 2011 e 2012..... 92

Figura 12 - Distribuição percentual dos principais motivos da consulta médica referidos pelos usuários entrevistados na ESF em relação aos principais temas, relativos a patologias, estudados pelos profissionais nos encontros de GAP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 96

Figura 13 – Visão da gestão municipal quanto ao motivo que desencadeia a participação dos médicos nos encontros de GAP e o comparecimento dos médicos nos encontros, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 103

Figura 14 - Porcentagem de redução de encaminhamentos a especialistas fornecidos pelo médico (n=31), após participação no PEP, e encaminhamentos para especialistas solicitados pelos usuários (n= 211), Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 108

Figura 15 - Percepção de usuários e médicos participantes do PEP quanto à habilidade de comunicação: entendimento, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 113

Figura 16 - Percepção dos usuários em relação ao atendimento do médico participante do PEP, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 118
Figura 17 - Relação entre o número de consultas e o número de usuários do SUS que afirmaram ter percebido melhoria quanto ao atendimento dos médicos participantes do PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012. A linha expressa uma tendência logarítmica..... 119
Figura 18 – Índice calculado para a rotatividade de profissionais médicos, segundo a participação efetiva (frequência igual ou superior a 60,0%) ou não efetiva (frequência inferior a 60,0%) nos encontros dos GAPs na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 124

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Comparativo entre o perfil do profissional formado no século XX com a demanda do modelo assistencial atual no Brasil..... 55

Quadro 02 - Distribuição da carga de doença da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2010..... 63

Quadro 03 – Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados por Região Ampliada de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2011..... 64

Quadro 04 – Descrição da frequência de participação nos encontros do PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, de novembro 2010 a maio 2012, nos municípios vinculados..... 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil dos usuários do SUS, clientes de médicos participantes do PEP, entrevistados na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo, faixa etária, sexo, estado conjugal e escolaridade..... 84

Tabela 02 - Perfil dos médicos participantes do PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo idade, sexo e estado conjugal..... 87

Tabela 03 - Perfil dos médicos participantes efetivos do PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo tempo de formação profissional, titulação máxima e tempo de serviço no município..... 88

Tabela 04 - Descrição da infraestrutura e disponibilidade de materiais para funcionamento dos GAPs, sob o ponto de vista do médico e do gestor de saúde, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 99

Tabela 05- Perfil e motivação do médico participante do PEP para a ESF, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 102

Tabela 06: Apoio da Gestão Municipal para a participação dos médicos no PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 105

Tabela 07 - Melhoria da performance clínica, sob o ponto de vista dos médicos participantes do PEP, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 109

Tabela 08 - Utilização do MCCP e percepção do usuário para o atendimento dos médicos do PEP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 111

Tabela 09 – Descrição da análise da consulta dos médicos participantes do PEP (n=09), segundo *check list* de abertura da consulta, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 115

Tabela 10 - Análise da entrevista na consulta dos médicos do PEP (n=09), segundo *check list* de exploração de problemas, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 117

Tabela 11 – Acompanhamento médico aos usuários e prescrição medicamentosa de médicos do PEP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 120

Tabela 12 – Acompanhamento de pacientes e participação na consulta/atendimento, na referência e contra referência por médicos participantes do PEP da Região de Saúde Jequitinhonha, 2012..... 122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMMFC – Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAPP - Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GAP – Grupo de Aperfeiçoamento Profissional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IR – Índice de Rotatividade

KM - Quilômetros

M - Metros

MG – Minas Gerais

N - Negativas

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NV – Nascidos Vivos

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

P – Positivas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEP – Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Q - Questões

QG – Questionário de gestor

QM – Questionário médico

QU – Questionário usuários

RAS – Região Ampliada de Saúde

RASJ – Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha

SES/MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SISPACTO – Sistema de Informação do Pacto Pela Saúde

SRS - Superintendência Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha de Mucuri

SUMÁRIO

1 A GÊNESE DO ESTUDO..... 21

2 REFERENCIAL TEÓRICO..... 26

2.1 Do pensamento clínico ao modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva..... 27

2.1.1 O Nascimento da Clínica 27

2.1.2 Marcos da evolução da medicina..... 32

2.2 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família..... 36

2.3 A Educação Permanente: contribuição para a saúde integral..... 44

2.4 O Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família, PEP..... 48

2.4.1 A necessidade de Educação Permanente para o modelo de atenção vigente..... 54

3 UM PASSEIO PELO VALE..... 57

3.1 Uma visão do Vale do Jequitinhonha do Jequitinhonha..... 58

3.2 A Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ..... 60

3.2.1 Estatísticas vitais e estudo da carga de doenças da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha..... 62

3.2.2 Indicadores de Saúde..... 63

3.2.2.1Saúde da Criança..... 63

3.2.2.2 Saúde da Mulher e Condições do Pré-natal..... 64

3.2.2.3 Doenças infecto-contagiossas..... 65

3.2.2.4 Doença e, ou Condição Crônica..... 66

4 O PERCURSO METODOLÓGICO..... 67

4.1 Tipo de Estudo..... 68

4.2 Considerações éticas..... 68

4.3 Cenários e atores sociais do estudo..... 69

4.3.1 Primeiro grupo de informantes: os médicos..... 70

4.3.2 Segundo grupo de informantes: os usuários..... 72

4.3.3 Terceiro grupo de informantes: gestor municipal..... 73

4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados..... 74

4.4.1 Questionários..... 75

4.4.1.1 Questionário médico..... 75

4.4.1.2 Questionário usuários..... 75

4.4.1.3 Questionário gestor..... 76

4.4.2 Filmagem de consulta..... 76

4.4.3 Relatórios de Supervisores do PEP..... 77

4.4.4 As declarações de atestos de funcionamento da ESF e o cálculo do índice de rotatividade..... 77

4.5 Análise de dados..... 77

4.5.1 Construção de tópicos de descrição dos resultados..... 78

4.5.2 – Análise de filmagem da consulta..... 80

4.5.3 Análise de relatórios mensais dos supervisores dos GAPS..... 80

4.5.4 Análise da Rotatividade..... 80

5 O RESULTADO DE UM TRABALHO..... 83

5.1 Perfil da amostra de usuários atendidos por médicos com frequência mínima de 60,0% nos encontros de GAPs;..... 83

5.2 Perfil dos médicos da Estratégia de Saúde da Família com frequência de participação nos encontros de GAP igual ou superior a 60,0%..... 85

5.3 Perfil dos médicos participantes efetivos do PEP da Região Ampliada Saúde Jequitinhonha, segundo tempo de formação, titulação máxima e tempo de serviço no município..... 87

5.4 Número de médicos inscritos no PEP e frequência de participação no Programa..... 90

5.5 Frequência de participação dos médicos nos encontros de GAP nos anos 2011 e 2012 na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG..... 92

5.6 Levantamento de temas estudados nos GAPs comparados com o motivo da consulta apontado pelos usuários..... 94

5.7 Estrutura disponível para o desenvolvimento das atividades do PEP nos municípios sede de GAPs na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG..... 98

5.8 Motivação para o trabalho dos médicos na ESF e considerações dos gestores a respeito da Educação Permanente como instrumento de resolubilidade da APS..... 101

5.9 Participação dos médicos no PEP: comparecimento dos profissionais aos encontros e visão da gestão municipal..... 102

5.10 Apoio para o desenvolvimento das atividades do PEP..... 104

5.11 Fidelidade metodológica..... 105

5.12 Encaminhamentos fornecidos pelos médicos e solicitados pelos pacientes..... 108

5.13 Melhoria da performance clínica e aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa..... 109

5.14 – Habilidades de comunicação: Percepção do usuário e do médico..... 112

5.15 Análise da consulta médica gravada: Tempo dedicado à entrevista 113

5.16 Resultado da análise da filmagem na abertura da consulta e exploração de problemas..... 115

5.17 Percepção do usuário quanto ao atendimento médico..... 118

5.18 Relação da percepção do usuário quanto à melhoria da consulta e número de consultas realizadas em 2012..... 119

5.19 Gestão dos resultados e acompanhamento de pacientes pelos médicos participantes do PEP..... 120

5.20 Acompanhamento do paciente pelo médico participante do PEP como forma de garantir a integralidade da atenção..... 121

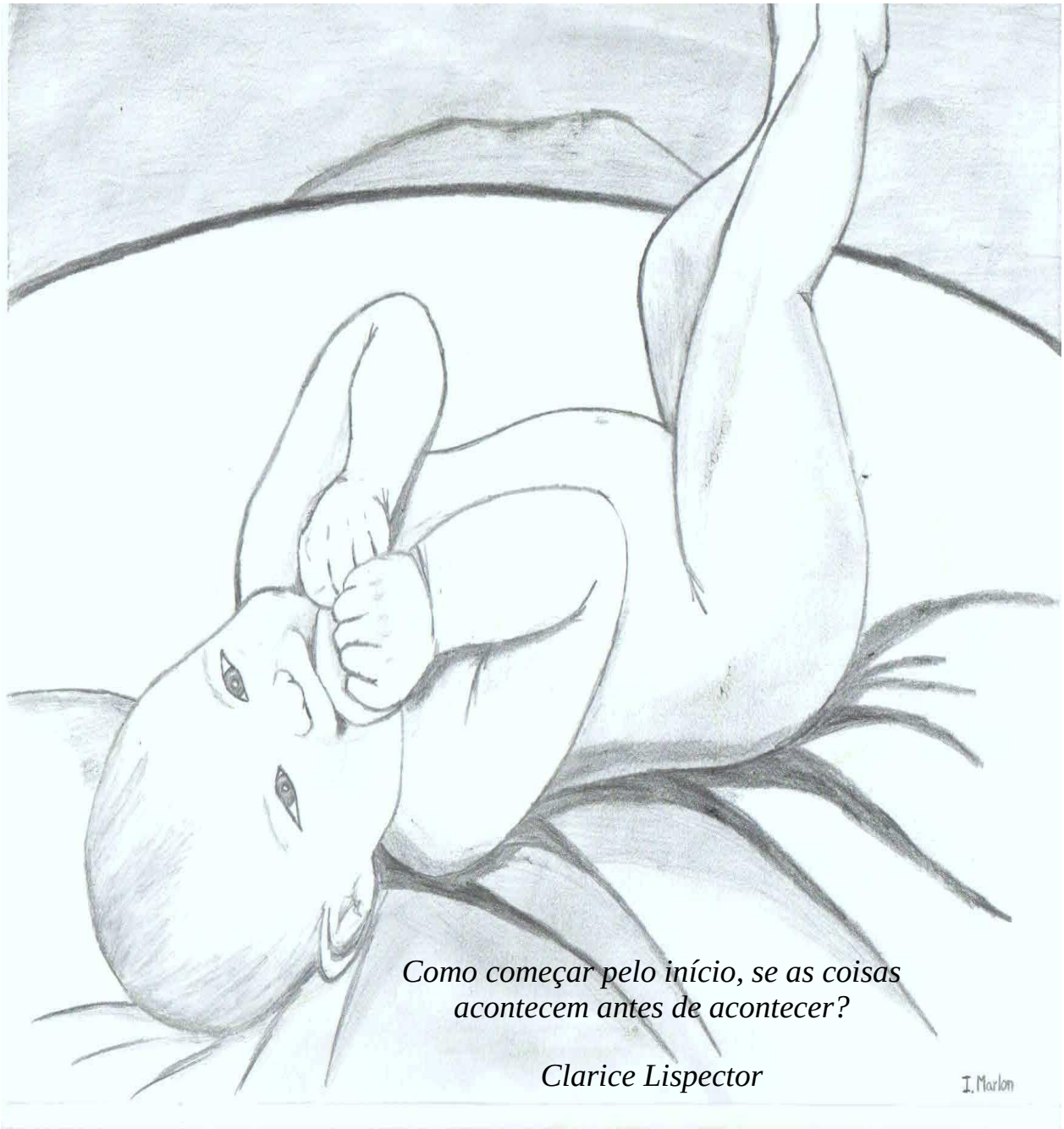
5.21 Rotatividade de profissionais médicos da ESF dos municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012..... 122

6 CONCLUSÕES..... 125

REFERÊNCIAS..... 129

APÊNDICES..... 141

ANEXO..... 186



Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?

Clarice Lispector

_____*A GÊNESE DO ESTUDO*

1 A GÊNESE DO ESTUDO

A Educação Permanente pode ser entendida como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve ser baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Para que isso ocorra, deve ser realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e levar em consideração os conhecimentos e as experiências prévias das pessoas (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente dos profissionais de saúde merece atenção redobrada, pelo avanço tecnológico e pela necessidade de interação com o trabalho e a sociedade.

Em se tratando do profissional médico, no Brasil este integra a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 1994, ano da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Há de se considerar que as atribuições e competências previstas pelo Ministério da Saúde para os médicos da ESF coincidem com a proposição do modelo de atenção centrado na pessoa e na comunidade.

Embora apoiado por grande acreditação, o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta alguns problemas, merecendo destaque, a escassez de médicos com perfil adequado para atuar na ESF (BRASIL, 2002), a grande rotatividade do médico generalista e ainda a heterogeneidade de competências destes profissionais (SILVÉRIO, 2008). Segundo Campos e Malik (2008), a rotatividade profissional pode comprometer a efetividade do modelo brasileiro uma vez que este se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e a população, sendo que o vínculo só pode ser gerado com a permanência do profissional na ESF.

Neste cenário, o Programa de Educação Permanente para Médicos da ESF do Estado de Minas Gerais (PEP) propõe-se a atuar como uma forte intervenção educacional para lidar com a heterogeneidade das competências dos profissionais médicos da ESF. O Programa tem o intuito de melhorar o nível de resolubilidade da APS, reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias e reduzir o número de prescrições medicamentosas incorretas, realizadas por estes profissionais. Pretende ainda, diminuir a variabilidade da prática profissional, criar um sistema contínuo de avaliação desta prática, romper o isolamento (geográfico e profissional) a que os médicos da ESF estão sujeitos e diminuir a rotatividade desses profissionais na ESF (SILVÉRIO, 2008).

O PEP está implantado em todo o Estado de Minas Gerais sob a forma de Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAPs). Cada grupo é formado por oito a 12 médicos da ESF que trabalham numa mesma região de saúde. O Programa foi implantado na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais (RASJ), em outubro de 2010.

O PEP está fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e representa uma intervenção presencial, multifacetada, com articulação entre estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, utilizando-se de metodologias aplicadas a pequenos ou grandes grupos, além de treinamento de habilidades clínicas. A metodologia do programa está focada nas habilidades de comunicação, comportamentos e atitudes (SILVÉRIO, 2008).

Os objetivos do PEP vêm ao encontro da necessidade de melhoria da APS nos municípios, sendo esta realidade descrita em indicadores relacionados à morbimortalidade.

A cobertura da ESF para a RASJ de Minas Gerais é de 87,53% (BRASIL, 2011). No entanto, essa cobertura, embora alta, não está refletindo em melhoria da saúde da população. Segundo dados da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, no ano de 2009 as taxas de mortalidade por patologias infecciosas e parasitárias, infecções respiratórias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais, bem como para as doenças crônico-degenerativas da RASJ estiveram dentre as maiores do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010). Além disso, o grande número de encaminhamentos médicos para a atenção secundária, utilizando-se do tratamento fora do domicílio (TFD), e o elevado quantitativo de consultas especializadas com a ausência de atuação do serviço de controle, avaliação, regulação e auditoria assistencial são graves problemas que assolam os municípios que integram a RASJ e que precisam ser enfrentados. Ambos propiciam um grande fluxo de usuários para fora do domicílio, resultando em gastos para os municípios e desconforto para os usuários, o que mostra a baixa resolubilidade de ações de saúde neste nível de atenção (SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA, 2012).

Associado aos indicadores de saúde e aos problemas sociais e estruturais como localização geográfica, distância entre municípios, estrutura educacional e profissional dos municípios da RASJ, está à dificuldade de fixação do profissional médico na ESF.

Para Mendes (2007), a APS através da ESF assume papel importante como coordenadora da rede de atenção e determina a melhoria dos indicadores de vida de uma população, por reorganizar e atuar nas ações de prevenção de agravos, promoção,

reabilitação e assistência à saúde. Portanto, a ESF é um grande campo de atuação para melhorar a atenção à saúde em todos os seus níveis.

Pode-se perceber a importância da Educação Permanente no trabalho que, segundo Mattos (2004) para construir esse novo modo de organizar e praticar a atenção, é necessário conhecer o perfil de trabalho e de trabalhadores e, ainda, estabelecer um programa voltado às necessidades de saúde de cada população.

Diante da realidade social e de saúde da RASJ, dos objetivos propostos pelo PEP e da metodologia utilizada pelo Programa e, ainda, considerando que o mesmo foi implantado e está em funcionamento na RASJ desde outubro de 2010, viu-se a necessidade de avaliar os resultados obtidos com este Programa.

Portanto, o objetivo geral deste trabalho foi avaliar as ações de planejamento, execução e resultados do PEP na RASJ em interface com os objetivos propostos pelo Programa.

Para atingir o objetivo desse trabalho, foram avaliados:

- O perfil dos usuários da ESF participantes deste trabalho;
- O perfil geral dos médicos da ESF com frequência de participação nos GAPs, igual ou superior a 60,0%;
- O perfil dos médicos participantes do PEP da RASJ, segundo tempo de formação, titulação máxima e tempo de serviço no município;
- A frequência de participação dos médicos de família da RASJ nos encontros de GAP do PEP;
- Os principais temas trabalhados nos Ciclos de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) e correlacionar com os principais motivos de consulta referidos pelos usuários;
- A estrutura disponibilizada pelos municípios-sede de GAP para o desenvolvimento das atividades do PEP atende à proposta do Programa;
- O apoio da gestão municipal para o desenvolvimento das atividades do PEP;
- A utilização da metodologia e a disponibilidade de materiais didáticos e equipamentos nas salas de GAP;
- A prática médica e a performance clínica dos profissionais frequentes no PEP, sob o ponto de vista destes;

- O tempo de duração da entrevista durante a consulta médica;
- A percepção do usuário quanto ao atendimento médico;
- A realização da gestão dos resultados e acompanhamento dos usuários na referência e contra referência pelos médicos participantes do PEP;
- A rotatividade profissional dos médicos que tiveram frequência igual ou, superior a 60,0%, nos encontros de GAP em 2012, bem como dos médicos que não foram frequentes no PEP.

O presente trabalho foi dividido em cinco partes que trazem reflexões e discussões a respeito da atuação do médico na ESF e a inserção da Educação Permanente neste cenário.

Na primeira parte, no referencial teórico, far-se-á uma abordagem da medicina sobre quatro pontos de reflexão:

I) A trajetória da medicina clássica à medicina moderna, avançando a reflexão sobre a influência do chamado Relatório Flexner na formação e prática médica, até o modelo biopsicossocial.

II) A APS e o modelo de atenção escolhido no Brasil, que é a ESF.

III) A Educação Permanente e sua contribuição para a saúde integral.

IV) O PEP que foi implantado no Estado de Minas Gerais e na RASJ. Após, foi realizada uma abordagem de pressupostos do processo da educação necessário ao modelo de saúde atual.

Na segunda parte, foi feita uma caracterização e descrição do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, cenário de nosso estudo.

Na terceira parte da dissertação foi apresentado o percurso metodológico da pesquisa.

Na quarta parte foram apresentados os resultados e discussões deste trabalho, baseando-nos no olhar do médico, do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e do gestor municipal de saúde dos municípios estudados.

Na última parte deste trabalho, foi feita uma breve análise do trabalho, percorrendo o cenário e os resultados, apresentando as considerações sobre o PEP na RASJ.

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.”

Albert Einstein

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Do pensamento clínico ao modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva

2.1.1 O Nascimento da Clínica

No livro "O Nascimento da Clínica", Foucault (2011) faz um estudo arqueológico do saber médico ocidental, que por meio de uma análise estrutural, relata os caminhos da medicina do século XIX. Foucault investigou a produção do conhecimento da medicina, a transformação operada na estrutura de sua racionalidade e no domínio de sua experiência (SOUZA, 1998). Neste momento, a medicina criticou seu passado e apresentou-se como medicina científica. Diante da análise desta forma de caminhar da medicina tradicional para a moderna, é possível trazer um entendimento do atual paradigma da medicina e dos desafios da busca da valorização da centralidade do cliente e do modelo de atenção biopsicossocial.

Foucault (2011) descreve as modificações e a evolução da medicina clássica até a formação da medicina moderna. Na medicina das espécies as doenças eram classificadas em espécies, e consideradas entidades sem qualquer ligação com o corpo, em que a doença aconteceria quando uma de suas qualidades apresentasse afinidades com o corpo humano. Já com o surgimento da medicina de classificação das doenças, a prática médica acontecia segundo as características visíveis da doença, baseando-se em uma percepção essencial e ordinal, onde apenas o sentido da visão era utilizado.

O fato do médico ter se aproximado do doente trouxe a utilização de outros órgãos dos sentidos como a visão, o tato e a audição e de toda uma semiologia armada (FOUCAULT, 2011). Assim, permitiu-se à medicina penetrar na profundidade do corpo e descobrir a doença. Segundo Queiroz (1986), até esse momento o modelo denominado "*medicina ao lado da cama*" foi dominante, sendo sua característica principal o fato de que o paciente estar no centro do processo médico, sendo tratado em sua totalidade. Segundo Foucault (2011) ocorre então uma mudança de posicionamento do modelo médico, passando-se ao apogeu da medicina clínica, chamada medicina dos sintomas, em que as doenças eram fenômenos dinâmicos. A soberania do olhar clínico buscava tornar visível tudo o que se encontrava obscuro. A doença apresentava-se ao observador do século XVIII, através de sintomas e signos, onde os sintomas eram a primeira transcrição, a primeira camada de uma verdade totalmente exposta ao olhar. Através deles a doença deixava-se transparecer. O signo, por sua vez, anunciava o que ia se passar, fazendo a anamnese do que se passou e o diagnóstico do

que estava acontecendo no momento. Através do invisível, o signo indicava o que estava mais oculto, mais distante. O sintoma era transformado em signo através da intervenção de uma consciência.

A anatomia patológica se tornou uma ciência com o objetivo de conhecer as alterações visíveis que o estado de doença produzia nos órgãos do corpo humano. Isso fez com que a mudança do saber médico do século XVIII gerasse a percepção de algo atrás do visível, além de descobrir a doença na profundidade do corpo (FOUCAULT, 2011).

Através desta visível invisibilidade houve progresso na observação, fidelidade ao que os dados sensíveis podiam revelar, e com isso um crescente empirismo científico dentro da medicina.

Para Foucault (2011), o que modificou com o surgimento da medicina anátomo-patológica foi à disposição de saber entre o que se deve conhecer e aquilo que é cognoscível. O acesso do olhar médico ao interior do corpo foi o resultado de uma reformulação do saber e não do nível de conhecimento acumulado.

De fato, antes desse período de reformulação os médicos perguntavam ao doente: "*o que há de errado com você*?", passando então a perguntar "*onde dói".* Houve uma reorganização na forma de olhar o doente. A arte de curar indivíduos doentes transforma-se numa disciplina das doenças. O alvo privilegiado da intervenção médica torna-se, cada vez mais, o corpo individual, o que ajuda a constituir o indivíduo moderno, átomo de um corpo mais amplo (AUGUSTO, 1989).

E é exatamente neste momento, em que o poder do médico cresce exponencialmente, que a saúde substitui a salvação da alma (FOUCAULT, 2011). O poder médico alcançado neste período estende-se aos dias atuais e ocupa-se do orgânico devido a essa tradição secular, sendo limitado à prática cotidiana para lidar com o ser biopsicossocial. Pois, ao lidar com o ser biopsicossocial, a medicina moderna não encontra o terreno anátomo e fisiopatológico a que foi exercitado a descobrir (FLORA, 2006).

Com o remodelamento do pensamento médico e com a valorização da atividade clínica, inicia-se a era moderna conhecida como medicina baseada em evidências, em que a prática deve ter como base o exercício do olhar. A atitude do médico foi se cristalizando até chegar ao papel social de um observador neutro, com a atenção voltada para a doença e os seus múltiplos disfarces. Este investigador das pistas é levado a identificar o mal que acomete

o doente, podendo incorrer, às vezes, ao erro de esquecer a pessoa por trás da doença (FLORA, 2006).

Podemos observar que neste paradigma, a relação médico/paciente distanciada. De acordo com Souza (1998), a transformação da medicina em uma ciência empírica aconteceu por simples aproximação progressiva entre o sujeito e o objeto do conhecimento, tornando, assim, seu conhecimento científico.

Enquanto a saúde era definida como ausência de doenças, a formação médica se voltou para o tratamento e prevenção das mesmas. Um importante ordenador desse tipo de formação foi o americano Abraham Flexner que, em 1910, publicou o estudo *Medical Education in the United States* and *Canada – "A Report* to *the Carnegie Foundation for the Advancement* of *Teaching"*, conhecido como Relatório Flexner, que tratava da educação médica. Este relatório exerceu influência nas escolas médicas do Brasil a partir dos anos 50 e gerou profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008). As bases do Relatório eram de que o estudo da medicina era centrado na doença, sendo que as áreas sociais e o coletivo, não eram considerados na educação médica, apresentando-se o hospital como principal instituição de transmissão de conhecimentos. O modelo de Flexner marcou a passagem da medicina para a biomedicina moderna (KEMP; EDLER, 2004), sendo considerado ainda como uma matriz disciplinar e pedagógica de ensino (ALMEIDA FILHO, 2010).

Não há como negar que o Relatório Flexner expressou um arranjo político no qual as expectativas de mudança no sistema educacional consolidado dependiam de sua estrutura de poder e das expectativas de carreira consagradas pela tradição.

> *A base desse modelo foi de tal ideário de ensino que se impôs ao resto do mundo no decorrer do século XX, operando, de um lado, a ideia de que a qualidade da formação em medicina é igual à capacidade de dominar e de aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica e, de outro, em relação à prática médica, propagando o conceito de que ela é proporcional ao tempo de contato que seus agentes tenham tido, e ainda tenham de alguma forma, com laboratórios das ciências biomédicas e com clínicas hospitalares bem equipadas. Esse modelo influenciou a formação médica no Brasil e América Latina e perdeu força a partir da Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, quando ganham força as ideias da Medicina Comunitária, também chamada de Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada etc. Bertrand Dawson fez, em 1920, a crítica do modelo flexneriano, e elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. (HUBNER; FRANCO, 2007p. 3)*

Almeida Filho (2010) apresenta quatro pontos de vista a respeito do Relatório Flexner:

1) Conceitual: Com uma perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no ciclo básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade numa abordagem reducionista do conhecimento.

2) Pedagógico: o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional em saúde.

3) Da prática de saúde: educação superior elitizada, subordinação do ensino à pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais.

4) Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país.

5) Político: implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar. Tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde.

A vigência do Relatório Flexner por mais de 100 anos influenciou a ciência moderna nos currículos das escolas de saúde, o que contribuiu para que, no século XX, a expectativa de vida da população mundial dobrasse. Seu lugar privilegiado foi a universidade, contudo, os novos desafios da saúde colocaram em perigo o modelo flexneriano de ensino das profissões de saúde. A educação profissional flexneriana não é coerente com os desafios atuais porque é fragmentada, voltada para realidades demográfica e epidemiológica passadas e propiciada por currículos estáticos que não formam graduados para superar os problemas contemporâneos (MENDES, 2012).

A separação entre medicina Preventiva e Curativa foi criticada por Dawson - foi autor da primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, ainda na década de 20, contida no denominado Relatório Dawson. Este relatório é identificado como um marco inicial para as redes de atenção à saúde (MENDES, 2007) - uma década após a publicação do

relatório Flexner. Dawson considerava que a formação médica não deveria dar-se apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade (HUBNER; FRANCO, 2007). Para isso, Mendes (2012) preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em níveis desde os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares até os hospitais de ensino. Este autor elaborou a descrição das funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, vindo estas descrições a tornarem-se o texto fundante da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados em bases populacionais, influenciando a organização desses sistemas em vários países do mundo.

Considerando o processo de evolução da medicina, a nova postura da medicina moderna a partir do século XX, e a necessidade de saúde da população houve a necessidade de reintegração da dimensão psicossocial às práticas de saúde, para a construção de um novo modelo em contraposição ao modelo biomédico, com a contribuição de diversas áreas do conhecimento (DE MARCO, 2003).

De Marco (2003) explica que o avanço tecnológico na medicina e o culto às especializações, embora tenham aumentado os recursos diagnósticos e terapêuticos, contribuíram para criar a ilusão de que seria possível "curar doentes", sem o contato mais próximo com a pessoa que adoece. Segundo o autor, outro complicador é o tipo de sociedade em que vivemos, na qual mais valem as aparências, a velocidade e o lucro, do que o cuidado às pessoas.

Considerando o homem como ser biopsicossocial, há que se considerar outros fatores que estão envolvidos nas causas, manifestações, curso e evolução da saúde e das doenças. É necessário que se atente tanto para o desempenho clínico quanto para as habilidades de comunicação. Segundo De Marco (2003), o modelo biomédico trouxe grandes contribuições, mas trouxe também outro grande problema: o que fazer com a psique e a alma.

No Brasil, atualmente, tem-se investido no fortalecimento da medicina centrada na pessoa, com o modelo biopsicossocial, e o trabalho nas habilidades de comunicação, com destaque ainda para a humanização no atendimento dentro do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

No entanto, Mattos (2005) explica que na visão médica predominante, a noção de medicina social parece sem sentido, pois a doença se reduz a uma perspectiva biológica e a

medicina se volta ao indivíduo doente. Para reverter esse quadro é necessário ver a medicina como prática social e também reconhecer os determinantes sociais da doença.

No Brasil, a perspectiva de promover mudança no âmbito do SUS, no modelo assistencial e em suas práticas, tem levado à reformulação e estruturação de novos serviços, sobretudo em investimentos na ESF. As transformações propostas e implementadas incorporam novos significados à figura do sujeito e a intersubjetividade nas ações preventivas e curativas (FAVORETO, 2005).

2.1.2 Marcos da evolução da medicina

As Figuras 1 e 2 apresentam, esquematicamente, a trajetória da história da medicina, uma reconstituição do passado da ciência médica, baseando-se nos trabalhos de Diniz (2006), Nedy *et al.* (2005) e Foucault (2011). O objetivo configura-se em apontar, resumidamente, os principais marcos de evolução, trilhando da medicina clássica à moderna.

Na Grécia, a medicina estava ligada à mitologia e à filosofia e baseava-se na busca de uma causa natural das origens. Aristóteles desenvolvia o pensamento da doutrina dos quatro elementos e a medicina tinha um caráter empírico racional (NEDY *et al*., 2005).

A medicina de Galeno e Hipócrates influenciou a escola de medicina da idade média, e o ensino médico consistia no estudo e recitação dos textos hipocráticos e galênicos, e não necessariamente eram associados ao ensino prático supervisionado da profissão. A prática na medicina veio com o estudo da anatomia patológica, com Morgagni e Virchow, da microbiologia, com Koch e Pasteur, e da fisiologia, com Claude Bernard. O estudo da medicina se modificou para incorporar também os conhecimentos oriundos destas áreas básicas no intuito de embasar a prática (NEDY *et al*., 2005).

Segundo Diniz (2006), o século XVIII teve a medicina como agente político-econômico, por ser instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho. Já no século XX, com a mudança de paradigma do modelo da medicina, esta passa a produzir riquezas à medida que cresce o poder do médico e a centralidade na doença e especialização.

Com o nascimento da medicina moderna e o surgimento do método científico empírico e da medicina anatomopatológica, houve uma reorganização do doente em um espaço coletivo e homogêneo (FOUCAULT, 1993).

Deve-se ainda destacar a elaboração do Relatório Flexner e a sua influência no processo de formação em medicina, como discutido anteriormente. O modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional (NEDY *et al.*, 2005).

Diante da grande especialização da medicina, a partir da Segunda Guerra Mundial, configura-se o modelo biopsicossocial, conhecido como etapa científico social da medicina (DINIZ, 2006). No Cenário mundial ganham ênfase a educação e a prática médica, surgindo duas novas abordagens nesta área, uma voltada para a clínica, a Medicina Baseada em Evidências e outra para o campo pedagógico, a Aprendizagem Baseada em Problemas (NEDY *et al.*, 2005).

A formação do paradigma atual está voltada para a medicina centrada na pessoa e na comunidade, como proposta para uma transformação do método clínico. Esse modelo está assegurado em dois componentes principais: um que se refere ao cuidado da pessoa, com a identificação de suas ideais e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas; e o outro que se relaciona com a identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Figura 1: Resumo da evolução da medicina clássica até meados do século XVIII, com ênfase na discussão de Nedy *et. al.*, (2005), Diniz (2006).

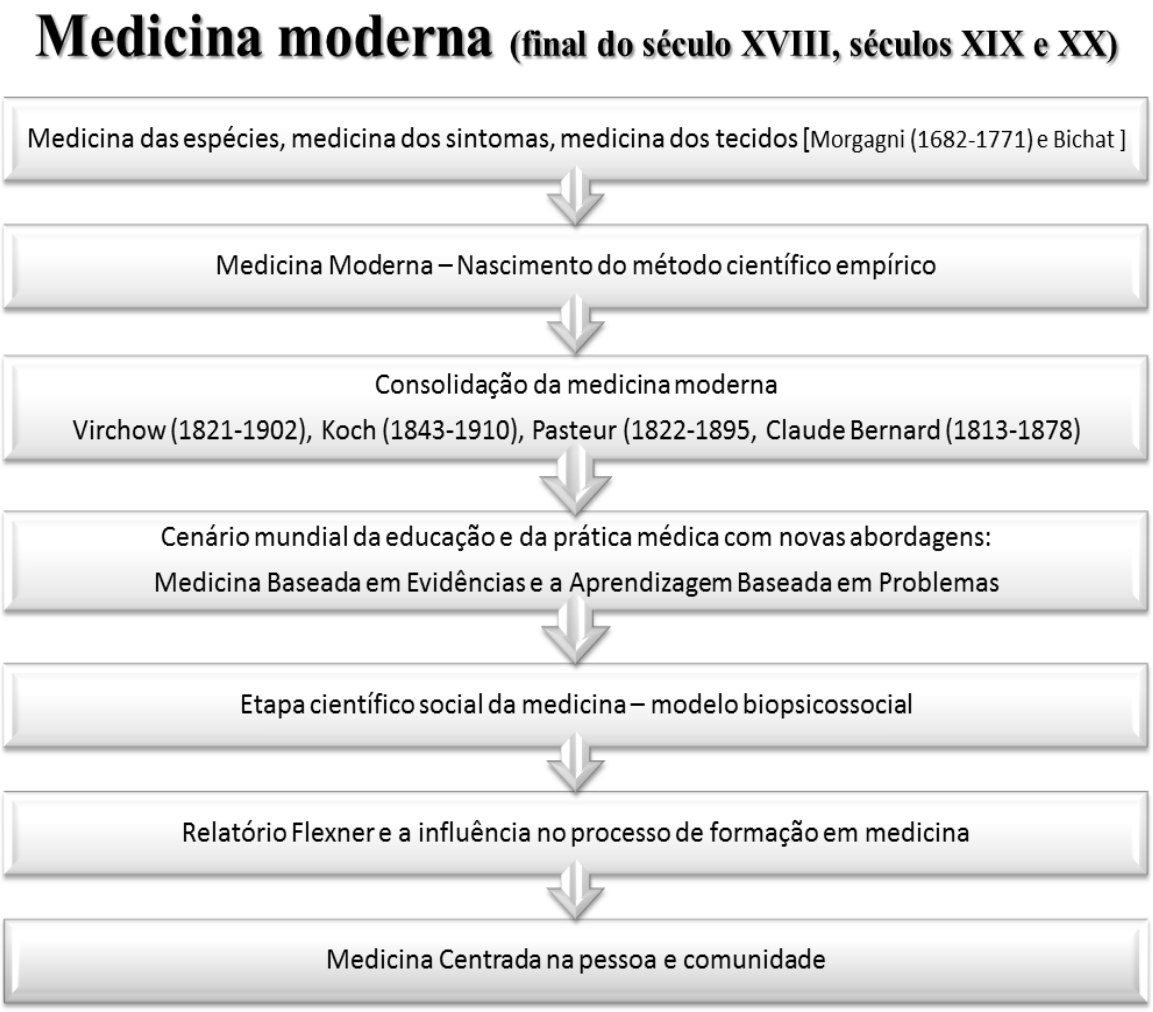


Figura 2: Resumo da evolução da medicina clássica no final do século XVIII, século XIX e século XX, segundo Nedy *et. al.*, (2005), Diniz (2006) e Foucault (2011).

Sendo assim, ao analisar a evolução paradigmática da medicina, observa-se uma tendência de especialização em virtude do grande volume de conhecimento acumulado. Ocorre com isso uma relação de produção de saber, propiciando também uma tática de poder dentro do serviço de saúde. A medicina moderna privilegia ainda um ponto de objetividade em contramão à subjetividade que permeia todo o pensamento complexo da atualidade.

Durante a Idade Média tratava-se a doença como expressão de alteração global do organismo em interação com o meio físico e social. Essa integração não evoluiu tanto no século XVIII, quando se estabeleceu um método para se pensar no corpo humano como máquina. Essa ruptura entre saúde e medicina já anunciada pelos tempos culminou no paradigma da biomedicina.

Apesar do modelo biomédico trazer o diagnóstico da doença para além da pessoa, ele trouxe consigo avanços para a ciência médica e, ao mesmo tempo, mostrou-se compatível com o momento capitalista da atualidade. Ainda assim, fazendo pensar na retomada da articulação da saúde-homem-comunidade e buscar novamente, o modelo em que o traço individual possa buscar o mundo social – o modelo biopsicossocial.

2.2 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

> *A filosofia do PSF exige uma forte profissionalização das equipes de trabalho. Os profissionais devem ter dedicação integral e, por isso, ao optarem por trabalhar no PSF, mais que uma escolha de trabalho, fazem uma opção de vida (MENDES, 2011, p.100).*

A racionalidade biomédica, que subsidiou a trajetória da medicina nos últimos dois séculos, enfatizou um mecanicismo biológico, com o reducionismo do processo de adoecer, opondo-se às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e integralidade (FAVORETO, 2005).

A busca por um modelo ideal de atenção à saúde é incessante. Nas últimas décadas surgiram diferentes projetos de reforma em saúde nos países ocidentais, sendo que estes apresentaram a educação médica como um dos seus pilares. E a Medicina de Família apresentou-se nos anos setenta como mais um projeto de reforma da prática médica.

A Medicina de Família começou nos Estados Unidos (EUA) nos anos 60 e foi posteriormente reconhecida como especialidade neste país, expandindo-se nos anos 70 para outros países. Ela apresentou-se como uma resposta contra o especialismo e ao aumento de demanda por serviços especializados (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

A Medicina de Família e Comunidade é também uma especialidade médica, mas que possui como foco a integralidade e centralidade na APS, que deve ser de fácil acesso e cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário (ANDERSON; GUSSO, CASTRO-FILHO, 2005).

Assim, com a crise do modelo de atenção à saúde curativista, individual e hospitalocêntrico, as experiências internacionais têm optado por atender e dar respostas aos princípios que dizem respeito ao acesso, eficácia, eficiência na qualidade da atenção à saúde e modelos de APS centrados na família (FARAH, 2006). A busca deste novo modelo assistencial decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, consequentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse cenário, a APS assume papel importante como estratégia de desenvolvimento de sistemas de saúde a partir da realização da Conferência de Alma-Ata, Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1978 (GONÇALVES *et al.* 2009; MINAYO, 2002). A APS, como serviço de primeiro contato da população, direciona-se a

cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007).

A Declaração de Alma Ata de 1978 traz o conceito ligado aos cuidados primários e APS como:

> *Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas e ao alcance de todos os membros da comunidade, mediante a plena participação da população a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento. A atenção primária deve fazer parte do sistema de saúde (do qual constitui o núcleo central) e do desenvolvimento global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde. Leva os cuidados de saúde ao local onde residem e trabalham as pessoas. A atenção primária é o primeiro elo de um processo contínuo de cuidados à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).*

A criação do SUS no Brasil e a adoção da APS representaram um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica mudança do modelo de atenção (GIL, 2006).

Segundo Mendes (2012), modelo de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde. Esse modelo articula as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

Quanto às Redes de Atenção à Saúde, Mendes (2011) conceitua como:

> *... organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).*

Mendes (2010) descreve a constituição das redes de atenção à saúde por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A atenção à saúde baseada na população é uma característica essencial das redes de atenção à saúde. A população de responsabilidade destas redes vive em territórios sanitários singulares, está organizada em famílias e é categorizada e registrada em grupos de acordo com os riscos sociossanitários.

A estrutura operacional representa o segundo elemento que integra as redes de atenção à saúde, sendo constituída pelos nós das redes, também chamados pontos de atenção, e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes pontos.

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, conceituados anteriormente.

Mendes (2010) apontou a necessidade de se mudar os sistemas de atenção à saúde para que se possa responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, o que levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Atualmente discute-se no Brasil os modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas, considerando o perfil demográfico e epidemiológico da população.

Para Mendes (2010), a discussão da proposta do modelo de atenção deve ser pautada nas reais necessidades da população. E diante da fragmentação do sistema público brasileiro de saúde propõe como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articula os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica e a implantação das redes. Tanto no campo conceitual quanto no âmbito da legislação no Brasil, o tema das redes de atenção à saúde ainda é bastante recente e não há experiências em escala, e poucas avaliações neste campo.

Para Mendes (2012), uma APS, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: I) a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; II) a função ordenadora de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; III) a função de responsabilização das equipes de saúde de cuidado primário, pela saúde da população usuária que está adscrita nas redes de atenção à saúde.

Esse nível de atenção à saúde envolve distintas interpretações, com duas concepções: cuidados ambulatoriais na porta de entrada, entendida como o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde e como políticas de reorganização do modelo assistencial (GIOVANELLA, 2011).

No Brasil, a APS foi caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O conceito firmado pela Comissão de Avaliação da Atenção Básica, ainda contempla outros pontos em nível de atenção e complexidade da assistência prestada.

> *Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. (BRASIL, 2003 p.7.)*

Os princípios e diretrizes da APS[1] são a territorialização e responsabilização sanitária, adscrição dos usuários e vínculo, acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial, cuidado longitudinal, ordenação da rede de atenção à saúde, gestão do cuidado integral em rede, trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2002).

Starfield (2002) sistematizou o conceito de APS através da definição dos atributos essenciais e derivados, como primeiro nível de atenção, caracterizado pela longitudinalidade e integralidade, além da coordenação da rede de saúde, da atenção centrada na família, da orientação comunitária de ações e da competência cultural dos profissionais. Estudos internacionais apontam que esses atributos são relacionados com equidade e efetividade, no entanto essa relação não pode ser generalizada para populações vulneráveis (OLIVEIRA, 2007).

Em 1991 é criado no Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde. Este se apresentou como estratégia de aprimoramento e consolidação do SUS e ainda atualmente é entendido como estratégia transitória para a ESF (BRASIL, 2001). O PACS visa contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo na educação em saúde, e com foco em problemas de saúde materno-infantil. Neste Programa, o

1. Atenção Básica tem sido uma denominação adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, para designar uma abordagem, que corresponderia ao que se tem chamado, na literatura internacional, de APS de saúde. Esta elaboração conceitual, no nosso país, no âmbito do SUS, está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção, concepção esta que compreende a APS como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 2003 p.7). Para efeito deste estudo, ora utilizaremos o termo APS ora Atenção Básica.

agente comunitário de saúde atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (LEVY *et al.*, 2004).

O PSF teve início em 1994, a partir da criação do PACS, com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2000).

O PSF foi implantado como forma de organizar a APS (BRASIL, 2005, CAMPOS; MALIK, 2008, CARNEIRO JÚNIOR; JESUS, CREVELIM, 2010) e consolidar o SUS. Mas, foi somente em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) é que apareceram as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, destacando o PSF como opção e inaugurando uma nova fase na organização dos serviços municipais (GIL, 2006). Segundo Escorel *et al.* (2007), a implantação do PSF pode ser considerada um marco na incorporação da estratégia de APS na política de saúde brasileira. A implantação da ESF foi baseada em experiências internacionais com mudanças no atendimento ambulatorial, com enfoque no atendimento universal, continuado, integral e na comunidade (OLIVEIRA, 2007). No entanto, a definição do marco legal de uma política pública em saúde não garante necessariamente a sua real aplicação (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Segundo Giovanella *et al.* (2009), o PSF foi implantado para a extensão de cobertura e teve como foco as áreas de maior risco social. No entanto, o Programa foi adquirindo centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS. Assim, a partir de 1999, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a ESF, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL *et al.*, 2007).

Farah (2006), ao fazer análise de documentos do Ministério da Saúde, aponta uma evolução da proposta inicial do Programa Saúde da Família, que deixou de ser uma proposta ideológica, no plano discursivo, e passou a agregar componentes definidores como proposta política ao incorporar aspectos do financiamento e de incentivos próprios, repassados fundo a fundo, ocasionando a implantação em vários municípios.

A ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser

atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Além disso, a orientação familiar pode contribuir para a prestação de bons serviços de saúde, pois o conhecimento da família oferece o contexto para a avaliação de problemas. Auxiliar, ainda, a isolar diagnósticos possíveis e importantes na decisão de numa intervenção apropriada, pois as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias (STARFIELD, 2002).

Neste novo modelo de saúde da família cabe ao médico, junto aos demais membros da equipe de saúde (enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem) desenvolver ações de assistência e educação, em níveis individuais, coletivos, e comunitários, participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2002), além de desenvolver ações de prevenção de agravos, promoção e reabilitação de saúde (FERNANDES, 2009)

Para Starfield (2002) a atenção médica eficaz não está ligada somente ao tratamento da enfermidade em si. É necessário considerar o contexto no qual a pessoa vive, porque raramente as enfermidades existem em formas isoladas, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência, mas um profissional de APS deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo.

Apesar de não existir consenso sobre a existência de uma mudança no paradigma assistencial no campo da saúde, estes novos cenários e papéis da ESF e dos médicos de família, têm proporcionado o surgimento de novas questões e resinificados na relação do saber biomédico e a abordagem mais ampliada do processo saúde-doença-cuidado (FAVORETO, 2005).

Acompanhando o avanço da ESF, em 2006, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Básica, com o objetivo de revitalizar a APS no Brasil (BRASIL, 2006). Essa reestruturação deveria atender aos princípios propostos na Constituição Brasileira de 1988, garantindo atendimento universal, equânime e integral a todos. A APS seria o ponto de partida da organização em rede de atenção à saúde, como suporte para os profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção. É necessário, no entanto, que a ESF seja modelo de reorganização da APS e não somente extensão de cobertura populacional, como afirma Silva

Vasconcelos; Matos Filho (2010), para que possa coordenar essa rede de atenção à saúde e ser porta de entrada para o serviço de saúde (BRASIL, 2005).

Os princípios organizativos do SUS de descentralização e municipalização foram tratados como forma de superar a fragmentação da Política e Programas de Saúde, organizando uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, com qualidade da gestão. Frente a isso, foi lançado em 2006 o Pacto pela Saúde[2] em suas três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, com responsabilidades nas três esferas de governo. Destaca-se que uma das prioridades do Pacto Pela Vida é o fortalecimento da APS através da consolidação, ampliação e qualificação da ESF, garantindo infraestrutura, financiamento, avaliação e monitoramento neste nível de atenção (BRASIL, 2006). Podemos observar que com o surgimento do Pacto Pela Saúde[2] , houve um ganho no fortalecimento da APS.

Para atender à demanda e melhorar a qualidade do trabalho da ESF, em 2011 a Portaria Nº 1.654, de 19/07/2011 do Gabinete Ministerial e Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem por finalidade induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além de estimular as Equipes de Atenção Básica, a ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2011a).

O PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2011a).

Ainda neste contexto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 2.488, de 21 de

2. Pacto Pela Saúde - Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.
Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos (BRASIL, 2006a).

outubro 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o PACS (BRASIL, 2011b).

Mendes (2002), aponta grandes desafios para a implementação e consolidação da ESF e, para o estabelecimento da política de APS no Brasil. São estes os desafios:

- O desafio ideológico, que consiste em passar da concepção do sistema piramidal de atenção, na qual a APS assume a base da pirâmide, para um sistema de redes de atenção em que a APS assumiria o centro da rede e seria a coordenadora e ordenadora desta.
- Sob o ponto de vista econômico, o desafio é o baixo investimento sanitário.
- A transformação de um sistema de saúde segmentado para um sistema universal representa outro desafio.

Para Almeida; Giovanella (2008), outro fator que dificulta, particularmente em relação à ESF, é que há poucos estudos que detalham os resultados da proposta da ESF, sendo que muitas das pesquisas avaliativas no Brasil ainda são restritas à implementação e organização da estratégia no sistema de saúde.

Torna-se assim necessária a utilização de processos avaliativos deste sistema, pois estes contribuem para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema (FERNANDES, 2009).

2.3 A Educação Permanente: contribuição para a saúde integral

> *Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO et. al, 2007, p.335).*

A Educação Permanente para os profissionais da área de saúde tem sido uma estratégia amplamente discutida e recomendada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para a viabilização dos processos educativos em serviço. A proposta da ESF trouxe o desafio de capacitação dos profissionais da área da saúde (FARAH, 2006).

Para o Ministério da Saúde, a Educação Permanente tem um conceito pedagógico no setor da saúde, efetuando relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente destina-se a refletir sobre o processo educativo, considerando as necessidades de saúde dos usuários e da população (CECCIM, 2005). Diante disso, há de se considerar a educação e o trabalho como práticas sociais que se articulam (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A busca do conhecimento e dos modos de emancipação de qualquer perspectiva, teórica ou prática, pode ser relacionada ao papel da educação no contexto do trabalho, pois constitui espaços para reflexão, emprego da criatividade e inovação para reconfigurar as práticas de saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A Educação Permanente baseia-se na aprendizagem significativa, havendo possibilidade de transformação da prática profissional, pois perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores sobre o trabalho que realizam (BRASIL, 2005).

O modelo de atenção à saúde adotado no Brasil busca como finalidade o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, através da articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos (PEDROSA; TELES 2001). Para tanto, o Ministério da Saúde elegeu a Educação Permanente como um importante instrumento a ser implementado para a consolidação do SUS (BRASIL, 2005).

A Educação Permanente se apresenta como uma forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade. A Educação Permanente vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Nesse sentido, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas (SILVA; VASCONCELOS; MATOS FILHO, 2010).

Embora a concepção flexneriana ainda esteja presente na formação e atuação do médico, atualmente busca-se a integralidade no cuidado para atender ao modelo de atenção adotado na APS. Para tanto, estão acontecendo reformulações curriculares no ensino e iniciativas de mudanças nas políticas públicas no campo da saúde e atuação em Educação Permanente.

O modelo de integralidade enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da APS, com forte interação com os serviços de saúde e com a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, analisando de forma crítica e ampla a tecnologia e o custo-benefício da sua aplicação na saúde (ABDALLA *et al.,* 2009). Numa abordagem para avaliar a APS listando seus atributos acessibilidade, coordenação, continuidade, responsabilidade e integralidade, apenas a integralidade foi definida como capacidade da equipe de APS em lidar com os problemas emergentes na população a qual serve (STARFIELD, 2002).

Camargo Júnior (2003), quando trata da definição de integralidade[3], aponta que o maior desafio seria encontrar o caminho do meio, entre a grande medicalização que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumaniza.

No entanto, quando apontamos a integralidade na atenção à saúde, devemos esclarecer de que *"Integralidade"* estamos falando. Para Camargo Junior (2003), a integralidade é uma

3. Discutiremos a integralidade não como a preocupação da totalidade do Cuidado, pois como descrito por Camargo Junior (2003) deve-se perguntar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A integralidade tratada pela totalidade remete a um risco de perda de autonomia, o que é contrária à discussão da Educação Permanente como forma de contribuir para a integralidade. Esta será considerada neste trabalho como um ideal regulador, um devir.

palavra que não pode ser tratada como conceito, sendo esta uma rubrica para um conjunto de tendências cognitivas e políticas.

Para Mattos (2004), há três grandes grupos de sentidos relacionados para a integralidade: atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática no âmbito do SUS; atributos da organização dos serviços; respostas governamentais aos problemas de saúde.

De todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente é o da integralidade o menos visível. Acredita-se que um dos fatores propulsores da integralidade esteja na busca de transformações no processo de formação de profissionais e Educação Permanente (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Da mesma forma admite-se que a integralidade é o princípio que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema, tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005).

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que todo um conjunto de valores éticos e morais assumem importância (ARAÚJO *et al.*, 2007). A Educação Permanente deverá garantir a sequência desse aprendizado de competências e habilidades.

No entanto, para atingir a integralidade da atenção é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais, contribuindo para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO *et al*., 2007).

Frente a este novo cenário, o Ministério da Saúde em 2004 criou a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde pela publicação da Portaria Nº 198 de13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Em 2007, o Ministério da Saúde define novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-as às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2007).

A Política de Educação Permanente deve atingir o centro das prioridades dos serviços de saúde para que se rompa com os paradigmas predominantes da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência (SILVA; VASCONCELOS;

MATOS FILHO, 2010). A Política Nacional de Educação Permanente representou um esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas para a saúde coletiva do Brasil, tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, o que supera a política de capacitação e atualização de recursos humanos (CECCIM, 2005) e com isso garantindo a qualidade e integralidade no atendimento.

As Diretrizes Curriculares Nacionais no artigo 3º apontam a necessidade de formação do médico voltado para a integralidade:

> *Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).*

A visão mecanicista e reducionista do mundo e da vida, decorrente do paradigma cartesiano-newtoniano, que se tornou a base natural da ciência no período moderno, começou a perder a sua influência como teoria que fundamenta, prioritariamente, a ocorrência dos fenômenos naturais. Assim, começa a ter espaço o pensamento complexo e todas as suas concepções ancoradas em pressupostos diferentes dos até então ditados pelo modelo mecanicista (TERRA *et al.*, 2006).

A prática de aplicação do pensamento complexo se torna ainda mais importante no contexto da integralidade, quando a complexidade fica ainda maior em situações concretas. Nestas situações, a presença dos saberes tradicionais das culturas ligadas ao processo saúde, doença, qualidade, cuidado pertencem às lógicas diferentes do modelo racional científico (CECCIM, 2005).

2.4 O Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família – PEP

> *Todo processo da Educação Permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações. Para problematizar, é importante a disseminação da capacidade pedagógica entre os trabalhadores da saúde, entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde e formadores, abrigando representantes do controle social em saúde (MERHY, 2005).*

Souza (1998) aponta o surgimento de um discurso sobre a clínica, que pretende fazer uma ciência da arte médica ao estabelecer uma racionalidade a partir da articulação dos conhecimentos clínico e epidemiológico sobre as doenças.

Desde a passagem da medicina clássica para a medicina moderna, o indivíduo foi retirado do processo de visibilidade da doença, considerando que qualquer manifestação deste atrapalharia o curso da compreensão da doença. Com o uso de técnicas de tato, visão e audição desenvolvidas neste período foi criada a possibilidade de constituição do indivíduo como objeto descritível e analisável (FOUCAULT, 2011).

O saber é, portanto, um domínio onde o sujeito é necessariamente situado e dependente e, nesse sentido, o saber da medicina clínica define para o sujeito do discurso médico o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão (FOUCAULT, 2011).

No Brasil, com a proposta de mudança do modelo assistencial tendo como ênfase a APS e a ESF, houve uma valorização e ressignificação do papel do usuário junto ao sistema de saúde. Este não é visto apenas como diagnóstico clínico, mas também para o entendimento do processo saúde doença e para intervenção para os determinantes de saúde. Diante deste novo cenário, são necessários profissionais com capacidade para além da prática de cura, mas que sejam engajados no cumprimento das diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2007).

Favoreto (2009) faz referência ao modelo assistencial adotado no Brasil, em que o médico é inserido em unidades de saúde da família. Este modelo seria capaz de aproximar os profissionais dos contextos sociais, culturais e afetivos dos usuários do serviço de saúde, possibilitando uma proximidade com todos os aspectos relacionados ao processo de adoecer, o que implica em uma construção maior de vínculo e diálogo entre os serviços e seus usuários.

A APS, apesar de parecer um serviço simples, usando poucos equipamentos, apresenta uma complexidade na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais. Isto reflete na atuação do profissional médico, que precisa, a partir dessa nova concepção, desenvolver uma abordagem adequada e efetiva de transformação nesse nível de atendimento, uma sofisticada síntese de saberes e complexa interação de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ABDALLA *et al.,* 2009).

É fato que o conhecimento se deteriora com o tempo e que para ser um bom médico é necessário aguçar seus atributos humanos, mais do que seus conhecimentos técnicos. O médico deve ser capaz de perceber as inquietações de cada pessoa, de adaptar-se aos contextos variados e deve, após a formação profissional, manter a Educação Permanente, que é o instrumento que lhe fará crescer continuamente no seu trabalho (BLANK, 2006).

Nesta perspectiva de adoção de novas práticas de saúde, o Estado de Minas Gerais adota a Educação Permanente em Saúde, criando em 2005 o Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP), *como forma de intervir na educação dos profissionais médicos, lidando assim com a grande heterogeneidade de competências e a educação permanente dos médicos da ESF* (SILVÉRIO, 2008).

Segundo Mendes (2012), os profissionais de saúde devem estar engajados em processos de Educação Permanente para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam a mudança dos comportamentos desses profissionais.

O PEP foi implantado na RASJ em outubro de 2010, com ação descentralizada e parcerias estratégicas da SES/MG com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC), gestores municipais de saúde e médicos das Equipes da ESF (MINAS GERAIS, 2012).

Participam do PEP os médicos da ESF de 29 municípios que integram a RASJ. Todos os municípios assinaram o Termo de Compromisso do Programa Saúde em Casa[4] que prevê

4. Programa Saúde em Casa - O Saúde em Casa foi lançado em abril de 2005 pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com o objetivo de ampliar e fortalecer a Estratégia Saúde da Família estruturado a partir de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Por meio do Saúde em Casa, o governo de Minas Gerais destina recursos aos municípios onde as equipes da ESF atuam. A prioridade do Saúde em Casa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças e o PSF é um importante aliado na concretização das metas estabelecidas pelo governo do Estado para garantir mais saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. As principais metas são a redução do número de internações hospitalares, a redução da mortalidade materna e infantil e a cobertura vacinal de 95% da população infantil. (MINAS GERAIS, 2005).

no artigo 3º, inciso VII a liberação dos profissionais do município para a participação em ações de Educação Permanente.

> *Cláusula terceira – Termo de compromisso – das obrigações do município: inciso VII "liberar os profissionais para participar das capacitações e Educação Permanente, promovida pelo Saúde em Casa, dentro de seu horário de trabalho sem prejuízo da prestação de serviços à população." (Anexo único da Resolução 1935 de 08/07/2009).*

Em abril de 2012 foi publicada a Resolução SES Nº 3.229, que dispõe sobre as normas gerais do PEP. Esta, em seu artigo primeiro, parágrafo único, descreve o PEP como:

> *[..]. uma ação educacional promovida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/SES/MG para lidar com a heterogeneidade de competências clínicas e a Educação Permanente dos médicos das equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF do Estado, estando inserido no rol de ações do Programa Saúde em Casa (MINAS GERAIS, 2012).*

Os objetivos do PEP estão ligados à melhoria de qualidade da APS, em que o médico, trabalhando com o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), melhorando as habilidades de comunicação e habilidades clínicas, tem condição de melhorar sua performance clínica e promover estímulo ao autocuidado da pessoa. O PEP pode ainda gerar uma uniformidade de ações entre profissionais. Para Mendes (2012), decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam ser discutidas com os usuários, de forma que estes possam compreender melhor a atenção à saúde prestada.

Os objetivos do PEP, descritos na Resolução SES/MG Nº 3229/2012, (MINAS GERAIS, 2012) são:

- Induzir uma cultura de mudança e renovação da prática profissional com melhora na performance clínica[5];
- Aumentar a resolubilidade das equipes da ESF;
- Promover o uso racional dos recursos propedêuticos e terapêuticos e planos de cuidados baseados em evidências científicas;
- Diminuir a variabilidade de condutas para um mesmo problema;

5. Performance clínica: desempenho clínico ou competência clínica é um conjunto de conhecimentos, habilidades técnicas e de comunicação, empatia, propedêutica e raciocínio clínico (EPSTEIN *et al*., (2002) apud AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, (2007);

- Romper o isolamento profissional dos médicos das equipes da ESF;
- Elevar a autoestima profissional dos médicos da ESF;
- Contribuir para redução da rotatividade dos médicos da ESF;
- Criar um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional aplicável a outras categorias profissionais de saúde e a outros contextos de trabalho.

Para o acompanhamento do Programa, a SES/MG utiliza-se de metas físicas como o número de médicos existentes, o histórico de frequência destes profissionais, a execução e a disponibilidade financeira (MINAS GERAIS, 2012).

O Programa está estruturado nos Grupos de Aperfeiçoamento Profissional. Os GAPs são grupos de estrutura fixa, formados por oito a 12 médicos da ESF que trabalham numa mesma região de saúde e que conduz o processo continuado de autoaprendizagem individual e coletiva. Os GAPS devem ser capazes de identificar as necessidades dos profissionais para melhoria do desempenho clínico, utilizando dos recursos educacionais disponibilizados pelo PEP. Essa estratégia educacional busca estabelecer uma cooperação contínua entre os médicos da região, voltado para o aperfeiçoamento da prática profissional (SILVÉRIO, 2007).

A RASJ possui atualmente 10 GAPS em funcionamento distribuídos nos municípios-sede de Araçuaí, Capelinha, Diamantina, Gouveia, Itamarandiba, Minas Novas, Serro, Turmalina, Virgem da Lapa, sendo que o município de Diamantina possui dois GAPs.

As diretrizes das atividades desenvolvidas nestes grupos buscam trabalhar com intervenções multifacetadas, aprendizagem colaborativa, vinculando novos conhecimentos e contemplando comportamentos, atitudes e conhecimentos científicos factuais. As atividades ainda orientam-se por recomendações baseadas em evidências e ênfase nas habilidades de comunicação médico-paciente, utilizando dados da realidade da prática profissional. As diretrizes norteiam para a qualidade da atenção, com estímulo ao hábito da aprendizagem autodirigida de longo prazo, ao hábito de avaliação da prática profissional e de mensuração de desfechos, estimulando o compartilhamento de conhecimentos com a Equipe de Saúde, favorecendo a integralidade do cuidado (MINAS GERAIS, 2012).

Para Silva; Rebelo (2006) a aprendizagem é um processo multifacetado, que depende de variáveis contextuais que influenciam a maneira como as pessoas vêm o mundo e atribuem significados a determinados eventos. Por esse motivo há a necessidade da aprendizagem das pessoas a partir de suas experiências.

Segundo Silvério (2007), os GAPs devem seguir quatro linhas educacionais interdependentes e que se complementam para conduzir o processo de aprendizagem. As linhas educacionais são o Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), o ensino de Habilidades Clínicas e os Módulos de Capacitação.

O CAPP é o método que utiliza a revisão entre pares que, segundo Grol e Lawrence (1995) apud Silvério (2008), pode induzir a mudanças e melhoria na prática clínica. Este modelo é a oposição às abordagens tradicionais na educação, pois pode modificar a prática dos profissionais a partir do momento em que eles devem construir o conhecimento novo e não apenas receber conhecimentos prontos. Para o desenvolvimento dos CAPP, deve-se cumprir as fases de escolha do tópico a ser estudado pelo grupo, a determinação do padrão a ser alcançado, a avaliação do atual padrão de performance e competências para atingir o padrão desejado, as atividades educacionais, as mudanças a serem desenvolvidas, o processo de monitoração e a verificação do desfecho atingido (SILVÉRIO, 2007).

O PDP é descrito por Silvério (2007) como um *instrumento utilizado para estimular a autoaprendizagem contínua e identificar áreas de necessidade de desenvolvimento individual, colocando o médico no controle de seu próprio crescimento profissional*. A elaboração do PDP é feita de forma individual, porém com a ajuda do supervisor do grupo, constituindo-se em uma possiblidade do profissional preencher suas necessidades individuais de aprendizagem. Para a construção do PDP é necessário identificar a necessidade de aprendizagem do médico, definir a estratégia de aprendizagem, especificar um cronograma, definir os recursos necessários para o desenvolvimento das atividades do PDP, explicitar as metas educacionais desejadas e por fim realizar a evidência de aprendizagem do tópico.

Para as habilidades clínicas, o Programa trabalha com a proposta de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências clínicas para os profissionais em serviços ambulatoriais (SILVÉRIO, 2007).

Os módulos de capacitação são blocos temáticos definidos a partir de prioridades estabelecidas pelos gestores de saúde e pelos médicos (SILVÉRIO, 2007).

Essas estratégias educacionais utilizadas no PEP focam na aprendizagem a partir da experiência, metacognição, prática reflexiva e expertise em APS (SILVÉRIO, 2008). Metacognição é a atividade mental por meio da qual outros processos mentais se tornam alvo de reflexão. Neste processo, o indivíduo torna- se um espectador de seus próprios modos de

pensar e das estratégias que emprega para resolver problemas, buscando identificar como aprimorá-los (DAVIS; NUNES; NUNES, 2005).

O PEP utiliza a consulta médica centrada na pessoa como o centro gravitacional do ciclo, com o objetivo de promover a aprendizagem integrada das diversas competências clínicas. *Em torno da consulta médica devem girar todos os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos, bem como o conjunto dos processos de melhoria da qualidade da APS* (SILVÉRIO, 2008). Para Silvério (2007), a consulta é a unidade do processo de trabalho do médico na qual convergem todas as competências clínicas, o que possibilita abordagem integrada de conhecimentos, sendo que o encontro entre médico e paciente na consulta deve ser uma expressão integrada de competências profissionais (cognitivas, habilidades em exame físico, solução de problemas e de comunicação médico paciente).

O PEP utiliza-se do MCCP, que é uma oposição ao termo medicina centrada na doença. Para a utilização deste método é necessário que ocorra mudança de mentalidade do médico abandonando a ideia de hierarquia, onde o médico está no comando e a pessoa se apresenta como sujeito passivo do processo (BROWN *et al.* 2010).

> *Para ser centrado na pessoa o médico precisa ser capaz de dar o poder a ela, compartilhar o poder no relacionamento, e isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos do profissional. Este é o imperialismo moral da prática centrada na pessoa (BROWN, et al., 2010 p. 23).*

Com o uso MCCP, passou-se a utilizar, principalmente na APS, o termo pessoa em substituição ao termo paciente (BROWN *et al.*, 2010). Neste trabalho, buscou-se utilizar o termo pessoa para denominação de paciente, no entanto, em momentos foram utilizados os termos paciente e usuário onde as formas semânticas se mostraram mais apropriadas.

2.4.1 A necessidade de Educação Permanente para o modelo de atenção vigente

Souza; Roschke (2003) descrevem uma modalidade de educação que propõe a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, a mudança das estratégias pedagógicas, ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde está ligada a uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Diante do modelo de atenção à Saúde vigente, criou-se a demanda de um profissional que atenda ao sistema proposto, visando a promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação, com foco nos princípios e diretrizes do SUS . E o PEP vem ao encontro a essa realidade, somando esforços para garantir a qualidade de assistência ligada à prática profissional.

Amoretti (2005) traçou o perfil predominante do profissional médico da segunda metade do século XX, pessoas induzidas pelas necessidades de uso das tecnologias, apresentando suas características gerais. Ao analisar esse estudo, pode-se destacar elementos negativos ou deficientes na formação médica. O quadro consolidado a seguir (Quadro 01) relaciona o perfil profissional formado na segunda metade do século 20, os elementos negativos ou deficientes da sua formação e o perfil a ser formado para atendimento às demandas do SUS.

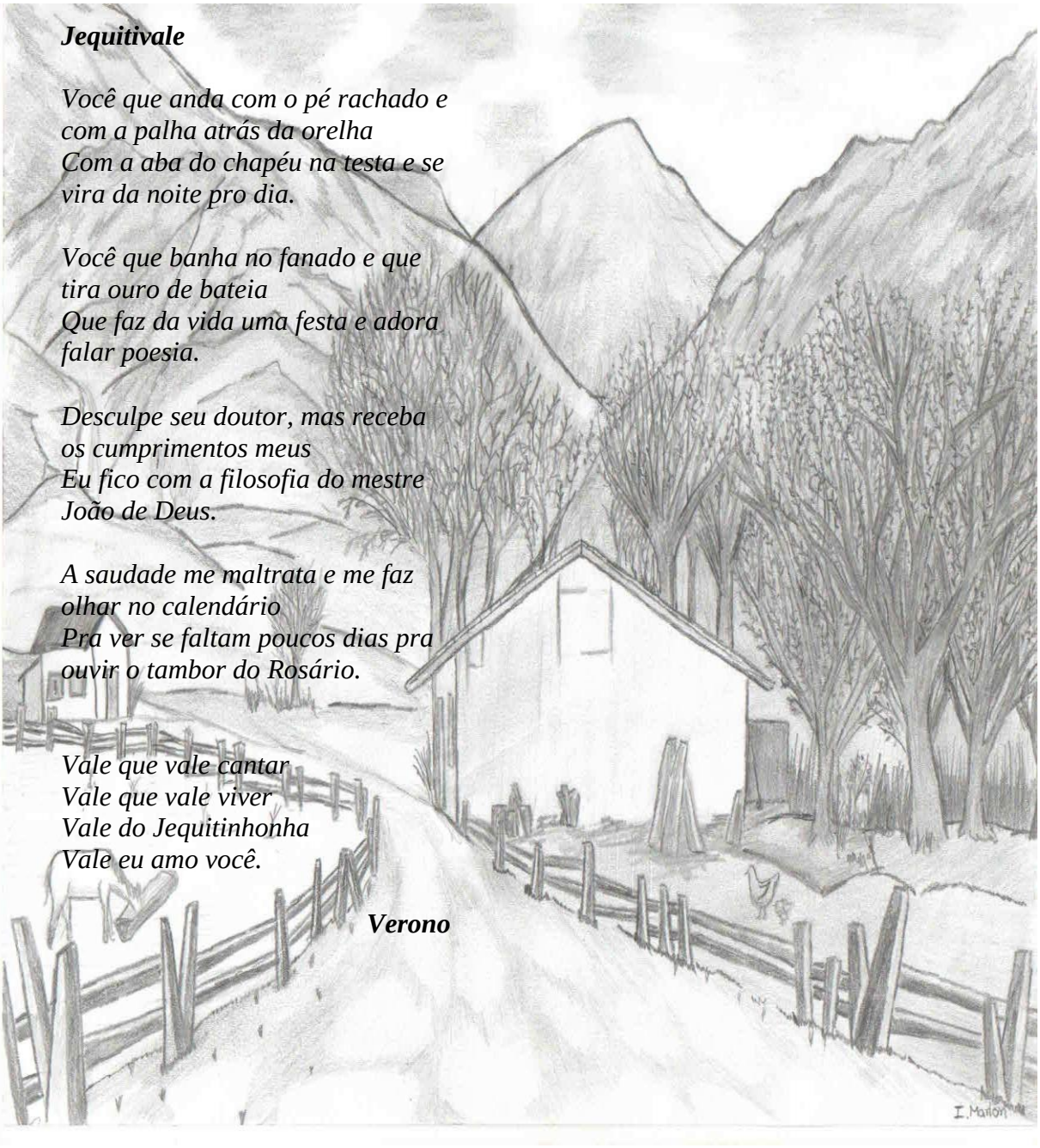
55

Quadro 01 – Comparativo entre o perfil do profissional formado no século XX com a demanda do modelo assistencial atual no Brasil.

Perfil Predominante do médico da segunda metade do século XX.	**Elementos negativos e, ou deficientes da formação médica.**	**Profissional que o modelo assistencial atual necessita**.
Essencialmente positivista, com enfoque biologicista e utilitário, já que estas são as características desenvolvidas tanto pelo referencial técnico-científico das instituições formadoras quanto pelas exigências de busca de produtividade e competitividade constituídas no próprio mercado de trabalho.	Pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde, sendo este um fator político e ideológico que tem acompanhado a educação médica, afastando-a também dos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção de saúde.	Capacidade em desenvolver uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas.
• Com alto grau de competência profissional, pois sem este atributo um profissional que lida com alta tecnologia não tem possibilidades de se afirmar.	Pouco envolvimento com aspectos administrativos e gerenciais da gestão da saúde pública.	Com maior participação coletiva na gestão do sistema público de saúde.
• Fortemente centrado em sua especialidade, à qual se dedica quase na íntegra.	Pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades.	Que busque a manutenção e renovação permanente dos conhecimentos científico-tecnológicos propiciados pela moderna tecnociência, que de forma alguma podem ser abandonados, mas precisam ser incorporados e utilizados com senso crítico e racionalidade.
• Predisposto à utilização de novas tecnologias, equipamentos e técnicas, devido à formação tecnicista;	Despreparado para o atendimento das doenças prevalentes nas diferentes regiões do país.	Que busque aumentar dos conhecimentos baseados na epidemiologia, para a assistência resolutiva das doenças prevalentes na população.
• Com tendência a medicalizar o processo saúde-doença e a incorporar equipamentos e insumos; Atualizado, assíduo nos estudos e na formação em serviço, já que precisa renovar constantemente seus conhecimentos, sob pena de ficar defasado e superado.	Pouco preparado psicologicamente para o exercício de sua profissão.	Que busque a ampliação dos conhecimentos em saúde coletiva, gestão da saúde e informação em saúde, segundo as diretrizes do SUS.
• Marcadamente individualista, pois toda a sua formação colabora neste sentido.	Não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população.	Que busque a ampliação dos conhecimentos e das práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao trabalho em equipe multiprofissional e integração com os profissionais das demais profissões da área da saúde.
• Formado num modelo idealizado, coerente com práticas profissionais liberais e privatistas, construindo uma mentalidade elitista da saúde e estimulada à realização de procedimentos motivados por interesses econômicos.	Com fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades.	Que tenha conhecimentos de comunidade, família e técnicas grupais.
• Resistente a trabalhar em igualdade de condições com as outras profissões da área da saúde, o que se acentua pelo fato de que a medicina se particularizou no uso da tecnologia, afirmando-se, assim, uma lógica de poder pelo saber.	Resistente a mudanças e, geralmente, defensor da manutenção do *status quo* vigente na saúde.	Que busque incorporar os conhecimentos de educação para a promoção da saúde, de métodos de ensino aprendizado e de técnicas pedagógicas de preceptoria, tutoria e outras.
• Paternalista na relação com a pessoa e seus familiares, sendo este um dos aspectos que historicamente marcou a relação médico-paciente.	Fraca formação humanística, psicológica, sociológica e filosófica necessária a um profissional médico.	Que busque a incorporação dos conhecimentos sobre cuidados e responsabilização das equipes de saúde às pessoas assistidas, com continuidade da assistência em toda a linha de atenção à sua saúde, desde o cenário pré-hospitalar, no hospitalar e também no pós-hospitalar.

Fonte: Adaptado de Amoretti, 2005.

Em evidência no cenário das políticas públicas na área de saúde, a formação dos profissionais de saúde representa terreno árido pelos questionamentos e conflitos que suscita e pelas transformações que requer. Representando também espaços privilegiados de produção de conhecimento e discussão, as escolas ainda refletem e reproduzem a lógica fragmentada própria do cientificismo, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação. Retrato, embora parcial, do descaso com a área das relações interpessoais, vem sendo expresso, entre outros resultados, nos baixos índices de resolutividade do SUS, na insatisfação dos usuários e de muitos profissionais dos serviços e na utilização de procedimentos de alto custo, muitas vezes, desnecessários (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).



Jequitivale

Você que anda com o pé rachado e
com a palha atrás da orelha
Com a aba do chapéu na testa e se
vira da noite pro dia.

Você que banha no fanado e que
tira ouro de bateia
Que faz da vida uma festa e adora
falar poesia.

Desculpe seu doutor, mas receba
os cumprimentos meus
Eu fico com a filosofia do mestre
João de Deus.

A saudade me maltrata e me faz
olhar no calendário
Pra ver se faltam poucos dias pra
ouvir o tambor do Rosário.

Vale que vale cantar
Vale que vale viver
Vale do Jequitinhonha
Vale eu amo você.

Verono

3 UM PASSEIO PELO VALE

3.1 Uma visão do Vale do Jequitinhonha

Situado geograficamente no Nordeste de Minas Gerais, o Vale do Jequitinhonha ocupa 14,5% da área do Estado, totalizando aproximadamente 85.000 Km^2 de extensão territorial (NASCIMENTO, 2009) (Figura 03).

O Vale do Jequitinhonha é banhado pelo Rio Jequitinhonha e seus afluentes. O rio nasce no município de Serro, a uma altitude aproximada de 1260 m, atravessa o Nordeste de Minas Gerais e deságua no Oceano Atlântico, em Belmonte, no Estado da Bahia (VIEGAS, 2010).

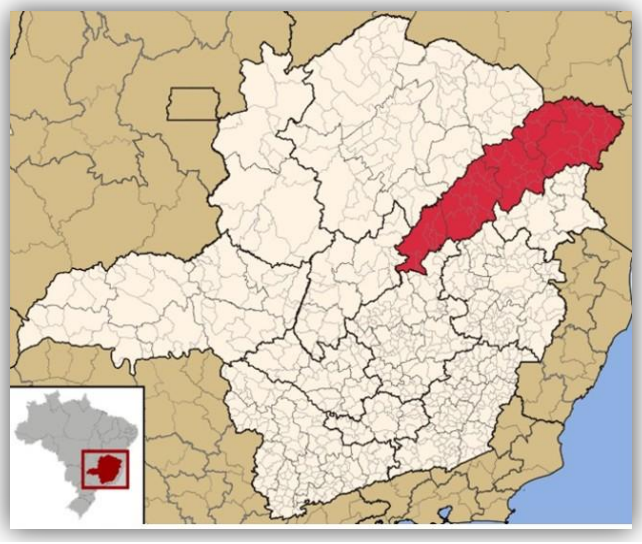


Figura 03 – Mapa de Minas Gerais com destaque do Vale do Jequitinhonha (em vermelho).
Fonte: redeagrega.wordpress.com

No início do século XIX, o botânico francês Auguste de Saint-Hilaire viajou pelo Jequitinhonha para conhecer a produção de ouro da Região do Araçuaí, as gemas do Distrito Diamantino, as florestas e os índios do baixo rio. A descrição feita pelo botânico esboçava a imagem que a posteridade tornaria definitiva: uma região contraditoriamente marcada pela riqueza e pela escassez (CALIXTO *et al.*, 2009), realidade ainda presente nos dias atuais.

A riqueza do Vale do Jequitinhonha é demonstrada através de sua cultura, que é peculiar e se revela nas manifestações populares únicas, ligadas aos mitos da natureza, à navegação e às lendas. Destaca-se o rico artesanato de barro, cerâmica (Figura 04), tecelagem (Figura 5), cestaria, madeira, couro, bordados, pintura, desenho. São ricas as expressões musicais e folclóricas (VIEGAS, 2010).

Figura 04 - Cerâmica do Vale do Jequitinhonha/MG
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 05–Tapete Arraiolo, Diamantina/MG
Fonte: Arquivo pessoal

Soares (2000) descreve o Vale do Jequitinhonha como uma região habitada por um povo cuja identidade tem como traço fundamental e marcante a arte. A herança indígena e africana forma uma enorme teia de costumes, de jeitos de ser, falar, sentir e agir.

A musicalidade está presente nas diversas regiões, cada uma com seu estilo, representando sua cultura e seu povo. Diamantina, por exemplo, destaca-se pelo estilo seresteiro. E os demais municípios trazem em sua cultura grupos folclóricos, festas tradicionais e religiosas (CRUZ; HORTA; BOTELHO, 2011) (Figura 06).

Figura 06 – Apresentação dos Alunos do Conservatório Estadual Lobo de Mesquita, Diamantina/MG.
Fonte: Arquivo pessoal

Outro mecanismo cultural rico e marcante do Jequitinhonha é a religiosidade popular, o que é confirmado pelo grande número de igrejas e manifestações religiosas comemoradas ao longo do ano nas cidades do Vale do Jequitinhonha (Figuras 07 e 08).

Figura 07 – Igreja Matriz Nossa Senhora da Piedade, município de Turmalina/MG.
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 08 - Igreja Matriz de Nossa Senhora das Graças, município de Capelinha/MG.
Fonte: Arquivo pessoal

3.2 A Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ)

A RASJ está entre as 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do Estado de Minas Gerais, sendo elas: Norte, Nordeste, Noroeste, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Sudeste, Centro, Centro Sul, Oeste, Sul, Triângulo Norte e Triângulo Sul. A RASJ possui 29 municípios com população total de 373.333 habitantes (IBGE, 2010).

Para atender a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/02 (BRASIL, 2002a), o Estado de Minas Gerais implantou, em 2003, o Plano Diretor de Regionalização (PDR). O Propósito do PDR é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas (SES/2010). Pelo PDR, o Estado de Minas Gerais foi dividido em 13 RAS e 77 Regiões de Saúde (RS). Em agosto de 2012, com a publicação da Deliberação CIB (Comissão Intergestores Bipatite) SUS/MG 1219 de agosto de 2012, os termos microrregião e macrorregião foram substituídos por RS e RAS, respectivamente, para atender ao Decreto 7508/2011[6] do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2012a).

6. Decreto 7508/2011- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011c).

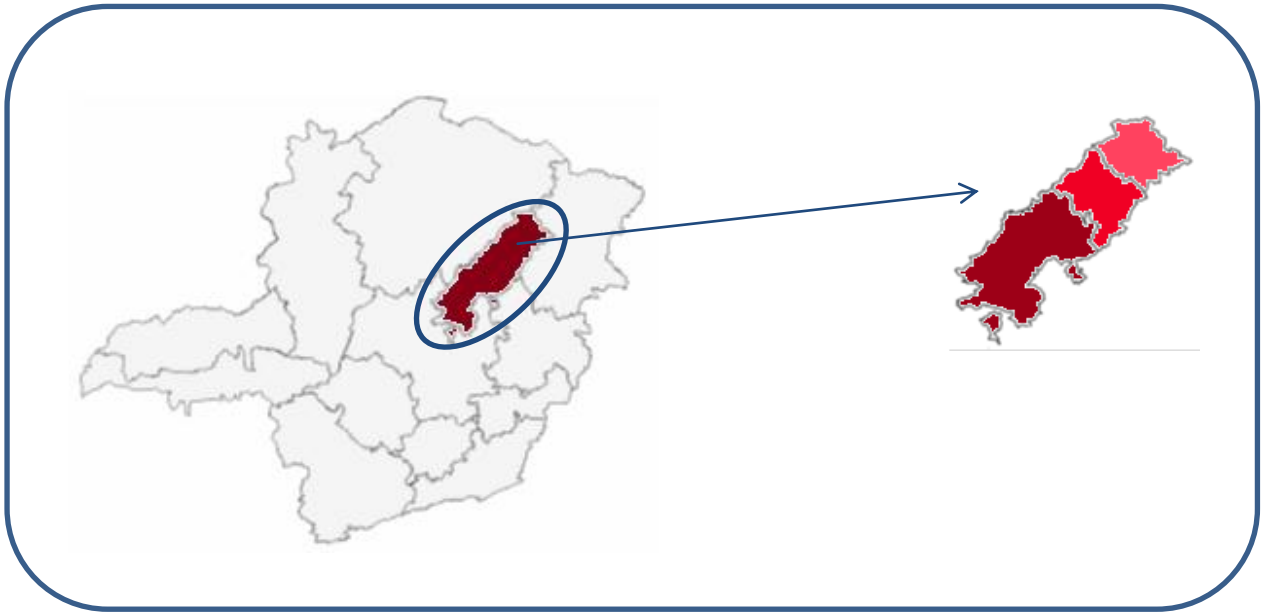


Figura 09 – Mapa de Minas Gerais com a localização da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais, com as Regiões de Saúde Araçuaí, Diamantina e Minas Novas/Turmalina/Capelinha.

Assim, segundo o PDR MG/2012 Deliberação CIB-SUS/MG Nº 978, de 16 de novembro de 2011, que aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2012, a RASJ ficou composta pelas Regiões de Saúde de Araçuaí, Diamantina, Minas Novas/Turmalina/Capelinha, sendo o município de Diamantina sede da RASJ (MINAS GERAIS, 2011a) (Figura 09)

A RASJ possui 39,70% da sua população vivendo em área rural, sendo a agropecuária, artesanato, indústria moveleira e carvoejamento suas principais atividades econômicas (Planos Municipais de Saúde 2010-2013). Destaca-se ainda na região um equilíbrio populacional por gênero, sendo 50% dos habitantes do gênero masculino e 50% feminino (IBGE, 2010).

Em se tratando do nível de escolaridade da população maior de 15 anos residente na RASJ, 37,24% declara-se sem instrução, e 17,40% de analfabetismo segunda pior taxa das RAS do Estado de Minas Gerais, ficando atrás apenas da RAS Nordeste (BRASIL, 2011d).

A renda média domiciliar per capita da RASJ apresenta-se como a segunda pior do Estado de Minas Gerais, R$ 381,39. Quanto à taxa de trabalho infantil, esta região apresenta o maior percentual do Estado, 14,26% (percentual da população de 10 a 15 anos ocupada). O Produto Interno Bruto (PIB) per capta em 2009 variou de R$ 3.183,36 para o município de Chapada do Norte a R$ 6.202,44 para o município de Diamantina (BRASIL, 2011d).

3.2.1 Estatísticas vitais e estudo da carga de doenças da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha

Segundo estudo apresentado pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde de Minas Gerais, a taxa bruta de mortalidade geral da RASJ em 2010 foi de 6,4%, ultrapassando a taxa de mortalidade do Estado de Minas Gerais que é 5,9% (2010). Ao ser ajustada, a taxa de mortalidade por mil habitantes na RASJ alterou para 7,9/1000 NV (2010), sendo a maior entre as13 RAS do Estado de Minas Gerais. Neste mesmo estudo, a RASJ é a segunda mais propensa ao risco de morte prematura se comparada às 13 RAS do Estado, sendo que a RAS Nordeste assume o primeiro lugar neste indicador (CRUZ; HORTA; BOTELHO, 2011).

A análise do Quadro 02 permite observar que não há coincidência para as posições das principais causas de doenças do Estado de Minas Gerais e da RASJ. As doenças cerebrovasculares são classificadas em primeira posição na RASJ e nas RAS Nordeste e Norte NA RASJ, a asfixia e traumatismo ao nascer representam a terceira posição, enquanto no Estado de Minas Gerais ocupa oitava posição (FIOCRUZ, 2011).

Destacamos ainda que a doença de chagas e a septicemia aparecem entre as 10 principais patologias na distribuição de carga de doenças em Minas Gerais, representando valores maiores que do Estado, uma vez que esses dois agravos não aparecem na lista estadual. Ao contrário disso, a violência que ocupa o 3º lugar no Estado não aparece na lista da RASJ.

Vale lembrar que a taxa de mortalidade infantil neonatal (FIOCRUZ, 2011) na RASJ representou o pior indicador em relação ao restante do Estado, o que pode ser corroborado pelo alto índice de asfixia e trauma durante o parto.

Quadro 02 - Distribuição da carga de doença da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2010.

Posição	Doenças na RASJ	Doenças no Estado de Minas Gerais
1	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração
2	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares
3	Asfixia e traumatismo ao nascer	Violência
4	Doença de Chagas	Acidente de trânsito
5	Doenças inflamatórias do coração	Infecção de vias aéreas de inferiores
6	Doença hipertensiva	Doença hipertensiva
7	Cirrose hepática	Diabetes mellitus
8	Diabetes mellitus	Asfixia e traumatismo ao nascer
9	Acidente de trânsito	Cirrose hepática
10	Septicemia	Doença inflamatória do coração

Fonte: Estudo de Carga de Doenças em Minas Gerais, FIOCRUZ, 2011.

3.2.2 Indicadores de Saúde

3.2.2.1 Saúde da Criança

A taxa de mortalidade infantil reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (BRASIL, 2012).

A RASJ apresentou, em 2011, a taxa de mortalidade infantil de 21,86/1000 nascidos vivos (NV), representando a pior taxa do Estado de Minas Gerais. Para o componente neonatal (mortalidade de 0 – 27 dias), a RASJ apresentou taxa de 14,40/1000 NV e para o componente pós-neonatal (mortalidade de 28 a 364 dias), a RASJ apresentou resultados de 5,32/1000 NV (BRASIL, 2011d). Para fins de comparação, no Estado de Minas Gerais as taxas de mortalidade infantil, do componente neonatal e do componente pós-neonatal foram, respectivamente 12,97, 9,32 e 3,65/1000 NV (BRASIL, 2011e).

3.2.2.2 Saúde da Mulher e Condições do Pré-natal

Segundo resultados do SISPACTO (BRASIL, 2011e), a RASJ investigou apenas 8,03% dos casos de óbitos em mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2011, embora tenha ocorrido um esforço da SRS de Diamantina e UFVJM em capacitar os municípios para a investigação destes óbitos. O percentual de investigação de óbitos é um indicador importante para a prevenção de futuros óbitos em mulheres. A investigação de óbitos maternos nesta região apresenta o desempenho mais baixo, se comparado às demais regiões do Estado como mostra os dados abaixo.

Quadro 03 – Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados por Região Ampliada de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2011.

Região Ampliada de Saúde	Proporção de óbitos mulheres em idade fértil investigados
Sul	74,7
Centro Sul	82,6
Centro	59,1
Jequitinhonha	8,0
Oeste	65,9
Leste	70,6
Sudeste	66,7
Norte	67,1
Noroeste	69,2
Leste do Sul	59,5
Nordeste	14,9
Triângulo do Sul	74,8
Triângulo do Norte	83,2
Ignorado - MG	50,0
Total	63,4

Fonte: BRASIL 2011e. http://200.198.43.8/cgi-bin/tabcgi.exe?def/Pacto10.def

Quando se trata dos exames citopatológicos do colo uterino em relação à população feminina, a região atingiu a razão de 0,22 (BRASIL, 2011e), abaixo da meta prevista no SISPACTO 2011, de 0,25. Sendo assim, além da RASJ estar abaixo da meta prevista para este indicador, pode não estar fazendo o acompanhamento qualitativo das mulheres da faixa etária preconizada. Portanto, este indicador não retrata a real necessidade de cobertura da população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero, pois avalia a oferta do exame

citopatológico com base no número de exames realizados e não no número de mulheres examinadas.

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está relacionado a melhores indicadores de saúde infantil e materna, prevenindo a morbimortalidade (BRASIL, 2011e). Em 2011, a RASJ atingiu um índice de 90,65% de realização de sete ou mais consultas de pré-natal, índice este superior ao apresentado pelo Estado de Minas Gerais, que foi de 69,13%. Quando o índice é analisado sob o ponto de vista quantitativo, ele se apresenta satisfatório, entretanto ainda não é possível verificar a qualidade das consultas de pré-natal ofertadas na RASJ.

Com relação à incidência de sífilis congênita, em 2010 a RASJ apresentou um caso notificado e confirmando desta doença, sendo que 350 casos foram notificados no Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2011e).

3.2.2.3 Doenças infecto-contagiosas

A RASJ apresentou taxa de cura para hanseníase de 90,24%, segundo base de dados do DATASUS (BRASIL, 2011e). No entanto, este percentual de cura refere-se a nove municípios que apresentaram casos de hanseníase notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Do total de municípios da RASJ, 20 municípios permaneceram silenciosos para a notificação de casos de hanseníase.

O indicador de cura de casos novos de hanseníase nas coortes mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para esta doença, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas dos indivíduos.

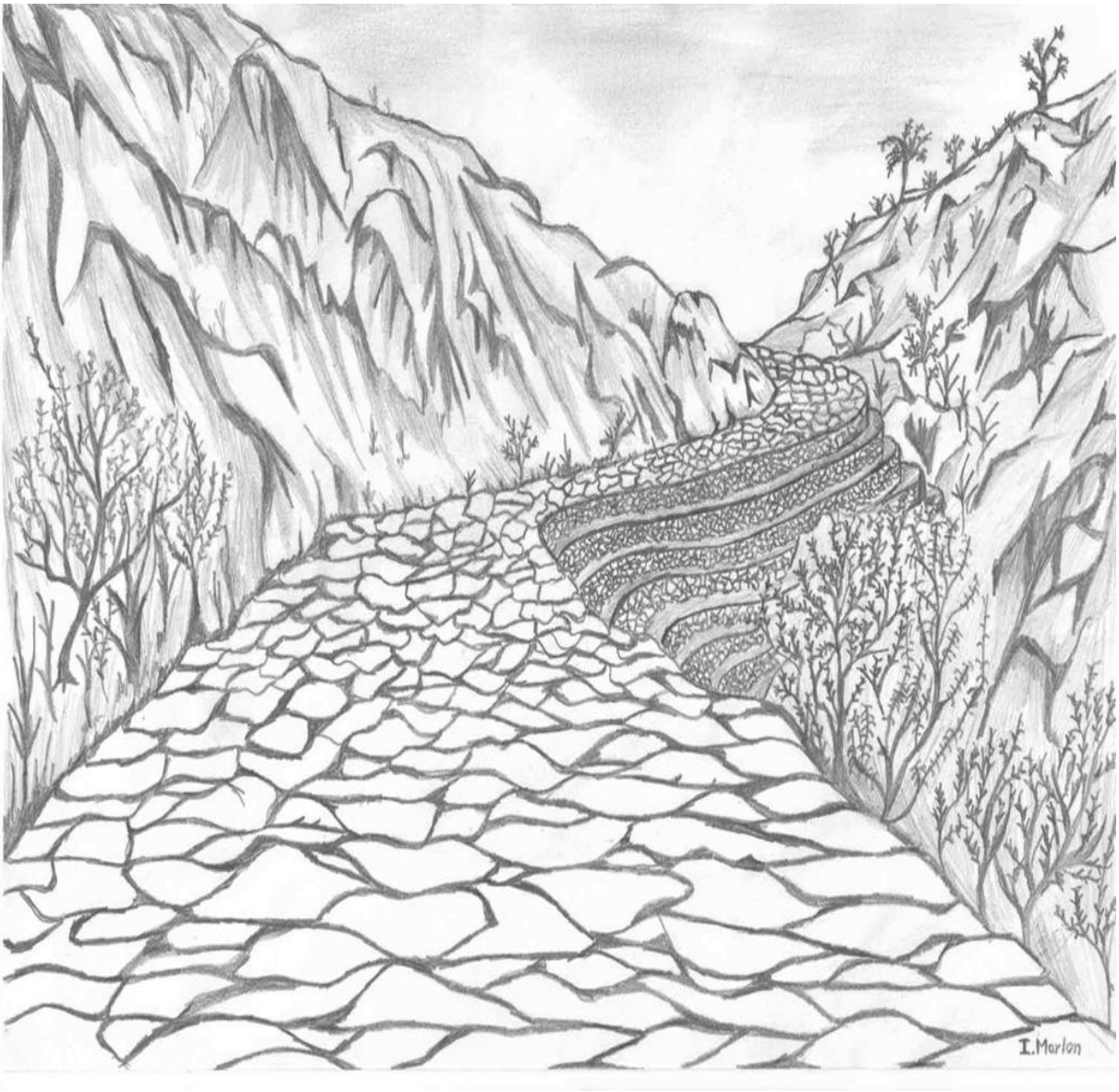
Com relação à cura de tuberculose, a meta estimada para o ano de 2011, para a RASJ foi de 80,0%, segundo dados do SISPACTO, sendo que o resultado foi de 22,73%, o que demonstra uma falha no sistema da APS para acompanhamento de patologias infectocontagiosas. A cura da tuberculose demonstrada pelo sistema de informação pode ser influenciada pela mudança do paciente da área de acompanhamento, pelo abandono ao tratamento, ou pela ocorrência de óbito, essas situações não são registradas neste sistema de informação, podendo afetar negativamente sobre este indicador (BRASIL, 2011d).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o país alcance 85% de taxa de cura de tuberculose, para que comece a reverter à situação epidemiológica da doença na sua localidade. Atingir este valor representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do programa de controle da tuberculose nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2012).

3.2.2.4 Doença e, ou Condição Crônica

Em se tratando da taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações a RASJ apresentou resultado em 2011 de 12,22/10.000 habitantes, enquanto que a meta estadual proposta para 2011 foi de 6,6/10.000 habitantes. Em relação à taxa de internação por Acidente Vascular Encefálico (AVE), a taxa foi de 11,82/10.000 habitantes, enquanto que a meta pactuada para o Estado para o período foi, também, de 6,6/10.000 habitantes (BRASIL, 2011d).

Esses indicadores são de grande relevância para a RASJ, uma vez que há proposição de se trabalhar com modelo de saúde voltado às condições crônicas na APS, com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação voltadas à necessidade das pessoas e com envolvimento destas no processo de cuidado.



A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

O PERCURSO METODOLÓGICO

4 A O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de triangulação descritiva, quantitativa e qualitativa. A triangulação constitui um método muito utilizado na literatura, sendo considerado por alguns autores um conceito central na integração metodológica (DUARTE, 2009).

Para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa, utiliza-se como base o conhecimento teórico existente ou de resultados empíricos anteriores, pelo que a teoria antecede o objeto de investigação. No modelo qualitativo apesar da teoria estar igualmente presente, esta não é tão claramente antecessora na investigação, mas os pressupostos teóricos vão sendo descobertos e formulados à medida que se dá a incursão no campo e que se vão analisando os dados (DUARTE, 2009).

As pesquisas de abordagens quantitativas possibilitam a realização de levantamento de informações junto a um maior número de respondentes a um menor custo, a realização de análises estatísticas e, usualmente, a comparação e generalização de resultados (MINAYO, 2000).

4.2 Considerações éticas

O presente trabalho e seus instrumentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros sob o Parecer nº 3238/2012 (ANEXO 01), e seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96.

Os municípios foram convidados a participarem deste trabalho após contato com os gestores municipais de saúde e prefeitos municipais. O projeto foi apresentado aos prefeitos (ou representantes legais) e gestores e estes, em concordância com a realização da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B), autorizando a mesma no município.

Após as autorizações dos municípios para a realização da pesquisa e assinatura dos TCLEs, cada um dos médicos, gestores de saúde e usuários selecionados na amostra foram procurados e, após exposição do projeto e assinatura do TCLE, por aqueles que estavam em

concordância em participar da pesquisa (APÊNDICES C, D, E), foram aplicados os questionários.

O TCLE também foi assinado pelo dirigente máximo da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina (APÊNDICE F), autorizando o acesso e coleta de dados nos atestos mensais de funcionamento das equipes da ESF. A coleta de dados foi realizada em questionários específicos para cada classe de participante (APÊNDICES I, J, K).

Para assegurar a privacidade durante a aplicação dos questionários foi necessário local reservado e apenas a presença da pesquisadora e do participante. Aos usuários idosos (acima de 60 anos) e, ou aqueles que declararam o desejo de acompanhante (familiar ou amigo) durante a aplicação do questionário, foi assegurada a presença de uma terceira pessoa.

Além da coleta de dados em questionários, foi realizada ainda gravação de algumas consultas médicas. Para tanto, a filmadora foi posicionada no tripé de modo a filmar apenas os momentos da entrevista, sendo desligada pelo próprio médico no momento do exame físico. A pesquisadora não permaneceu no consultório no momento da filmagem, retornando somente ao término da consulta. O TCLE desta etapa do trabalho foi exclusivo para este fim, pois a filmagem da consulta e respostas aos questionários constituíram momentos distintos da pesquisa, facultando ao médico e ao usuário a participação na pesquisa com ou sem a gravação de sons e imagens. A filmagem somente aconteceu após concordância do médico e do usuário, concomitantemente, com assinatura dos TCLEs por ambos (APÊNDICES G e H).

Os TCLEs, formulários de questionários e dados obtidos durante a realização desse projeto estão armazenados e permanecerão pelo período de cinco anos na sala da Coordenadora da Pesquisa, no Prédio II, Campus I da UFVJM. As filmagens das consultas, após analisadas, foram destruídas em cumprimento ao disposto no TCLE.

4.3 Cenários e atores sociais do estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que abrigam equipes da ESF dos municípios de Araçuaí, Aricanduva, Capelinha, Chapada do Norte, Congonhas do Norte, Datas, Diamantina, Gouveia, Francisco Badaró, Presidente Kubitscheck, Minas Novas, Santo Antônio do Itambé, Serro e Turmalina. Estes municípios integram a RASJ de Minas Gerais e possuíam médicos com frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAPs do PEP de novembro de 2010 a maio de 2012.

4.3.1 Primeiro grupo de informantes: os médicos

A população de médicos participantes do PEP, que computaram pelo menos 12 meses de exercício na ESF dos municípios integrantes da RASJ e apresentaram frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAPs do PEP no período de novembro de 2010 a maio de 2012, foi convidada a fazer parte deste estudo. A partir de agora denominaremos esses profissionais como participantes efetivos do PEP. A população média de médicos que integrava a ESF da RASJ de janeiro a dezembro de 2012 era de 86 médicos. Dentre estes, foram selecionados 32 médicos que atenderam aos critérios anteriormente descritos. Da amostra selecionada, um médico não aceitou participar da pesquisa e outro é supervisor de GAP, embora trabalhe na APS do município. Assim, o primeiro foi excluído e o segundo foi mantido no grupo, ficando a amostra constituída por 31 profissionais. O Quadro 04 mostra a frequência de participação dos profissionais nos encontros dos GAPs de novembro de 2010 a maio de 2012. Foi utilizada a numeração para que os médicos participantes não fossem identificados, atendendo ao compromisso firmado no TCLE.

Quadro 04 – Descrição da frequência de participação dos médicos nos encontros do PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, de novembro 2010 a maio 2012, nos municípios vinculados.

Município	Médicos cadastrados na ESF dos municípios	Médicos participantes da pesquisa	Frequência de participação nos GAPs
Araçuaí	4	Médico 01	85,00%
		Médico 02	100,00%
		Medico 03	86,60%
		Médico 04	93,30%
		Médico 05	100,00%
Francisco Badaró	3	Médico 06	64,00%

Aricanduva	2	Médico 07	70,00%
	8	Médico 08	90,00%
		Medico 09	60,00%
		Médico 10	90,00%
Capelinha		Medico 11	80,00%
Chapada do Norte	6	Médico 12	60,00%
Congonhas do Norte	2	Médico 13	100,00%
	2	Médico 14	100,00%
Datas		Médico 15	100,00%
	9	Medico 16	75,00%
		Médico 17	75,00%
		Medico 18	83,30%
		Medico 19	64,00%
		Medico 20	92,80%
Diamantina		Médico 21	78,60%
		Médico 22	100,00%
Gouveia	5	Médico 23	83,30%
	8	Médico 24	100,00%
Minas Novas		Médico 25	91,00%

		Médico 26	91,60%
		Medico 27	100,00%
Turmalina	6	Médico 28	75,00%
Presidente Kubitscheck	1	Médico 29	91,60%
Santo Antônio do Itambé	1	Médico 30	68,70%
Serro	8	Médico 31	62,50%

Fonte: Relatórios dos Supervisores do PEP de novembro de 2010 a maio de 2012.

A amostra de médicos da pesquisa foi definida por conveniência (OLIVEIRA, 2001), pois somente poderiam ter um potencial de respostas aqueles profissionais que efetivamente participaram do Programa com uma frequência considerável. Este foi o fator determinante para que fosse tido como um dos critérios de exclusão da amostra a frequência inferior a 60,0% nos encontros dos GAPs.

Para Oliveira (2001), a limitação da amostra por conveniência é que não há como saber se os indivíduos incluídos são representativos da população. A diferença existente entre os valores da população e os valores da amostra é desconhecida, o que não permite mensurar os erros desta amostragem. Como consequência, os resultados da pesquisa não podem ser considerados definitivos, mas sim indicativos.

A participação dos médicos descritos no Quadro 04 ocorreu em dois momentos da pesquisa, respondendo ao questionário (31 médicos) e, ou participando da filmagem da consulta (nove médicos).

4.3.2 Segundo grupo de informantes: os usuários

Foram entrevistados usuários do serviço de saúde residentes nos 14 municípios onde havia médicos com frequência de participação nos encontros de GAP igual ou superior a 60,0% anteriormente mencionados.

Para se definir o número de usuários a serem entrevistados, o cálculo do tamanho amostral deu-se segundo a fórmula estatística (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011):

$N = \underline{Z^2 \times p \times q}$ **E^2** **$(1{,}96)^2 \times 50 \times 50 / (5)^2 = 3{,}84 \times 10 \times 50/25$** **N= 383, com acréscimo de 10% para as perdas: 423.**	**O valor da proporção *p* utilizado foi de 50% por não haver na literatura registro de estudos anteriores nesta área.** ***q* = complemento de *p (100-p)*** **Considerando um erro de 5%** **Z – 95%**

O total da amostra de usuários, calculado pela fórmula acima, (n=383) foi dividido pelo total de médicos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa e que aceitaram participar da mesma (n=31). O resultado obtido (13 indivíduos) correspondeu ao número de usuários que deveriam ser entrevistados para cada um dos 31 médicos integrantes da amostra. Os usuários foram selecionados utilizando-se do sorteio aleatório simples (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011). No entanto, foi necessário considerar como critérios de inclusão que os usuários somente poderiam participar da pesquisa se fossem clientes há mais de um ano do médico participante efetivo do PEP e se apresentassem um mínimo de duas consultas no último ano com este profissional, dados estes que deveriam estar registrados no seu prontuário na Unidade Básica de Saúde (UBS). Para efeito de estudo, foram selecionados apenas indivíduos que possuíam mais de 18 anos de idade, independentemente do gênero ou etnia, para que pudessem ter condição de responder por seu estado de saúde e a forma de atendimento médico. O método utilizado foi o sorteio de prontuários da UBS, caso o sorteado não atendesse aos critérios anteriormente descritos, passava-se para o prontuário seguinte.

4.3.3 Terceiro grupo de informantes: gestor municipal

Os impactos do Programa foram analisados, ainda, sob a ótica do gestor municipal de saúde dos municípios estudados. O critério de inclusão para esta categoria foi a participação de pelo menos um dos médicos da ESF do município no PEP, com frequência igual ou superior a 60,0%. Foram convidados a participar da pesquisa 14 gestores de saúde e, todos aceitaram o convite, respondendo ao questionário proposto.

4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Os participantes do trabalho foram recrutados através de convite, feito pela pesquisadora, nas UBS (médicos e usuários), nos domicílios (usuários) e na Secretaria Municipal de Saúde (gestores).

Os dados foram obtidos através de questionários, filmagens de consultas, análise dos relatórios de supervisores do PEP e dos atestos de funcionamento das equipes da ESF, fornecidos pelos gestores de saúde à SRS. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2012.

Inicialmente, realizou-se um teste piloto na RAS Nordeste de Minas Gerais, nas cidades de Águas Formosas e Itambacuri, com o objetivo de avaliar a efetividade da metodologia de coleta (através da aplicação de questionários) e tabulação no banco de dados. Após a realização do piloto, os questionários foram adequados e as questões categorizadas.

Os questionários de usuários, médicos e gestores seguiram o método da Escala de Likert que apresenta escala de intervalo entre concordância e discordância, visando mensurar julgamentos, opiniões e atitudes (MARCONI; LAKATOS, 2007). Essa escala estabelece respostas graduadas para cada afirmação e as proposições tiveram o objetivo de determinar posições sobre o objeto de estudo, no caso, a avaliação do PEP. A escala Likert pode identificar posições favoráveis, não favoráveis, positivas e negativas. O objetivo da alternância de proposições foi evitar o automatismo de respostas.

No entanto, ao realizar o tratamento de dados para apresentação dos resultados e discussões, optou-se por apresentar as respostas às proposições positivas e negativas (sim e não), respectivamente, uma vez que não se utilizou, nesse trabalho, qualquer metodologia de somatório de pontuação de respostas graduadas.

A filmagem das consultas foi realizada, segundo aceite por parte dos médicos e dos usuários presentes nas UBS, e dentro dos critérios de agendamento de consulta, proposto pela equipe de saúde da família.

Os relatórios de supervisores do PEP foram todos analisados e eram referentes ao período de novembro de 2010 a dezembro de 2012.

Ainda, se utilizou os atestos de funcionamento da ESF dos municípios que compõem a RASJ. Estes foram fornecidos pela SRS de Diamantina, MG.

4.4.1 Questionários

4.4.1.1 Questionário médico

O roteiro do questionário médico (APÊNDICE I) destacou os aspectos relativos ao perfil do médico da ESF, motivações e crenças na ESF, algumas contradições e angústias, em face ao processo de construção do SUS, como citado em Oliveira (2011), bem como sua visão sobre o PEP.

O questionário médico foi dividido em dois blocos, o primeiro para levantamento dos dados pessoais (idade, gênero, estado conjugal) e dados profissionais (tempo de formação, tempo de trabalho, tempo no município, quantidade de vínculos empregatícios); o segundo bloco era composto de proposições negativas e positivas relacionadas ao PEP e à APS.

O segundo bloco de questões foi dividido e categorizado em seis partes:

a) Estratégia de Saúde da Família – motivação;
b) O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família – Estrutura;
c) Apoio Municipal;
d) Metodologia e Atividades do PEP;
e) Performance clínica;
f) Habilidades de Comunicação;
g) Gestão de Resultados.

Os questionários foram aplicados aos médicos nas UBS dos municípios selecionados, garantindo o sigilo e preservação da identidade dos participantes, não havendo qualquer tipo de identificação destes.

4.4.1.2 Questionário usuários

Os questionários utilizados para a coleta de dados dos usuários também foram estruturados em dois blocos. O primeiro apresentava questões para o levantamento dos dados pessoais (exceto a identificação), o motivo da consulta e, ou patologia existente. O segundo bloco de questões foi composto por 21 questões fechadas, de opinião a respeito da consulta

médica e do atendimento na ESF, constando de comparações entre as consultas atuais e aquelas realizadas antes do início do PEP. No segundo bloco havia questões relacionadas ao:

a) Atendimento Médico;

b) Acesso à consulta médica na APS;

c) Acesso a outros níveis de atenção;

d) Referência e contra referência.

Os questionários (APÊNDICE K) foram aplicados aos usuários nas UBS ou em seus domicílios. Foi garantido o sigilo e a preservação da identidade dos participantes, conforme compromisso firmado no TCLE.

4.4.1.3 Questionário gestor

Para a entrevista com o gestor municipal de saúde, foi elaborado um questionário (APÊNDICE J), constando questões a respeito do funcionamento e resultados obtidos com o PEP, categorizadas da seguinte forma:

a) Percepção sobre a APS;

b) Apoio à Participação dos Médicos no PEP;

c) Resultados do PEP;

d) Gestão do PEP.

Os gestores foram entrevistados na Secretaria Municipal de Saúde do município, durante o expediente de trabalho, em dias e horários previamente agendados.

4.4.2 Filmagem de consulta

As consultas foram filmadas, mediante autorização do médico e do usuário, no consultório da UBS, sendo que ambos assinaram o TCLE autorizando a gravação do áudio e do vídeo (APÊNDICES G e H). Para esta amostra, realizou-se a gravação de apenas uma consulta por profissional, pois seguiu-se a metodologia que os médicos utilizam nos GAPs, de fazer a filmagem de uma consulta e levar para análise no grupo. Neste caso, a análise foi feita pela pesquisadora, seguindo o *check list* de abertura da consulta e exploração dos problemas já utilizados no PEP.

4.4.3 Relatórios de Supervisores do PEP

Os relatórios mensais enviados pelos supervisores do PEP à coordenação do Programa na UFVJM e os relatórios consolidados enviados por esta coordenação à SES/MG foram analisados considerando-se o total de GAPs realizados, a presença dos médicos em cada GAP em cada mês, bem como o quantitativo de médicos inscritos. A análise considerou, ainda, os temas estudados em cada GAP, a estrutura educacional e o apoio da gestão municipal.

4.4.4 As declarações de atestos de funcionamento da ESF e o cálculo do índice de rotatividade

As declarações de atestos de funcionamento das equipes da ESF são enviadas mensalmente pelo gestor do município à SRS de Diamantina, MG, informando sobre o funcionamento das equipes.

Foram analisadas as declarações de janeiro a dezembro de 2012 e, listados os médicos que foram desligados das equipes da ESF. Estes profissionais desligados foram categorizados em: 1) médicos que participam do PEP com frequência igual ou superior a 60,0% e, 2) médicos que não participam, ou participam esporadicamente do PEP (frequência inferior a 60,0%). O índice de rotatividade foi então, calculado separadamente, para cada uma destas categorias.

4.5 Análise de dados

Os dados foram digitados e a análise quantitativa foi feita utilizando-se o *software* EpiInfo.6.04. Foram realizadas análises de estatística descritiva, com o objetivo de verificar os impactos do PEP para médicos da ESF. A análise descritiva consiste na organização e descrição dos dados, na identificação de valores, que caracterizam o que é típico e na quantificação da variabilidade presente nos dados (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011). Cada tópico do estudo foi analisado por categoria, com descrição da frequência de respostas, como descrito por Campos; Malik, (2008).

Neste estudo, a abordagem quantitativa caracterizou-se pela frequência das respostas às questões fechadas do questionário, o que permitiu a verificação das dificuldades, perspectivas e demandas para o objeto de estudo (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

Foi aplicada a estatística com cálculo de medidas de tendência central (valores que representem bem a distribuição da variável de interesse) e medidas de variabilidade (para análise do grau de agregação/relação de significância).

Para efeito de verificação de valores significativos ou não, foram utilizados, segundo Siqueira e Tibúrcio (2011), os seguintes testes estatísticos:

- Teste qui-quadrado (X^2) *(p= 0,05),* sendo que este envolve a comparação de dois grupos, cuja resposta de interesse é dicotômica: a ocorrência ou não de um evento;
- Teste Exato de Fisher *(p= 0,05)* quando os valores das variáveis apresentadas forem menores que 5,0.

A análise qualitativa foi feita junto à análise quantitativa e descritiva dos dados. A análise e a interpretação do conteúdo compreenderam o conjunto das informações geradas, articulado aos resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa.

As metodologias para a análise e a interpretação dos conteúdos ocorreram com a categorização, inferência, descrição e interpretação dos dados, adaptando o modelo descrito por Bardin (2008).

A categorização seguiu os critérios da abertura da consulta e exploração de problemas propostos pelo PEP. Não foi necessária a realização de transcrição dos relatórios dos supervisores do PEP, uma vez que estes já estavam documentados por escrito, tendo sido feitos apenas recortes para as comparações.

A inferência se caracteriza pela dedução lógica sobre algo do conteúdo que está sendo analisado, sendo necessário que seja feita a partir de premissas já aceitas por outros estudos acerca do assunto que está sendo pesquisado (MINAYO, 2000). Por isso, no presente estudo, utilizou-se o *check list* de abertura da consulta e exploração dos problemas já utilizados no PEP.

4.5.1 Construção de tópicos de descrição dos resultados

Para a análise dos dados, foram gerados tópicos descritivos, a partir de cada categoria do agrupamento de questões, segundo uma adaptação de Campos (2005). Foram, portanto, 21 tópicos apresentados para análise.

Em cada tópico foi apresentada a frequência de respostas dadas a cada questão. Os tópicos foram apresentados de forma quantitativa e descritiva, mas, ao se tratar do apoio da gestão e análise das consultas, foram realizadas análises qualitativas. Os tópicos utilizados foram:

1) Perfil da amostra de usuários atendidos por médicos com frequência mínima de 60,0% nos encontros de GAPs;

2) Perfil dos médicos da ESF com frequência de participação nos encontros de GAP igual ou superior a 60,0%;

4) Número de médicos inscritos no PEP e frequência de participação no Programa;

5) Frequência de participação dos médicos nos encontros de GAP nos anos 2011 e 2012 na RASJ, MG;

6) Levantamento de temas estudados nos GAPs, comparados com o motivo da consulta apontado pelos usuários;

7) Estrutura disponível para o desenvolvimento das atividades do PEP nos municípios sede de GAPs na RASJ, MG;

8) Motivação para o trabalho dos médicos na ESF e considerações dos gestores, a respeito da Educação Permanente, como instrumento de resolubilidade da APS;

9) Participação dos médicos no PEP: comparecimento dos profissionais aos encontros e visão da gestão municipal;

10) Apoio para o desenvolvimento das atividades do PEP;

11) Fidelidade metodológica;

12) Encaminhamentos fornecidos pelos médicos e solicitados pelos pacientes;

13) Melhoria da performance clínica e aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa;

14) Habilidades de comunicação: Percepção do usuário e do médico;

15) Análise da consulta médica gravada: Tempo dedicado à entrevista;

16) Resultado da análise da filmagem na abertura da consulta e exploração de problemas;

17) Percepção do usuário quanto ao atendimento médico;

18) Relação da percepção do usuário quanto à melhoria da consulta e número de consultas realizadas em 2012;

19) Gestão dos resultados e acompanhamento de pacientes pelos médicos participantes do PEP;

20) Acompanhamento do paciente pelo médico participante do PEP, como forma de garantir a integralidade da atenção;

21) Rotatividade de profissionais médicos da ESF dos municípios da RASJ Jequitinhonha, MG, 2012.

Para cada tópico do estudo foi atribuído um significado, segundo a análise realizada dos questionários, relatórios, declaração de atestos ou filmagens de consultas. As informações de cada tópico estão descritas no apêndice L.

4.5.2 – Análise de filmagem da consulta

Para este tipo de análise foi utilizado o método de abertura da consulta utilizada pelo PEP, que avalia, por item, o desempenho do médico através da análise da consulta filmada.

Foram observados os componentes principais da medicina centrada no paciente. Como descrito por Ribeiro; Amaral (2008), deve-se observar se a consulta é dirigida ao cuidado da pessoa, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas, ou se está relacionada com a identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

A análise considerou a abertura da consulta e a exploração dos problemas.

4.5.3 Análise de relatórios mensais dos supervisores dos GAPS

Foram analisados os relatórios mensais produzidos pelos supervisores, após os encontros de GAPs, para levantamento dos principais temas trabalhados nos Ciclos de Aperfeiçoamento da Prática Profissional – CAPP.

A frequência nos GAPs foi avaliada por meio das listas de presença assinadas pelos participantes a cada encontro de GAP.

4.5.4 Análise da Rotatividade

Para o cálculo da rotatividade (R) de profissionais, utilizou-se a fórmula a seguir, como em Campos (2005):

$$R = \frac{\text{Número de desligamentos no período}}{\text{Número total de funcionários no final do período}} \times 100$$

Anselmi; Angerami; Gomes (1997), baseando-se em estudos internacionais, estabeleceram parâmetros para a rotatividade de profissionais, que foram adaptados para este estudo:

- de 0 a 25% ao ano, adequada;
- acima de 25% a 50% ao ano, ruim;
- acima de 50% ao ano, crítica.

O período avaliado foi de um ano (janeiro a dezembro de 2012), sendo calculados dois índices de rotatividade:

1) levando-se em consideração os médicos de ESF da RASJ, com frequência inferior a 60,0% nos encontros de GAP, designados como "médicos com participação não efetiva no Programa";

2) levando-se em consideração os médicos que participam efetivamente do Programa (frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAP), designados como "médicos com participação efetiva no Programa".

"Alguns homens veem as coisas como são e dizem 'Por que'? Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo 'Por quê não?'

George Bernard Shaw

O RESULTADO DE UM TRABALHO

5 O RESULTADO DE UM TRABALHO

5.1 Perfil da amostra de usuários atendidos por médicos com frequência mínima de 60,0% nos encontros de GAPs

Inicialmente, realizou-se o levantamento para traçar o perfil dos usuários que responderam ao questionário na pesquisa de avaliação do PEP. A amostra constituiu-se de 383 usuários que, após terem concordado em participar da pesquisa, assinaram o TCLE e responderam ao questionário, tendo sido entrevistados 13 usuários por médico.

Conforme apresentado na Tabela 01, dentre os usuários que participaram da pesquisa, 43,7% estão na faixa etária de 20 a 39 anos e a média de idade dos entrevistados foi de 43,1 anos (dp = $\pm$16,3). Neste trabalho, bem como no estudo realizado por Santos; Ribeiro (2010) com usuários da ESF observou-se a heterogeneidade etária dos participantes das pesquisas, com distribuição de usuários em todas as faixas etárias. Segundo estes autores, essa variação de faixa etária é favorável, pois permite a captação de maior diversidade de opiniões, uma vez que, as demandas e percepções sobre o serviço de saúde variam, também com a idade.

Com relação ao sexo, a amostra apresentou maioria feminina (77,3%). O predomínio do sexo feminino entre os participantes de pesquisas relacionadas à APS e ESF, também foi constatado em diversos trabalhos publicados anteriormente (AGUIAR; MOURA, 2004, COTTA *et al.,* 2006, MARTINS; JUNIOR, PASSOS, 2008, SANTOS; RIBEIRO, 2010, SCHWARTZ, *et. al.,* 2010, BRANDÃO; GIOVANELLA, CAMPOS, 2013). Aguiar; Moura (2004) afirmam, ainda, que a mulher é a personagem principal na família, no que se refere às questões relacionadas à saúde e à doença, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a dos demais membros da família e procura os profissionais necessários para resolução de cada caso, sendo, por isso, maior a sua busca pelos serviços de saúde. Santos; Ribeiro (2010) relatam que, por questões históricas do Brasil, há uma tendência em investimento na saúde materno infantil e, com isso, uma tendência de maior presença de mulheres em unidades de saúde.

Deve-se destacar, ainda, que a aplicação da maioria dos questionários para a realização deste estudo foi feita nos domicílios dos usuários, no período diurno, o que pode ter contribuído para o predomínio de mulheres na amostra, já que a maioria dos homens, provavelmente, estava em seus locais de trabalho.

Tabela 01 – Perfil dos usuários do SUS, clientes de médicos participantes do PEP, entrevistados na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo, faixa etária, sexo, estado conjugal e escolaridade.

	Variável	Frequência relativa (%)
Faixa etária (anos)	18 a 19	3,9
	20 a 29	22,5
	30 a 39	21,2
	40 a 49	15,7
	50 a 59	17,5
	60 a 69	12,5
	70 a 79	5,7
	80 a 86	1,0
Sexo	Masculino	22,7
	Feminino	77,3
Estado conjugal	Casado	53,3
	Solteiro	32,4
	Separado	3,1
	Viúvo	9,1
	União estável	2,1
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	55,3
	Ensino Fundamental Completo	7,6
	Ensino Médio Incompleto	8,1
	Ensino Médio Completo	21,7
	Ensino Superior Incompleto	4,2
	Ensino Superior Completo	2,6
	Pós-graduação	0,5

Para o estudo da escolaridade foram classificados como pós-graduação os cursos de especialização, mestrado ou doutorado. A análise dos dados da Tabela 01 mostra que o grau de escolaridade predominante na amostra de usuários, deste trabalho, foi de ensino fundamental incompleto (55,3%). Brandão; Giovanella; Campos (2013), trabalhando com uma amostra de usuários da ESF do Rio de Janeiro, também relatou baixa escolaridade dentre os participantes da pesquisa, onde 53% dos usuários não possuíam o ensino elementar completo. A baixa escolaridade dentre os usuários de ESF foi também observada por Martins; Júnior; Passos (2008), que estudando esta população em Tarumirim, Minas Gerais, observou a predominância de ensino fundamental (63,0%).

Em média, os usuários desta pesquisa relataram oito anos de estudo (dp = $\pm$ 4,0), sendo que 11,5% dos indivíduos se declararam analfabetos. Importante salientar que, dentre

estes últimos, observou-se uma média de idade de 59,9 anos, tendo sido encontrados, inclusive, jovens nesta condição (idade mínima 23 anos). Martins; Júnior; Passos (2008) observaram em seu estudo, uma população de 16,7% dos usuários, que relatavam ter menos de quatro anos de escolaridade, além de um índice de analfabetismo de 17%.

Sabe-se que o quadro de saúde dos indivíduos é afetado pelas condições socioeconômicas, sendo que o baixo nível de escolaridade pode afetar a vida das pessoas, tanto em condições de saúde quanto no autocuidado (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

Assim, diante do quadro de feminização e do baixo grau de escolaridade dos usuários aqui apresentados, pode-se perceber a necessidade de se promover uma articulação da ESF com os demais setores, com ênfase no direcionamento de diretrizes de políticas públicas de saúde, em busca da resolubilidade da atenção à saúde e qualidade de vida para esse público. Com base no perfil apresentado, pode-se, ainda, perceber a necessidade de ampliação da forma de acesso da população masculina ao serviço de saúde, como forma de garantir a assistência integral de toda a população.

5.2 Perfil dos médicos da ESF com frequência de participação nos encontros de GAP igual ou superior a 60,0%

Na RASJ, todos os médicos da ESF estão inscritos no PEP, uma vez que, ao serem cadastrados nas equipes da ESF, automaticamente são inscritos no Programa, pois esta é uma cláusula do contrato do Programa Saúde em Casa, do qual todos os municípios participam. A média de profissionais inscritos no PEP na RASJ de novembro de 2010 a maio de 2012 foi de 86 médicos (dp = $\pm$ 2,4), sendo que desses, apenas 32 profissionais (37,2% do total de inscritos) possuíam uma participação nos encontros dos GAPs igual ou superior a 60,0% (dados não mostrados[7]). A partir desse levantamento, determinou-se o tamanho da amostra como sendo de 32 médicos (100,0% dos profissionais que atendiam ao critério de inclusão: participação nos encontros de GAP com frequência igual ou superior a 60,0%, no período de novembro/2010 a maio/2012). Houve registro de uma perda, pela recusa em participação na pesquisa, ficando a amostra final com 31 médicos (96,9% dos profissionais que atendiam ao critério de inclusão).

7. Dados não mostrados referem-se aos dados descritos no trabalho, mas que não estão contidos nas Tabelas ou Figuras.

A partir da análise dos dados obtidos nos questionários aplicados aos médicos, desenhou-se o perfil dos profissionais participantes e frequentes no PEP (Tabelas 02 e 03).

Foi possível observar que a média de idade dos médicos entrevistados foi de 39,5 anos (dp = ± 12,23), este valor se aproxima ao encontrado por Pinto; Mennezes; Villa (2010), ao estudarem os médicos da ESF do município de Ceará Mirim no Rio Grande do Norte (média: 38,9 dp = ± 11,3). O resultado obtido na avaliação dos médicos do PEP é corroborado, ainda, pelo trabalho de Lopes; Bousquat (2011), ao estudar o perfil dos médicos do município de Praia Grande em São Paulo, encontrando uma média de idade de 36,9 anos. Na Pesquisa de Demografia Médica no Brasil, desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2011, a média geral de idade dos médicos foi de 46,0 anos.

A análise dos dados permitiu observar que a faixa de idade dos profissionais variou de 27 a 73 anos, sendo que 45,2% dos médicos estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos, na ocasião da coleta dos dados (Tabela 02). Este número aproxima-se dos resultados da pesquisa desenvolvida pelo CFM (2011) com os médicos do Brasil, em que 42,5% desses profissionais estão na faixa etária de até 39 anos, indicando uma concentração desses profissionais nas faixas etárias mais jovens. O estudo realizado por Assis *et al*. (2012), ao analisar o PEP em 11 Regiões Ampliadas de Saúde de um Estado da Região Sudeste, mostrou que 33,0% destes profissionais estavam na faixa etária de 31 a 40 anos. Já no trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em dez grandes centros urbanos do país, predominaram os profissionais mais jovens, com idade abaixo de trinta anos (BRASIL, 2002).

Com relação ao sexo, 67,7% dos médicos da amostra são do sexo masculino, conforme pode ser observado na Tabela 02. Isso também foi observado no trabalho de Lopes; Bousquat (2011) ao estudarem o perfil dos médicos do município de Praia Grande, SP: no estudo de Fontanive (2009), ao realizar um censo sobre a população de médicos em 32 municípios do Rio Grande do Sul e, no trabalho de Pinto; Mennezes; Villa (2010), ao realizarem um estudo do perfil de médicos da ESF no município de Ceará Mirim (RN). Mas, contrapõe-se com dados de trabalhos em que a população feminina predomina na profissão de saúde (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS; 2011). Segundo dados da pesquisa de Demografia Médica no Brasil realizada pelo CFM (2011), foi observado, no ano de 2009, pela primeira vez no país, entre os novos registros neste Conselho, um número maior de profissionais médicos do sexo feminino em relação ao masculino.

Tabela 02 - Perfil dos médicos participantes do PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo idade, sexo e estado conjugal.

	Variáveis	Frequência relativa (%)
Idade	27 – 29	22,6
	30 – 39	45,2
	40 – 49	12,9
	50 -59	12,9
	60 e mais	6,4
Sexo	Feminino	32,3
	Masculino	67,7
Estado Conjugal	Casado	45,2
	Solteiro	48,2
	Separado	6,4

Como mostra a Tabela 02, 45,2% dos médicos da amostra são casados, enquanto 48,2% são solteiros. Esses dados estão contrapostos a vários estudos em que predomina o estado conjugal casado, como demonstrado por Camelo; Angerami (2008), ao estudarem os profissionais das equipes da ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde pertencentes a seis equipes de Saúde da Família) de Ribeirão Preto (66,6% de casados), e também Pinto; Mennezes; Villa (2010), ao estudarem a situação de trabalho dos profissionais da ESF em Ceará-Mirim, em que 53,3% dos médicos da amostra eram casados.

5.3 Perfil dos médicos participantes efetivos do PEP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, segundo tempo de formação, titulação máxima e tempo de serviço no município.

A Tabela 03 mostra o perfil dos médicos participantes do PEP, que apresentaram frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAP, no período de novembro/2010 a maio/2012, em relação ao tempo de formação, titulação máxima e tempo de serviço no município.

Pode-se observar que 35,5% dos profissionais têm menos de cinco anos de formação como médicos. Entretanto, 22,6% são formados há cinco ou menos de 10 anos, 12,9% têm 10 ou mais anos de formação e menos de 20, enquanto 29,0% possuem 20 ou mais anos de formação profissional (Tabela 03).

Estes dados desmitificam uma ideia bastante difundida de que o trabalho no SUS é uma possibilidade apenas para os primeiros anos de carreira. Estudos demonstram que a ESF tem sido uma alternativa de trabalho para médicos com larga trajetória profissional, incluindo aposentados ou aqueles prestes a recorrer à aposentadoria (BRASIL, 2006).

Tabela 03 - Perfil dos médicos participantes efetivos do PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012, segundo tempo de formação profissional, titulação máxima e tempo de serviço no município.

	Variáveis	Frequência relativa (%)
Tempo de formação profissional	< 5 anos	35,5
	≥ 5 a < 10 anos	22,6
	≥10 a <15 anos	9,7
	≥15 a < 20 anos	3,2
	≥20 anos	29,0
Titulação máxima	Graduação	45,2
	Pós-Graduação	48,4
	Residência	6,4
Tempo de serviço no município	1 a < 5 anos	67,7
	≥ 5 a < 10 anos	19,4
	≥10 a < 15 anos	3,2
	≥15 a < 20 anos	3,2
	≥ 20 anos	6,5

Como mostra a Tabela 03, 45,2% dos médicos participantes da pesquisa possuem graduação, enquanto 48,4% relataram possuir pós-graduação. Esses dados são corroborados pelo estudo do CFM (2011), que apontou que 44,9% dos médicos do Brasil são generalistas. Na RASJ a razão especialista/generalista calculada foi de 1,07. Este índice foi inferior ao referido para a região Sudeste (1,16), para o Estado de Minas Gerais (1,36) e abaixo da média nacional (1,23). Segundo este trabalho do CFM, a razão especialista/generalista por grandes regiões reflete de alguma forma a distribuição de médicos pelo país.

Observou-se na pesquisa dos médicos do PEP na RASJ, que 66,7% dos profissionais com especialização estão na faixa etária de 30 a 39 anos (dados não mostrados). Os profissionais do sexo masculino que possuem pós-graduação representam 36,8%, enquanto que do sexo feminino representam 80,0%. Entretanto, o levantamento realizado pelo CFM mostra que 40,6% dos médicos especialistas do país são do sexo feminino, enquanto 59,4% são do sexo masculino (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Do total de médicos com especialização, 26% o fizeram na área de saúde da família, dado corroborado pelos trabalhos de Espíndola; Lemos; Reis (2011) e Fontanive (2009), com o percentual de 25,0% e 22,0% de médicos com especialização nesta área, respectivamente. Entretanto, nossos resultados diferem daqueles demonstrados por Assis *et al.* (2012), que encontraram uma taxa de 36% de médicos com especialização em saúde da família.

Quanto à residência médica apenas 6,4% dos médicos entrevistados possuíam este título, sendo que todos na área de pediatria (dados não mostrados). No trabalho de Lopes; Bousquat (2011), no município de Praia Grande, SP, 27% (11 médicos) possuíam residência médica.

Segundo Lopes; Bousquat (2011), a qualificação inadequada dos profissionais pode gerar inúmeras consequências. Entre elas, deve-se destacar a baixa qualidade da assistência prestada, dificultando a melhoria das condições de saúde da população. Esses autores argumentam ainda que a inexistência de programas de capacitação que permitam o crescimento e aprimoramento profissional pode contribuir para a evasão desses profissionais, que vislumbrariam a necessidade de complementar sua formação acadêmica. O Estado de Minas Gerais, dentre outros investimentos na capacitação profissional, passou a investir na Educação Permanente para médicos da ESF, a partir de 2005, com a criação do PEP.

Quanto à pós-graduação, os médicos que fizeram parte da amostra para este estudo declaram possuir especialização (48,4%), não sendo relatada a titulação de mestrado e doutorado.

As áreas nas quais os profissionais médicos se especializaram foram alergologia (4,4%), anestesiologia (4,4%), medicina de trânsito (4,4%), cirurgia geral (4,4%), gestão da clínica (4,4%), endocrinologia (4,4%), homeopatia (4,4%), medicina social e preventiva (4,4%), pediatria (4,4%), gastroenterologia (8,6%), dermatologia (12,9%), medicina do trabalho (12,9%) e saúde da família (26,0%) (dados não mostrados). A análise destes dados mostra que é grande o número de médicos atuantes na ESF na RASJ e participantes assíduos do PEP que possuem especialização. Isso demonstra uma busca pela qualificação e pela qualidade no atendimento médico.

Silva *et al*. (2011a) realizaram um estudo sobre o perfil do médico que atua na ESF e demostraram, por análise qualitativa, que muitos dos profissionais entrevistados entendem que é possível compatibilizar a especialização médica com uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, necessário na ESF e na APS.

Em se tratando do tempo de serviço, observa-se que 67,7% dos médicos atuam no mesmo município, há mais de um e menos de cinco anos, enquanto que 19,4% há cinco ou mais anos e menos de 10 anos. Esses valores são inferiores àqueles relatados por Assis *et al*., (2012), que referem cerca de 36,0% dos médicos atuando no mesmo município, pelo período de cinco a 10 anos. Outro trabalho, realizado por Gonçalves *et al*. (2009), apresenta um percentual de 11,1% de médicos atuantes no mesmo município, por um período compreendido entre cinco a 10 anos.

O perfil dos médicos frequentes no PEP, desenvolvido RASJ, revela um aspecto relevante e que deve ser considerado em termos de seu interesse pela participação no Programa: a maioria dos médicos frequentes no PEP é formada há menos de quatro anos. Esse dado se contrapõe aos estudos realizados por Bernardo; Janete, Nobre (2005), que apontam características como a experiência clínica, como motivação para os médicos buscarem outras modalidades de capacitação profissional.

5.4 Número de médicos inscritos no PEP e frequência de participação no Programa.

Com o intuito de analisar a adesão dos médicos da ESF dos municípios da RASJ ao PEP, foram considerados os relatórios referentes aos encontros de GAP, enviados no período de janeiro/2011 a dezembro/2012, pelo supervisor à coordenação do Programa na UFVJM, bem como as declarações de atesto de funcionamento de equipe de saúde da família enviadas à SRS de Diamantina pelos gestores municipais de saúde, também neste período. A Figura 10 apresenta os dados obtidos na análise destes documentos.

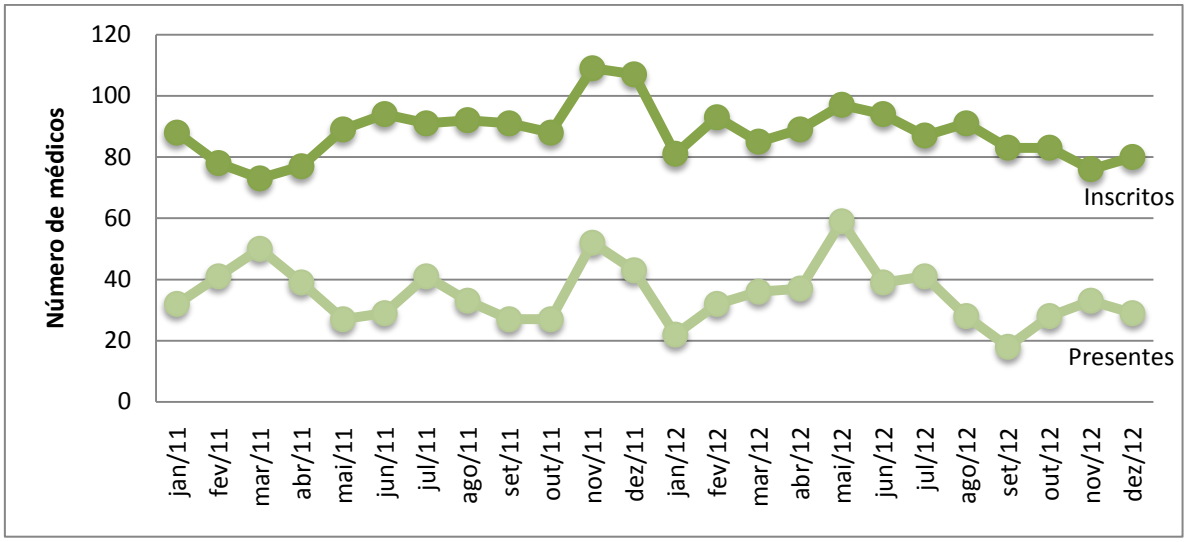


Figura 10 - Comparação entre o número de médicos inscritos e a frequência de participação nos encontros dos GAPs, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2011 e 2012.

A análise dos dados apresentados na Figura 10 possibilita observar que, existe uma tendência de proporcionalidade entre o número de médicos inscritos no Programa, e a participação dos médicos nos encontros do GAP.

A relação entre o número de médicos inscritos e de médicos presentes nos encontros de GAP do PEP na RASJ foi de 41,5% em 2011 e 38,4% em 2012 (dados não mostrados). No trabalho desenvolvido por Silva *et al.* (2010), 45,5% dos médicos participaram das atividades de Educação Permanente propostas. Estes autores explicitam, ainda, que dentre os profissionais participantes das atividades de Educação Permanente propostas, os médicos foram os menos frequentes.

Com relação à frequência de participação de médicos em outros cursos de capacitação, realizou-se um levantamento de eventos de educação continuada realizados na SRS de Diamantina, para os 15 municípios que integram a RS de Diamantina. Os dados foram obtidos nas listas de presença das capacitações oferecidas, os cursos analisados tiveram duração de três a oito horas, e foram ofertados aos médicos e a outros profissionais da área da saúde. Nos cursos de "Capacitação em Tratamento e Diagnóstico da Dengue", "Tratamento e Diagnóstico da Toxoplasmose e Meningite" e "Tratamento e Diagnóstico de Febre Maculosa", houve uma frequência de participação de médicos representando 20,0% dos municípios, em cada uma das capacitações. No curso "Teste Rápido para Diagnóstico da Dengue" não houve participação de nenhum médico (0,0%), enquanto na capacitação "Tratamento e Diagnóstico da Leishmaniose Tegumentar e Leishmaniose Visceral" houve participação de médicos,

representando 33,3% dos municípios. Sendo assim, chega-se a uma média de 18,7% de municípios representados nestas cinco capacitações ofertadas pela SRS Diamantina.

Observa-se, ainda, que a média dos médicos inscritos no PEP em 2011 foi de 89,8 médicos (dp = ± 10,8) e a média de médicos presentes foi de 36,7 (dp = ± 8,9). Para o ano de 2012, a média de inscritos foi de 86,6 (dp = ±6,4), e a média de médicos presentes foi de 33,5 (dp = ±10,5) (dados não mostrados).

5.5 Frequência de participação dos médicos nos encontros de GAP nos anos 2011 e 2012 na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG.

O PEP teve início na RASJ em outubro de 2010, e foi marcado pela realização de um Seminário Regional. Nos meses de novembro e dezembro de 2012, deste mesmo ano, aconteceram 13 encontros de GAP, com 50 médicos inscritos e 40 médicos presentes em novembro e, ainda, 57 médicos inscritos e 31 presentes em dezembro (dados não mostrados). A frequência de participação foi calculada dividindo-se o número de médicos presentes nos encontros, multiplicado por 100, pelo número de médicos inscritos no GAP no mês de referência.

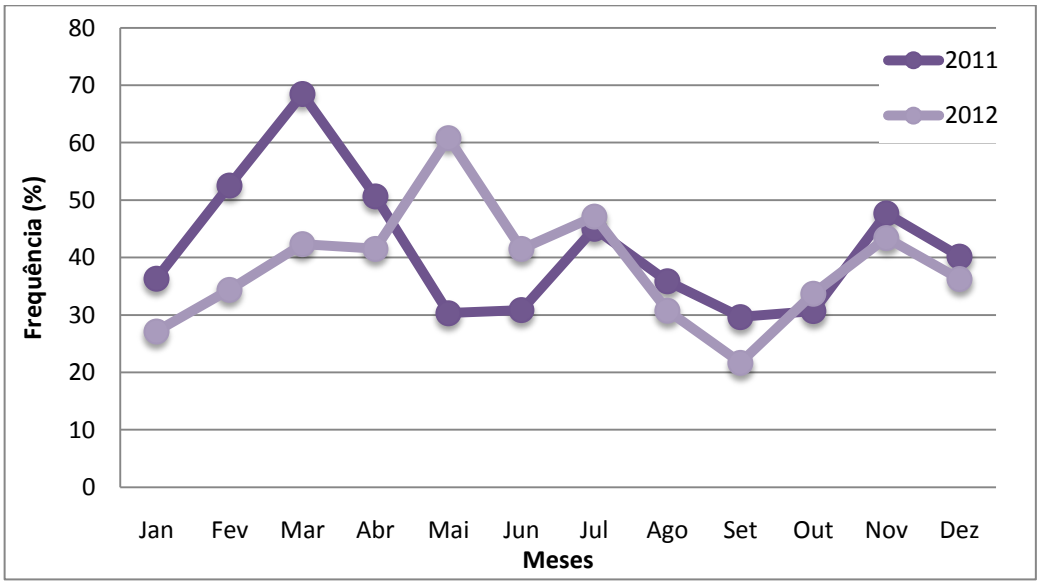


Figura 11 - Frequência de participação dos médicos nos encontros de GAP da Região Ampliada de Saúde de Jequitinhonha nos anos de 2011 e 2012.

A análise da Figura 11 permite observar que existe uma tendência de proporcionalidade na frequência de participação entre os meses dos dois anos avaliados.

Assim, nos anos de 2011 e 2012, houve uma tendência de queda na frequência de participação nos meses próximos ao período de férias escolares, podendo ser este o motivo de tal redução. Entretanto, é necessária a realização de uma pesquisa, por um período de tempo maior, para se tentar relacionar com fatores predisponentes para aumento ou queda da frequência.

Foram realizados 119 encontros de GAP na RASJ em 2011. Neste ano, o número médio de médicos inscritos por GAP foi de 8,8 (dp = ± 2,1), enquanto que o número médio de participantes nos encontros de GAP foi de 4,5 (dp = ± 2,5) por grupo. Neste período, a menor frequência apurada foi de zero (momento em o GAP não foi realizado) e, a maior frequência observada, foi de sete médicos por grupo (dados não mostrados).

No ano de 2012, foram realizados 133 encontros de GAP, sendo que a média de médicos inscritos foi de 9,5 (dp = ± 2,6) e, a média de presença dos médicos registrada, foi de 4,2 (dp = ± 2,7) (dados não mostrados).

O número médio de médicos inscritos nos dois anos e dois meses (novembro/2010 a dezembro/2012) de funcionamento do PEP na RASJ foi de 9,2 (dp = ± 2,4) e, a média de médicos presentes nos encontros, foi de 4,4 (dp = ±2,6), o que representa uma frequência de participação média de 47,8% (dados não mostrados). Ao comparar com a representatividade nos cursos de educação continuada ofertados pela SRS Diamantina, observa-se que a participação no PEP representa mais de 250% da representação nos referidos cursos.

Segundo as diretrizes do PEP, descritas na Resolução 3229/2012 da SES/MG, cada GAP deve ser formado por oito a 12 médicos, uma vez que a metodologia do Programa está ligada à aprendizagem em pequenos grupos. Assim a média de participação de 4,4 médicos por GAP apresenta-se abaixo do preconizado, podendo haver comprometimento no processo de aprendizagem. Entretanto, no contrato firmado em 2013 entre a SESMG, através da ESP/MG, e as Universidades para manutenção do Programa em Minas Gerais, esta Secretaria já aceita uma frequência de participação de seis médicos por GAP, baseando-se em trabalhos que mostraram que, com este número de participantes, não há prejuízo na aprendizagem.

O Termo de Compromisso do Programa Saúde em Casa, assinado pela gestão municipal de saúde, em seu artigo VII, cláusula III, prevê a garantia de que as atividades de Educação Permanente aconteçam em horários protegidos, ou seja, durante os horários de trabalho dos profissionais médicos. Isso deveria garantir a participação destes profissionais no Programa e aumentar a frequência nos encontros dos GAPs. No entanto, observa-se uma

participação média baixa, se comparada ao número de médicos inscritos em cada grupo, mas, muito acima da frequência média de participação nos cursos de educação continuada, ofertados pela SRS Diamantina, como mostrado acima. Importante ressaltar que, embora 92,9% dos gestores municipais de saúde tenham afirmado que procuram avaliar o comparecimento dos médicos de seu município no PEP, essa ação não tem sido muito efetiva. Seria interessante que, além de avaliar o comparecimento, os gestores estimulassem seus médicos a participarem do Programa.

O fato dos encontros e atividades do PEP acontecerem em horário protegido tem uma importância relevante. No estudo feito com profissionais de enfermagem na clínica médica de um hospital de Minas Gerais, dentre as dificuldades apontadas para a participação em programas de Educação Permanente, foi citado que estas atividades geralmente ocorrem em horários em que os profissionais estão a serviço em outras instituições e, ou fora do horário de trabalho (71,4%). Ainda neste estudo, são apontadas sugestões para aumentar a participação dos profissionais no Programa de Educação Permanente, sendo a principal delas que, as atividades sejam realizadas durante o horário de trabalho (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

5.6 Levantamento de temas estudados nos GAPs comparados com o motivo da consulta apontado pelos usuários.

Nos encontros dos GAPs são reservados momentos para que os participantes, conduzidos pelo supervisor, levantem, através do preenchimento de uma planilha de necessidades, as demandas de aprendizagem. Como critérios para definir os temas a serem estudados, os médicos consideram e pontuam: o potencial de melhoria da qualidade de vida da população, a prevalência da patologia ou condição, o potencial de enriquecimento e o potencial de avaliação. Assim, espera-se que os GAPs trabalhem questões de saúde que são importantes para que o grupo possa sanar suas dificuldades e atender melhor a população adscrita às Unidades de Saúde. Então, os temas estudados pelos grupos, devem relacionar-se com os motivos que levam os usuários às ESFs, para se consultarem.

Para verificar se existe essa relação entre temas estudados pelos GAPs na RASJ e motivos de consulta referidos pelos usuários, participantes dessa pesquisa, foram analisados os relatórios dos encontros dos GAPs, produzidos pelos supervisores dos grupos, e os motivos citados pelos usuários que os levaram às últimas consultas médicas na ESF. Os resultados

relativos aos principais temas estudados, relacionados às patologias e os principais motivos da consulta referidos pelos usuários, são apresentados na Figura12.

Dentre os temas estudados pelos GAPs na RASJ, no ano de 2012, os principais assuntos eram relativos à metodologia do PEP (24,3%). Destes, 20,2% referiam-se à metodologia propriamente dita, 2,9% às habilidades de comunicação, e 1,2% ao PDP (dados não mostrados). É interessante observar que, os grupos estão preocupados em entender à metodologia do Programa, o que é fundamental para a sua execução e para que os profissionais possam aderir ao mesmo. Outro ponto a ser considerado para essa acentuada dedicação dos GAPs, ao estudo da metodologia do PEP é que, devido à alta rotatividade profissional, os grupos estão sempre se renovando e, a cada novo médico que chega ao GAP, é necessário que a metodologia do programa seja revista. No trabalho desenvolvido por Cotrim-Guimarães (2009), para profissionais de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria, em Montes Claros, MG, sobre fatores facilitadores e dificultadores na implantação de um Programa de Educação Permanente na clínica médica de um hospital, 50,0% dos gestores entrevistados sugeriram que a metodologia da Educação Permanente aplicada fosse estudada pelos profissionais, pois acreditavam que isto poderia gerar uma melhoria na inserção do profissional no processo, à medida que a mesma fosse melhor compreendida.

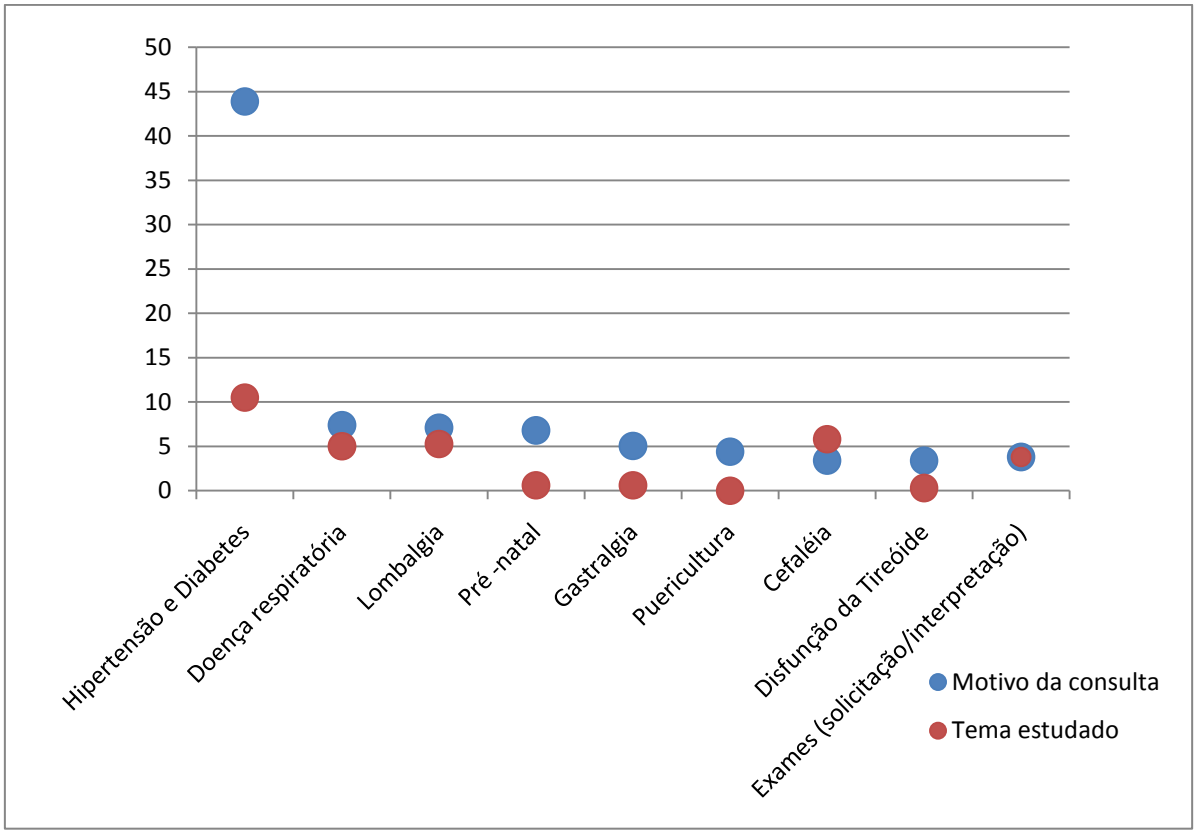


Figura 12 - Distribuição percentual dos principais motivos da consulta médica referidos pelos usuários entrevistados na ESF em relação aos principais temas, relativos a patologias, estudados pelos profissionais nos encontros de GAP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

A análise da Figura 12 nos permite observar que, dentre os temas relacionados às patologias, o assunto mais estudado pelos GAPs (10,5%) foram as doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que coincide com o principal motivo de consulta referido pelos usuários (43,9%). No estudo realizado por Fontanive (2009), sobre a necessidade de Educação Permanente em uma região no Rio Grande do Sul, os temas que os médicos sentiram maior necessidade de estudo estão associados às áreas de saúde mental, doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes.

Interessante ressaltar que, o percentual de consultas realizadas para solicitar exames, e o percentual de estudo nos GAPs, para interpretação de exames, foi coincidente (3,9%). A análise dos dados permite observar, ainda, a existência de uma proporcionalidade entre a demanda de assistência em doenças respiratórias e lombalgias, e o estudo de tais temas pelos GAPs na RASJ. Destaca-se também que, a cefaleia apresenta percentual de estudo mais elevado do que o motivo da consulta, referido pelo usuário. Isso talvez possa ser justificado

pela necessidade dos profissionais em compreender os sinais e sintomas que indicam uma doença neurológica mais séria, e que precisaria de encaminhamento para especialista.

Ressalta-se ainda que, no período de novembro de 2010 a dezembro de 2012, foram realizados 265 encontros de GAPs na RASJ, tendo sido estudados 50 temas diferentes (dados não mostrados). Esses dados mostram que, o processo educacional demanda a abordagem de um tema ou situação-problema de forma mais ampla, o que pode demandar mais tempo do que o disponível em um encontro. Além disso, a discussão de um tema pode ser iniciada no CAPP, em um encontro, perdurar por vários outros, até seu encerramento, fechando-se o ciclo com a constatação de que o objetivo foi atingido. O ciclo não tem prazo determinado.

Esse número é parecido ao observado por Fontanive (2009), ao estudar o perfil de profissionais médicos de 32 municípios do Rio Grande do Sul. Neste trabalho, Fontanive relata que os médicos das ESFs registraram a necessidade de estudo de 31 temas.

Conforme relatado anteriormente, os temas estudados foram eleitos pelos profissionais médicos, no momento do preenchimento da planilha de necessidades. No estudo de Cotrim-Guimarães (2009), os gestores e profissionais apontaram a importância da identificação pelos profissionais dos temas a serem estudados, o que garante além da aplicação da aprendizagem autodirigida, a utilização da situação problematizadora pela busca da necessidade dentro da realidade do profissional. Neste contexto, 100,0% dos médicos participantes desta pesquisa relataram que, os supervisores trazem para discussão nos GAPs, questões que foram priorizadas pelo grupo na planilha de necessidades (dados não mostrados).

Segundo Fontanive (2009), uma das formas de se identificar as necessidades de aprendizagem, expressas pelos profissionais nos serviços de APS, é verificar as principais demandas por assistência. Para Mayer; Piterman, (1999), as origens das necessidades de aprendizagem são decorrentes dos atendimentos aos usuários, onde a tomada de decisão é fortemente influenciada pela medicina baseada em evidências, favorecendo a segurança nas condutas, quando este paradigma está associado às ações desenvolvidas por profissionais da APS.

A observação dos dados aqui apresentados permite notar que os médicos participantes do PEP na RASJ, selecionam os temas de estudo, pautando-se nas necessidades da população por eles assistida. Os principais temas de estudo estão ligados às doenças ou condições crônicas, à metodologia do PEP e às habilidades de comunicação.

5.7 Estrutura disponível para o desenvolvimento das atividades do PEP nos municípios sede de GAPs na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG.

A Tabela 04 mostra que, mais da metade dos médicos do PEP que participaram desta pesquisa (51,7%), afirmaram que a sala de realização dos encontros de GAP não é ideal para o desenvolvimento das atividades, sendo que, 65,5% deles relataram que o PEP, ainda não tem sala própria. Ao consultar os documentos da coordenação do PEP na UFVJM, constatou-se que, dos 10 GAPs que estão em funcionamento na RASJ, apenas cinco (50,0%) possuem sala própria (dado não mostrado). Dentre os médicos participantes desta pesquisa, 65,5% afirmaram que o encontro do grupo é prejudicado pela inexistência de uma sala exclusiva para o GAP (dado não mostrado). Sabe-se que, a sala do PEP é uma contrapartida do município para sediar um GAP e, que esta deve ser ampla, arejada, clara, de uso exclusivo e fora da UBS, de forma a permitir a realização dos encontros de modo tranquilo e adequado, bem como o estudo dos participantes em outros momentos. Com relação aos equipamentos para montar a sala do PEP, estes ficam a cargo da SES/MG, mas, esta questão será abordada posteriormente. Em relação ao ponto de vista do médico, não foi observada relação significativa entre a sala do encontro do PEP ser ideal e possuir mobiliário confortável (x^2 = 11,63). Isso sugere que, os médicos acham que, mais importante do que o mobiliário ser confortável, é a possibilidade de reunirem-se em uma sala adequada (ampla, arejada, clara, tranquila, fora de Unidade de Saúde).

Tabela 04 - Descrição da infraestrutura e disponibilidade de materiais para funcionamento dos GAPs, sob o ponto de vista do médico e do gestor de saúde, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Variável	Variável analisada sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
A sala de encontros do PEP é ideal para o desenvolvimento das atividades	Médico	48,3	51,7
O GAP do qual você participa ainda não possui sala própria e isso prejudica as atividades	Médico	65,5	34,5
A sala dos encontros do PEP possui mobiliário confortável	Médico	69,0	31,0
Os materiais para o desenvolvimento das atividades no GAP estão sempre disponíveis	Médico	100,0	0,0
O município sede proporciona condições para a realização do GAP	Gestor	92,9	7,1

No trabalho desenvolvido por Carvalho *et al.* (2010), sobre a visão de médicos participantes de um curso de facilitadores para a Educação Permanente, apontou-se a garantia de infraestrutura para o desenvolvimento de atividades, como espaço, tempo, material e apoio, como fator que pode facilitar o desenvolvimento do programa de Educação Permanente.

O trecho extraído do relatório do supervisor de um GAP da RASJ, do mês de agosto de 2012, confirma o fato descrito numericamente:

> *"O GAP recebeu no fim de março os equipamentos para montar a sala. Como a sala anteriormente disponível ficou muito tempo sem estrutura, ela acabou se tornando uma sala para reunião de todos os setores da prefeitura. Colocar os equipamentos lá significaria compartilhá-los com todos os setores. Assim a SMS de [...] optou por estruturar um outro espaço, também dentro das exigências do PEP que deveria ter ficado pronto até o fim de maio, mas até hoje não conseguimos montar a sala. Os equipamentos estão no almoxarifado da Prefeitura. Recebemos material de consumo para o GAP, mas ele está guardado na casa do supervisor porque ainda não temos local seguro para guardá-lo na sala de GAP". (Relatório do Supervisor de um GAP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha em agosto de 2012).*

Como descrito anteriormente, no contrato firmado entre o Estado e o município, para o desenvolvimento das atividades do PEP, o município se compromete a ceder uma sala

exclusiva para as instalações do GAP. No último relatório do supervisor analisado, referente ao mês de dezembro de 2012 de um GAP da RASJ, ainda persistia a situação da sala não exclusiva para o PEP, segundo relato do supervisor:

> *"Houve um problema no dia da reunião uma vez que a chave da sala do PEP não foi encontrada. Foi providenciada uma sala (gabinete do prefeito) para que pudéssemos dar inicio à reunião já com atraso de duas horas. A sala era pequena e não tinha estrutura necessária para que pudéssemos desenvolver as atividades propostas para o dia. A sala deveria ser desocupada antes do horário proposto para o término da reunião. Uma vez que não havia sala disponível o grupo se reuniu em um local comum do prédio para tentar finalizar pelo menos uma das atividades propostas (término do CAPP). Mas por se tratar de área comum (corredor do prédio onde havia cadeiras, passagem de pessoas e do barulho não foi possível realizar todas as atividades propostas). Ao tentar reservar a sala para a próxima reunião fui informado que a sala já está reservada e foi reservado o auditório do prédio para o PEP.". (Relatório do supervisor de um GAP da Região ampliada de Saúde Jequitinhonha, novembro de 2012),*

Pode-se observar que, mesmo com mais de dois anos de funcionamento do PEP na RASJ, muitos municípios ainda não providenciaram um local exclusivo para a realização dos encontros dos GAPs e, a SES/MG também, ainda não disponibilizou todos os equipamentos e mobiliários. A falta de estrutura logística pode acarretar atrasos e inviabilidade dos encontros dos GAPs.

Com relação ao mobiliário, 69,0% dos médicos participantes da pesquisa, relataram que o mobiliário da sala dos encontros é confortável. Isto demonstra um empenho das Secretarias Municipais de Saúde em providenciar um espaço que propicie condições para o estudo, mesmo que a sala não seja exclusiva e, que alguns equipamentos, ainda não tenham sido entregues pela SES/MG. O fato foi também confirmado em relatório de supervisor: "*Sala espaçosa, bem ventilada com boa luminosidade. Local de fácil acesso com estacionamento no local. Presença de mesa e cadeiras propícias para as atividades"* (Relatório do supervisor de um GAP da RASJ, em maio de 2012).

Observou-se, também, em relatórios de supervisores situações que mostraram a inadequabilidade do ambiente para o GAP:

> *O GAP recebeu os equipamentos: computador, TV, geladeira e arquivo. Recebeu os livros e os materiais de consumo. Mas ainda não recebemos a mesa com cadeiras, ar condicionado e equipamento de filmagem. Utilizamos cadeiras desconfortáveis e a falta da mesa adequada tem prejudicado o emprego da metodologia do PEP. Nesse encontro a sala estava organizada e a internet funcionando bem. A falta de equipamentos para a filmagem tem prejudicado a aplicação da metodologia para melhorar a prática profissional durante as consultas médicas. (Relatório do supervisor de um GAP da RASJ, maio de 2012).*

O trecho acima, extraído do relatório do supervisor, mostra que, ainda faltam mobiliários e equipamentos, para o desenvolvimento das atividades do PEP, como já mencionado anteriormente. Ressalta-se que, uma das estratégias educacionais utilizadas no PEP é a filmagem de uma consulta, para que o profissional possa se ver em atendimento e, a partir daí, fazer uma reflexão sobre a sua atuação, detectando pontos positivos e negativos, buscando o crescimento profissional. A falta da filmadora, nesse caso, traz grande prejuízo ao desenvolvimento da metodologia do Programa. No entanto, quando os médicos que participaram da pesquisa foram questionados sobre a disponibilidade de materiais para o desenvolvimento das atividades do PEP, 100,0% deles relataram que os materiais para as atividades do GAP estão sempre disponíveis.

Nos últimos relatórios de supervisores analisados (relativos ao mês de dezembro de 2012), ainda persistiam problemas ligados à disponibilidade de material e espaço físico. Entretanto, esse não é um problema exclusivo do PEP na RASJ. Silva *et al.* (2010), analisando outro programa de Educação Permanente, apontaram a necessidade de melhoria do espaço físico, onde se realizam as atividades em grupo.

A Resolução 3229/2012 da SES/MG regulamenta que os encontros dos GAPs aconteçam mensalmente, com carga horária de oito horas, ou quinzenalmente, com carga horária de quatro horas, em cada encontro. Os grupos da RASJ optaram por realizar os encontros uma vez por mês, com carga horária de oito horas. Assim, em virtude de tão longo tempo de dedicação aos estudos, torna-se imprescindível um espaço físico adequado, tranquilo, confortável, ventilado e claro, com materiais e equipamentos disponíveis e, ao alcance de todos os participantes, de forma a garantir condições de trabalho ergonomicamente adequadas (os médicos no momento do encontro estão em horário de trabalho) e condições ambientais que predisponham à aprendizagem.

5.8 Motivação para o trabalho dos médicos na ESF e considerações dos gestores a respeito da Educação Permanente como instrumento de resolubilidade da APS.

Conforme demonstrado na Tabela 05, os médicos que responderam ao questionário da pesquisa (100,0%) sentem-se interessados e motivados para o trabalho na ESF, sendo que destes 67,7% referiram que muitas vezes se apresentam motivados, enquanto que 32,3% classificaram-se como sempre motivados e interessados no trabalho (dados não mostrados).

Tabela 05- Perfil e motivação do médico participante do PEP para a ESF, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Variável	Variável analisada sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
O médico se sente interessado e motivado para o trabalho na ESF	Médico	100,0	0,0
A ESF em que o médico trabalha se mostra como estratégia de organização da APS	Médico	96,8	3,2
O gestor de saúde considera a EP como instrumento de resolubilidade da APS	Gestor	92,9	7,1

O alto percentual de interesse e motivação dos médicos em relação ao trabalho na ESF, também pode estar relacionado com o tempo de formação profissional. Deve-se retomar a informação da Tabela 03, que mostra que 35,5% dos médicos possuem tempo de formação inferior a cinco anos. Para alguns autores, a opção de entrar diretamente no mercado de trabalho, em definitivo ou para prover algum acúmulo financeiro antes de optar por uma especialidade, é um ponto comum entre os médicos da ESF (RONZAN; RIBEIRO, 2004).

Esta pesquisa de avaliação do PEP, entretanto, não teve como objetivo a exploração da motivação e interesse do médico em trabalhar na ESF, mas, apenas apontar a presença ou ausência desta. Deve-se considerar, no entanto, que os médicos que se disseram motivados para o trabalho na ESF são também frequentes nos encontros do GAP, ou seja, são profissionais que realmente estão comprometidos com a APS, buscando aperfeiçoar-se de forma a prestar um serviço de qualidade e com resolubilidade.

5.9 Participação dos médicos no PEP: comparecimento dos profissionais aos encontros e visão da gestão municipal.

Realizou-se uma investigação, sob o ponto de vista da gestão municipal, quanto ao motivo que leva o médico a participar do PEP e, o comparecimento dos profissionais nos encontros. Esses dados são apresentados na Figura 13.

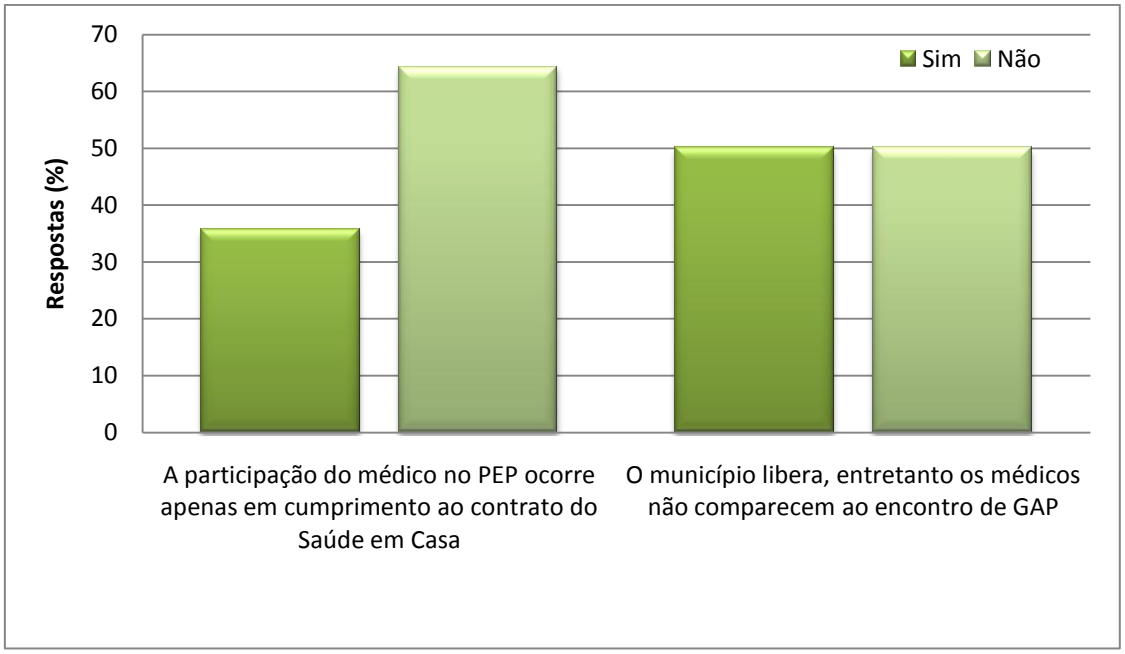


Figura 13 – Visão da gestão municipal quanto ao motivo que desencadeia a participação dos médicos nos encontros de GAP e o comparecimento dos médicos nos encontros, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

A análise da Figura 13 permite observar que, 35,7% dos gestores de saúde relataram que os médicos da ESF de seus municípios participam do PEP apenas como forma de cumprir o Contrato do Programa Saúde em Casa, firmado entre o Governo do Estado de Minas Gerias e a gestão municipal. Mas, para a maioria (62,5%) este não é o motivo da participação, enquanto 50% dos Secretários Municipais de Saúde afirmam que os médicos que são liberados para o PEP, não comparecem nos encontros.

Ao realizar a análise estatística, aplicando o Teste Exato de Fisher (0,01), encontrou-se uma relação significativa entre o gestor ver a participação do médico apenas como forma de cumprimento do termo de compromisso do Programa Saúde em Casa e, a liberação do médico pelo município com a não participação destes, nos encontros do PEP. Ou seja, se o gestor libera seus profissionais para os encontros apenas em cumprimento a um contrato, mas sem acreditar no Programa, não tem motivação suficiente para levar seus médicos a participar das atividades do PEP.

Entretanto, quando questionados, 100,0% destes gestores afirmaram conhecer os benefícios do Programa e, o que ele pode fazer pelo município, enquanto 92,9% dos gestores também consideram a Educação Permanente como um instrumento que pode aumentar a resolubilidade da APS (dados não mostrados). Estes dados mostram que, embora os gestores afirmem conhecer o Programa e seus benefícios para a APS, os mesmos creditam uma baixa importância à atividade de Educação Permanente, uma vez que afirmam que seus médicos só

participam porque há um contrato assinado. Isto é reforçado pelo fato de que 64,3% dos gestores que participaram da pesquisa afirmaram que, as atividades da ESF são prejudicadas no dia em que o médico se ausenta para participar do PEP, mostrando que é mais importante que, o médico possa atender às consultas, ao invés de comparecer às atividades do Programa. Ao analisar esse quesito, sob o ponto de vista do usuário, 84,0% deles relataram que compreendem a ausência do médico nos dias das atividades do PEP (dados não mostrados).

Sendo assim, considerando:

1. o conhecimento do gestor sobre o programa;
2. a compreensão pelos usuários quanto à ausência do profissional no dia dos encontros de GAP;
3. o tipo de atendimento de consultas referido pelos usuários na ESF, que é focado em doenças crônicas (40,7%);
4. e ainda, que a ESF pode instituir uma programação na agenda da saúde, sem sobrecarregar a agenda do médico e sem comprometer o funcionamento da Estratégia.

Pode-se afirmar que a participação do médico nos encontros não deveria ocorrer apenas em cumprimento a um contrato, mas como forma de aprimoramento, capacitação e Educação Permanente, com vistas à obtenção de resultados para a gestão municipal, uma vez apontada a compreensão da dimensão do programa pelos gestores.

5.10 Apoio para o desenvolvimento das atividades do PEP

Com relação ao apoio municipal para o Programa, analisou-se a disponibilidade do cronograma dos encontros do PEP, se a agenda da ESF é, ou não, favorável à participação dos médicos nos encontros, oportunidade de participação no PEP dada pela secretaria municipal de saúde, reorganização da agenda médica nos dias dos encontros de GAP, conforme pode ser visualizado na Tabela 06.

Tabela 06: Apoio da Gestão Municipal para a participação dos médicos no PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Variáveis	Variável analisada sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
Disponibilidade de cronograma de reuniões do PEP	Médico	100,0	0,0
Possibilidade de participação no PEP dada pela Secretaria municipal de saúde	Médico	93,1	6,9
A agenda de atendimento da ESF é cooperativa para a participação do médico no PEP	Médico	96,8	3,2
Para que os médicos participem do GAP, a SMS recomenda que os pacientes agendados para o dia do encontro sejam remarcados para o dia anterior ou posterior ao do encontro.	Gestor	84,6	15,4

Conforme mostra a Tabela 06, os médicos participantes da pesquisa (100,0%), afirmaram que o cronograma de reuniões do PEP é sempre disponibilizado. Cotrim-Guimarães (2009) descreve que um fator que dificulta, sob o ponto de vista do profissional, os programas de Educação Permanente, é a divulgação ineficiente da agenda de horários das atividades para os participantes.

Quando questionados quanto à agenda da ESF, 96,8% dos médicos responderam que a agenda é favorável à participação dos mesmos no Programa. Entretanto, 84,6% deles afirmaram que os gestores recomendam que os pacientes, agendados para o dia do encontro, sejam remarcados para o dia anterior, ou posterior à realização da atividade de Educação Permanente. Cotrim-Guimarães (2009) aponta que para 71,4% dos participantes de um programa de Educação Permanente, um dos fatores citados como dificultadores para a participação dos mesmos é a sobrecarga de trabalho.

5.11 Fidelidade metodológica

Com relação ao emprego da metodologia do Programa, todos os médicos participantes da pesquisa responderam que o supervisor do GAP segue a metodologia do PEP, trazendo como temas de estudo os assuntos priorizados na planilha de necessidades. A identificação de temas de estudo relevantes a serem trabalhados na Educação Permanente foi apontada como

muito importante pelos profissionais da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria no município de Montes Claros, MG, e também pela equipe gestora desta instituição, tendo sido apontada como uma das formas de aumentar a adesão dos profissionais à Educação Permanente (COTRIM-GUIMARÃES, 2009). Para Alfradique; Mendes (2002), o desenvolvimento de estratégias de Educação Permanente em Saúde deve envolver, no processo de aprendizado, a escolha dos conteúdos pelos próprios profissionais.

Para 86,2% dos médicos que participaram da pesquisa, as necessidades de treinamento são atendidas quando levantados os temas para os CAPPs. Em se tratando do PDP, 76,7% dos entrevistados afirmaram encontrar dificuldades em seu desenvolvimento (dados não mostrados).

Para 100% dos médicos que responderam ao questionário, os materiais didáticos metodológicos utilizados nos GAPs atendem à programação dos encontros do PEP, sendo que 61,3% afirmaram que sempre atendem, enquanto que 38,7% afirmaram que os materiais muitas vezes atendem as necessidades para a Educação Permanente (dados não mostrados).

Em relação ao tempo despendido nos encontros do GAP, 96,7% dos médicos afirmaram que o tempo é suficiente para discussão dos temas, enquanto que apenas 3,3% responderam que o tempo é insuficiente (dados não mostrados).

Com relação às estratégias de ensino utilizadas no PEP, todos os médicos que participaram da pesquisa referiram que estas favorecem a aprendizagem, sendo que destes, 34,5% afirmaram que sempre favorecem, 62,1% relataram que muitas vezes, enquanto que 3,4% afirmaram que as estratégias poucas vezes favorecem a aprendizagem. Dentre os participantes, 100,0% relataram que as atividades desenvolvidas no PEP propiciam atualização profissional, além de constituir espaço para discutir suas dúvidas e outras questões de saúde com os colegas de profissão, sentindo-se à vontade para partilhar sentimentos e sanar dúvidas (dados não mostrados).

Há evidências de que, intervenções educacionais podem melhorar a qualidade clínica e os desfechos em pacientes, pela mudança do comportamento/conduta do profissional. Dentre os métodos que apresentaram maior efetividade, destacaram-se aqueles que aliavam aprendizado teórico, prática clínica supervisionada, intervenções educacionais múltiplas com lembradores, discussões de caso, visitas de suporte assistencial, intervenções multifacetadas em um modelo interativo (FONTANIVE, 2009). O método do PEP se enquadra neste modelo, pois busca a Educação Permanente ligada à necessidade da prática; está estruturado em torno

dos Grupos de Aperfeiçoamento Profissional, como descrito por Silvério (2008): *Nessa atividade, os oito a 12 médicos participantes de um GAP assumem o compromisso de continuamente avaliar e aprimorar sua prática, com o suporte de seus pares e de um supervisor externo.*

Cotrim-Guimarães (2009) descreve que, 28,6% dos entrevistados em sua pesquisa, apontam a metodologia inadequada como um dos fatores que atuam como entrave para as atividades de Educação Permanente. Nesta pesquisa desenvolvida por Cotrim-Guimarães, 50% dos gestores propuseram a capacitação dos profissionais sobre a metodologia adotada para a Educação Permanente em saúde.

As metodologias ativas de aprendizagem, mais comumente traduzidas como Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas, se propõem a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem, tendo em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e valorizarem o aprender a aprender (MARIN, 2010).

Assim é a metodologia do PEP, problematizadora, voltada à aprendizagem de adultos, focada na participação ativa dos profissionais no processo de ensino-aprendizagem, baseada no estudo de temas que têm relevância para o serviço.

5.12 Encaminhamentos fornecidos pelos médicos e solicitados pelos pacientes

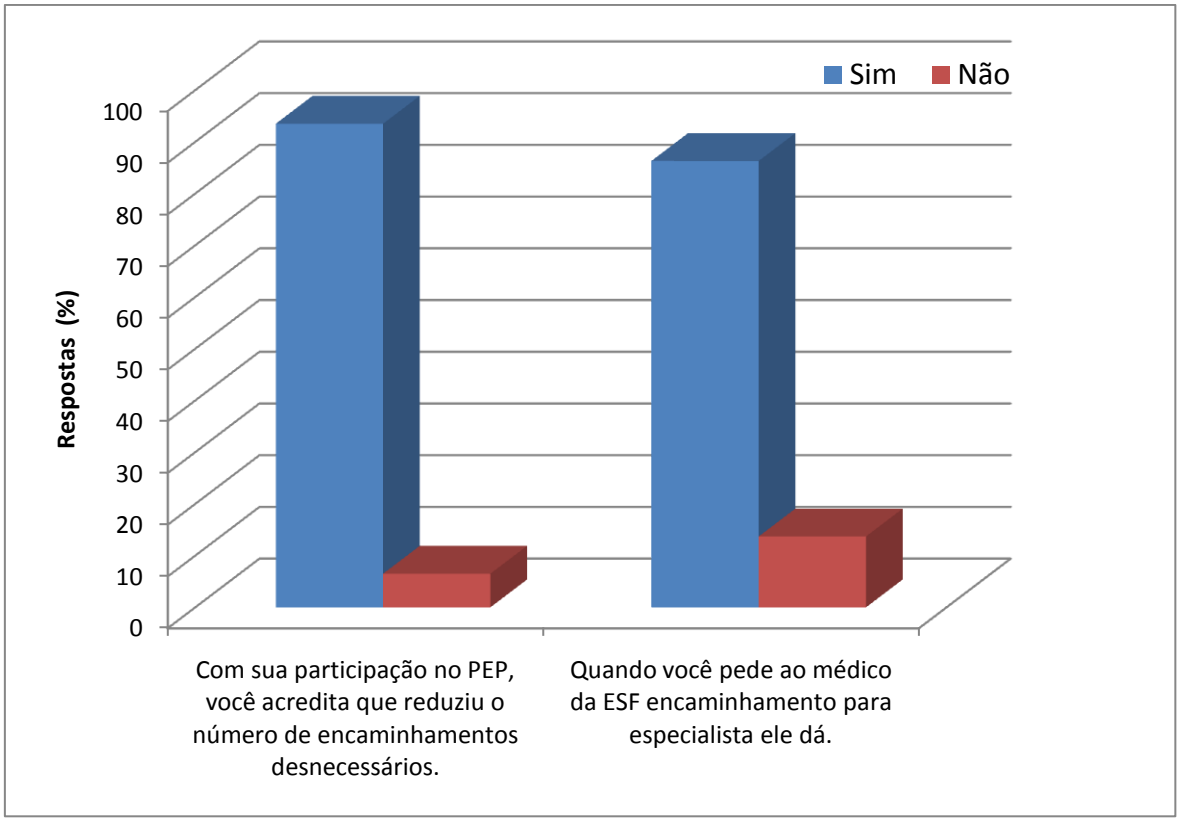


Figura 14 - Porcentagem de redução de encaminhamentos a especialistas fornecidos pelo médico(n=31), após participação no PEP, e encaminhamentos para especialistas solicitados pelos usuários(n= 211), Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

Ressalta-se que, dos 383 usuários que responderam ao questionário, 211 (55,0%) já haviam solicitado ao médico da ESF encaminhamento para consulta com especialista, sendo que 86,3% destes, afirmaram ter sido atendido de forma positiva em seu pedido, como mostra a Figura 14. Nascimento Júnior; Guimarães (2003) explicam que, o modelo de relação médico paciente também pode determinar esse tipo de atitude. O modelo de relação que enfoca a distância psicológica do médico com relação ao paciente compreende três momentos: 1) chamado fase do apelo, humano em que o profissional responde inicialmente à demanda do paciente, satisfazendo suas necessidades, não o frustrando e, ao aproximar-se, ainda não o considera como objeto de estudo; 2) chamada de afastamento ou objetivação, nesta fase o profissional já não considera o paciente como uma pessoa, mas sim como um objeto de estudo e, 3) a fase de personalização da relação, inicia-se após o estabelecimento do diagnóstico e do plano terapêutico. O profissional pode aproximar- se de seu paciente e considerá-lo não só como um caso, mas como pessoa que sofre com determinada enfermidade. Sugerem-se três possibilidades para os encaminhamentos relatados pelos usuários:

a) provavelmente, os encaminhamentos médicos relatados pelos usuários, participantes da pesquisa, possam ser comparados à primeira fase do modelo de relação descrito acima, onde o médico, inicialmente, cede aos apelos do usuário para ganhar sua confiança e credibilidade.

b) os usuários entrevistados nesta pesquisa possuem um vínculo com o médico por consultar com este há pelo menos um ano, o que os levou a responder que o médico lhe dá encaminhamento como forma de dizer que o profissional é realmente bom.

c) o profissional realmente emite encaminhamentos desnecessários a pedido do usuário.

Torna-se, portanto, necessária a realização de estudos mais aprofundados para que se possa tirar conclusões a respeito.

5.13 Melhoria da performance clínica e aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa

Quando questionados sobre o desempenho clínico, 96,6% dos médicos participantes desta pesquisa relataram que, os estudos em grupo ou individuais realizados no GAP, já ajudaram a resolver problemas relacionados ao atendimento, enquanto 93,5% deles referiram utilizar o método clínico centrado na pessoa em suas consultas. Esses dados podem ser vistos na Tabela 07:

Tabela 07 - Melhoria da performance clínica, sob o ponto de vista dos médicos participantes do PEP, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Variável	Sim (%)	Não (%)
Estudos em grupos e PDPs já ajudaram a resolver problemas no atendimento médico	96,6	3,4
Utilização do MCCP nas consultas	93,5	6,5
Percepção na melhoria da qualidade da saúde da população pela participação do médico no PEP	90,0	10,0
Redução de encaminhamentos desnecessários	93,5	6,5
Redução de pedidos de exames desnecessários	96,8	3,2

A Tabela 07 mostra que, do total de médicos entrevistados, 90,0% relataram perceber melhoria da qualidade de saúde da população, por sua participação no PEP. No trabalho realizado por Silva; Matos; Filho (2010), 55% dos profissionais relataram uma melhoria da

performance após participação em programas de Educação Permanente. Franco *et al*. (2005) explicaram que a mudança, muito referida por profissionais, pela participação em programa de Educação Permanente, está relacionada com um maior comprometimento do médico, e com a realização de atendimento no qual o paciente é visto integralmente.

Dentre os médicos participantes da pesquisa, 93,5% e 96,8% afirmaram ter reduzido os encaminhamentos e pedidos de exames desnecessários, respectivamente, conforme mostra a Tabela 07. No Brasil, são raros os estudos que abordam diretamente a solicitação de exames médicos. Os estudos são seletos e não refletem a realidade do todo do sistema de saúde (BRASIL, 2002b).

Capilheira; Santos (2006) apontaram que a investigação diagnóstica é uma prática muito popularizada entre pacientes e médicos. É necessário considerar a necessidade e os riscos nos exames. Os riscos são inerentes ao próprio exame, ou ligados à própria prática de exagerar no número e indicação de exames complementares. O que traz um custo financeiro, tanto para o paciente, quanto para o sistema; a ansiedade gerada a partir da expectativa de um resultado ruim; o menosprezo pelo exame clínico; a superlotação nos laboratórios e outros serviços. Diante da grande demanda de pedidos, pode haver um atraso no diagnóstico, em situações em que a evidência clínica seria suficiente e, por fim, diagnósticos equivocados, considerando-se que cada exame solicitado apresenta variadas proporções de resultados falso-positivos e falso-negativos.

Sendo assim, baseando-se na visão dos médicos frequentes no PEP da RASJ, pode-se inferir uma melhor performance clínica dos mesmos.

A Tabela 08 mostra o desempenho dos médicos na utilização do MCCP, após sua participação no PEP.

A análise dos dados mostrou, ainda que, 93,5% dos médicos participantes relataram melhoria na inter-relação com o paciente, após sua participação no PEP (dados não mostrados). Franco; Bastos; Alves (2005) citam que 85,4% dos médicos participantes de seu estudo consideraram a relação com o paciente diferenciada na ESF, por esta permitir uma maior proximidade e confiança, se comparada a outros serviços de saúde.

A maioria (96,0%) dos usuários que participou da pesquisa afirmou que o médico da ESF dá orientações claras a respeito da sua doença, certificando-se do seu entendimento. Segundo 93,1% dos usuários, o médico participante do PEP explica de forma clara como se deve tomar o medicamento. No entanto, segundo o ponto de vista dos usuários, apenas 43%

dos médicos perguntam sobre opiniões, ao planejar o tratamento e cuidado para o paciente (Tabela 08). Ao estudar a comunicação entre médicos e pacientes, Caprara; Rodrigues; Montenegro (2001) relataram que, no começo da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Mas, apesar disso, esses autores afirmam que 39,1% dos médicos não explicaram de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Esses autores afirmaram que os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente quanto às indicações terapêuticas.

Tabela 08 - Utilização do MCCP e percepção do usuário para o atendimento dos médicos do PEP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

Variável	Variável analisada sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
Quando você vai à consulta, o médico ele dá orientações claras a respeito de sua doença e certifica-se de que você as entendeu.	Usuário	96,0	4,0
O médico explica com detalhes a forma de tomar medicamento	Usuário	93,1	6,9
O médico pergunta sobre suas opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você	Usuário	43,0	57,0

Da mesma forma, no estudo desenvolvido por Caprara e Rodrigues (2004), os médicos pesquisados não reconhecem o seu paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela própria saúde, além de não desenvolverem a autonomia e participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento e suas práticas de prevenção e promoção da saúde.

Nascimento Júnior; Guimarães (2003) apresentam que a participação do paciente na tomada de decisão varia de acordo com a relação médico-paciente. No tipo de relação chamada de atividade-passividade o paciente abandona-se por completo e aceita passivamente os cuidados médicos, sem mostrar necessidade ou vontade de compreendê-los. Na relação de direção-cooperação o médico assume seu papel de maneira, até certo ponto, autoritária, mas o paciente compreende e aceita tal atitude, procurando colaborar. No tipo de relação de participação mútua e recíproca o médico permanece no seu papel de definir os caminhos e os procedimentos, mas o paciente compreende e atua conjuntamente. Nesse caso, as decisões são

tomadas após troca de ideais e análise de alternativas. O paciente assume a responsabilidade, havendo então uma interpenetração de papéis, ou seja, uma aliança entre o cliente e o médico.

As percepções diferenciadas entre médicos e pacientes no relacionamento são influenciadas por questões que enfatizam a assimetria e dificultam o estabelecimento de uma melhor relação. Essa diferença é reafirmada pela compreensão da doença por parte do paciente, que perpassa por caminhos diversos daqueles do médico. A experiência da doença pelo paciente envolve os aspectos culturais, familiares e emocionais. Na literatura anglo-saxônica é chamada *illness* e, poucas vezes, é explorada pelo médico (EISENBERG, 1977). Há, portanto, uma diferença no processo de adoecimento e na doença.

Segundo Stewart; Mcwinney (1979), esse enfoque, em muito, pode contribuir para a realidade preocupante em que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são levados em consideração pelos médicos durante as consultas.

Assim, baseando-se na visão dos usuários participantes da pesquisa, pode-se inferir uma melhoria na performance profissional dos médicos frequentes no PEP.

5.14 – Habilidades de comunicação: Percepção do usuário e do médico

Ao analisar as habilidades de comunicação, sob a ótica dos médicos e dos usuários, no quesito entendimento, observa-se que, 97,3% dos usuários afirmam que sentem que o médico entende o que o usuário diz, enquanto 100,0% dos médicos relatam entender o que os usuários dizem (Figura 15). Estes dados, comparados aos dados da Tabela 08, demonstram que os médicos estão desenvolvendo habilidades de comunicação que permitem que eles ouçam mais os pacientes e, que eles possam esclarecer melhor as pessoas sobre sua doença e tratamento. No estudo de Cotta *et al*. (2006), 76,6% dos médicos afirmam entender o motivo da consulta relatada pelo paciente, enquanto que, para 95,4% dos usuários, o médico é claro nas suas explicações.

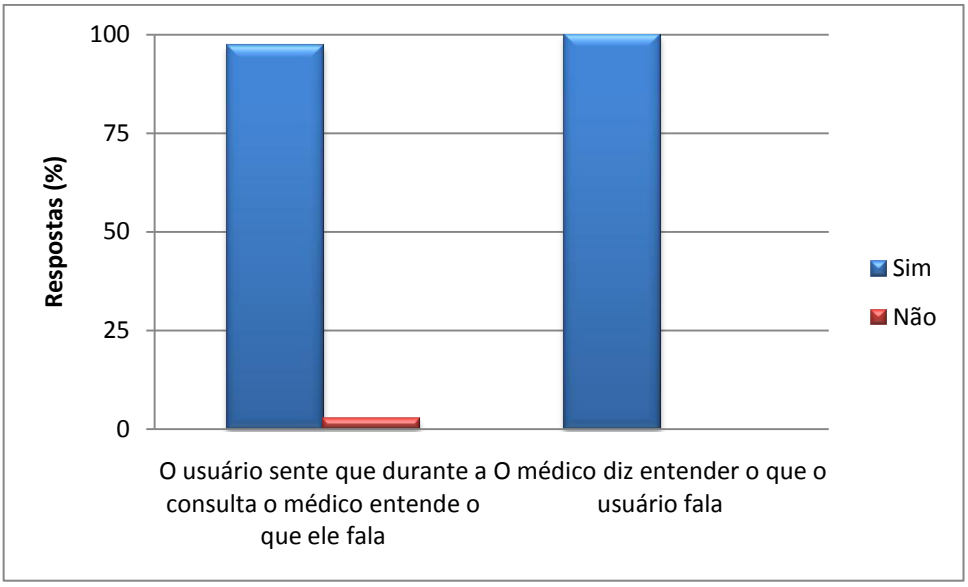


Figura 15 - Percepção de usuários e médicos participantes do PEP quanto à habilidade de comunicação: entendimento, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Apesar dos avanços tecnológicos, as habilidades para coletar história, realizar exame físico e para se comunicar com o paciente continuam as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas, diante de um caso clínico. No entanto, muitos acadêmicos terminam o curso médico com deficiências nessas habilidades essenciais (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO 2007).

5.15 Análise da consulta médica gravada: Tempo dedicado à entrevista

Pela análise do material gravado das entrevistas das consultas médicas (n = 09), a média do tempo das entrevistas foi de 6 minutos e 59 segundos (dp = 4,3), com tempo máximo de 14 minutos e 49 segundos e tempo mínimo de 2 minutos e 56 segundos. Entretanto, é importante salientar que neste trabalho, não foi gravada a consulta na íntegra, mas apenas a entrevista com o intuito de não interferir negativamente no trabalho do profissional, não tumultuar o serviço, nem constranger o usuário no momento do exame físico.

Franco; Bastos; Alves (2005) apontaram em seu estudo a duração da consulta de oito a 15 minutos. O tempo médio da consulta no trabalho de Caprara; Rodrigues (2004) foi de 9 minutos com uma ampla variação de 2 até 24 minutos. Em Cotta *et al.* (2006), 66,8% dos entrevistados relataram que a consulta tinha duração de 15 a 30 minutos. Assim, não se encontrou na literatura artigos que descrevem apenas o tempo da entrevista na consulta.

Caprara; Rodrigues (2004) relataram que um maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento, permitindo a realização de uma anamnese mais adequada, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e a inclusão da perspectiva do paciente na consulta. Ademais, um maior tempo de consulta facilita a escuta, o vínculo e o acolhimento (SILVA; VASCONCELOS; MATOS FILHO, 2010).

A inclusão da perspectiva do paciente traz consigo o poder de abstrair deste, dados fundamentais para a compreensão e tratamento, por isso, o tempo de escuta é fundamental na consulta. A média de interrupção da fala do paciente na descrição da queixa principal, ou motivo da consulta foi de 36 segundos (dp = $\pm$ 26), sendo que o tempo mínimo foi de 5 segundos e o tempo máximo de 1 minuto e dezessete segundos. Dentre as consultas filmadas, um médico participante (11,1% não interrompeu a fala do paciente e outro médico (11,11%) não permitiu que ele expressasse o motivo da consulta livremente, direcionando as perguntas desde o início da consulta (dados não mostrados). Pode-se observar que, com a inclusão da perspectiva do paciente na consulta, o médico consegue extrair do mesmo, informações importantes para o seu cuidado. O tempo de escuta do paciente também demonstra o desenvolvimento das habilidades de comunicação. Segundo o trabalho de Beckmam e Frankel (1984), 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, antes de 15 segundos da explicação do problema.

Mattos (2001) cita que a cobrança de produtividade para consultas médicas, pode impedir um atendimento norteado pelos princípios da integralidade, sobretudo, aqueles relativos a uma escuta atenta, à formação do vínculo com o paciente, ao acolhimento e à abertura para outras demandas e compromissos. Outro fato que se deve dar enfoque é que 62,1% dos médicos entrevistados na pesquisa do PEP possuem dois ou mais vínculos empregatícios (dados não mostrados), o que pode atrapalhar o cumprimento da carga horária de trabalho na ESF. Assim, com um menor tempo disponível para o trabalho e, com um grande número de consultas a serem feitas, resta realizá-las no menor tempo possível, de forma a cumprir as metas de produtividade. Nesses moldes, não resta muito tempo para evolver o paciente na consulta, ouvi-lo, discutir estratégias, tomar decisões conjuntamente. É mais rápido definir e comunicar.

5.16 Resultado da análise da filmagem na abertura da consulta e exploração de problemas

A análise da Tabela 09 mostra que, 77,8% dos médicos que tiveram suas consultas filmadas, acolheram o usuário de forma calorosa, pegando o prontuário, levantando-se, chamando o paciente pelo nome para se dirigir ao consultório médico, além disso, cumprimentando-o. Apenas 22,2% dos médicos não se levantaram e chamaram o paciente de dentro do consultório ou, então, pediram ao paciente recém-consultado para chamar o próximo ao término da consulta.

Tabela 09 – Descrição da análise da consulta dos médicos participantes do PEP (n=09), segundo *check list* de abertura da consulta, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

Variáveis	Sim (%)	Não (%)
Acolhe o paciente de forma calorosa	77,8	22,2
Apresenta a si mesmo e trata o paciente pelo nome	44,4	55,6
Demonstra respeito e interesse	100	0
Abre espaço para identificação de todos os problemas do paciente	77,8	22,2
Ouve atentamente sem interromper o paciente	66,7	33,3
Mantém uma postura corporal adequada	88,9	11,1
Faz contato visual	66,7	33,3
Usa encorajadores mínimos	66,7	33,3
Sumariza os problemas	44,4	55,6
Estabelece uma agenda para consulta	11,8	88,2

A análise das filmagens permitiu observar, ainda que, apenas 44,4% dos médicos se apresentaram aos usuários (Tabela 09), entretanto, deve-se destacar que neste indicador 100,0% dos profissionais chamaram os pacientes pelos nomes. Estas duas observações podem estar ligadas ao fato do médico ser conhecido do usuário e não ser a primeira consulta deste

com o profissional, uma vez que, foram considerados como critérios de inclusão na amostra da pesquisa, ser médico a no mínimo um ano da ESF daquele município e, o paciente ser acompanhado pelo médico há no mínimo um ano. Deve-se salientar ainda que, 100,0% dos médicos que tiveram a consulta filmada demonstraram interesse e respeito pelo paciente.

Observou-se ainda que, 77,8% dos profissionais deram abertura para que o paciente pudesse falar de seus problemas (Tabela 09). Importante destacar que, apenas dois médicos (22,2%) restringiram este espaço, sendo que um deles já fez a abertura da consulta com perguntas direcionadas, em sua maioria fechada.

Na análise das consultas filmadas pode-se notar também que, 66,7% (Tabela 09) dos médicos ouviram atentamente, sem interromper o paciente, demonstrando estarem alerta aos relatos dos mesmos, o que pode demonstrar a inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica. No entanto, conforme mostrado anteriormente, o tempo médio para interrupção da fala do usuário pelos médicos foi de 36 segundos, mas essa interrupção não significou que o paciente deixasse de fazer o relato de suas queixas, foi apenas o marcador para a primeira interrupção do médico. Na maioria dos casos os médicos continuavam com a exploração de problemas, com continuidade de relatos dos pacientes. Houve, neste momento, uma sobreposição da fase de abertura com a fase exploratória da consulta.

Com relação à postura corporal, a Tabela 09 mostra que, 88,9% dos médicos mantiveram uma postura corporal adequada, apenas um dos profissionais (11,1%), se manteve de pé durante grande parte da abertura da consulta.

Ainda, em relação à entrevista, 66,7% dos médicos que tiveram suas consultas filmadas, mantinham um contato visual com os pacientes. Os demais, embora demonstrassem interesse e atenção, se detinham ao registro escrito da consulta (Tabela 09).

O uso de encorajadores mínimos, também foi demonstrado por 66,7% dos médicos, como mostra a Tabela 09. Estes encorajadores são atitudes e expressões esboçadas pelo profissional, demonstrando que ele está acompanhando atentamente o paciente. Nesta análise, foram observados com maior frequência os encorajadores não verbais, como o olhar atento, a leve inclinação do corpo para frente e acenos com a cabeça.

A sumarização dos problemas na abertura da consulta foi observada em 44,4% das filmagens, sendo que em apenas uma filmagem (11,1%) foi verificado o estabelecimento de agenda para a consulta, como pode ser visto na Tabela 09, o que demonstra que neste momento o médico não inclui o paciente na perspectiva da consulta médica.

Tabela 10 –Análise da entrevista na consulta dos médicos do PEP (n=09), segundo *check list* de exploração de problemas, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Variáveis	Sim (%)	Não(%)
Encoraja o paciente a contar a história de seus problemas em suas próprias palavras	66,7	33,3
Usa perguntas abertas apropriadamente	100	0,0
Sumarização periodicamente	44,4	55,6
Ouve atentamente	88,9	11,1
Usa o parafraseamento	44,4	55,6
Faz reflexão de sentimentos	44,4	55,6
Demonstra comportamento não verbal apropriado	88,9	11,1
Usa encorajadores mínimos verbais e não verbais	77,8	22,2
Usa a sinalização	55,6	44,4
Encoraja o paciente a expressar seus sentimentos	66,7	33,3

A partir das filmagens realizadas pode-se observar que, 66,7% dos médicos encorajam o paciente a contar a história de seus problemas com suas próprias palavras. Ainda, 100,0% dos profissionais utilizam perguntas abertas apropriadamente.

A sumarização na parte de exploração dos problemas seguiu o padrão da abertura da consulta, sendo realizada somente por 44,4% dos profissionais, como mostra a Tabela 10.

A análise das filmagens permitiu, ainda, observar que 88,9% dos médicos ouviram atentamente os usuários, enquanto que 11,1% continuava (como na fase de abertura da consulta) se envolvendo bastante com a escrita do relato do paciente (Tabela 10). Os encorajadores mínimos, verbais e não verbais, foram utilizados em 77,8% dos casos.

No parafraseamento, o profissional devolve com suas próprias palavras, partes do conteúdo da informação passada pelo paciente, de forma a constatar se houve compreensão correta da fala do usuário. A análise das filmagens permitiu observar que houve parafraseamento em 44,4% das consultas analisadas, conforme pode ser visto na Tabela 10. A falta do parafrasemanento deixa de transmitir ao paciente a ideia de que o médico está ligado

a ele, deixa de tornar um pensamento do paciente conciso e principalmente deixa de dar uma direção à entrevista (SILVÉRIO, 2011).

Observou-se ainda que, 44,4% dos médicos realizaram reflexão de sentimentos, durante as filmagens (Tabela 10). Na reflexão de sentimentos, o médico tenta compreender o que o paciente experimenta emocionalmente na situação. Os resultados da pesquisa de Caprara; Rodrigues (2004) demonstraram que, em relação aos aspectos psicossociais, na maioria das consultas (91,4%), os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes, considerando-se que abordar esse aspecto envolve também compreender as diferentes visões de doença e saúde, vinculando-a a escala de valores daquela comunidade atendida, bem como o referencial próprio de doença que cada sujeito constrói ao longo de sua história pessoal e coletiva.

Em se tratando do comportamento não verbal, a análise das filmagens permitiu observar que, 88,9% dos profissionais apresentaram comportamento não verbal apropriado. Para a análise deste indicador, considerou-se a postura atenta e interessada do profissional.

Pela análise dos dados acima, pode-se observar que o médico participante efetivo do PEP está conseguindo mudar sua consulta, trabalhando o método clínico centrado na pessoa, incluindo a perspectiva do paciente na consulta médica.

5.17 Percepção do usuário quanto ao atendimento médico

A Figura 16 mostra os resultados da percepção dos usuários da ESF, quanto à mudança na qualidade do atendimento dos médicos que participaram do PEP, no ano de 2012.

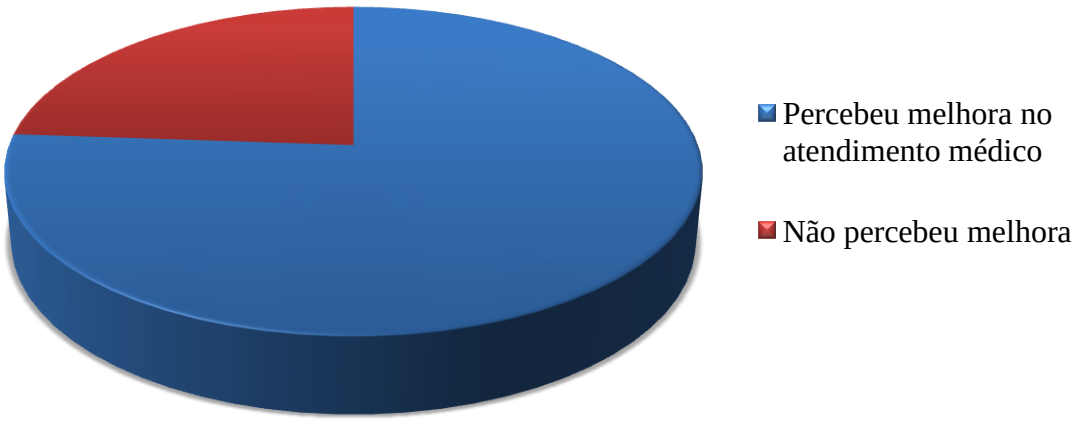


Figura 16 - Percepção dos usuários em relação ao atendimento do médico participante do PEP, na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

Conforme demonstrado na Figura 16, 76,1% dos usuários responderam ter notado diferença no atendimento médico no último ano, referindo melhoria na qualidade deste atendimento prestado pelo participante efetivo do PEP. Os usuários responderam que o médico se mostrou mais atencioso e preocupado com o paciente. Entretanto, 53,8% dos gestores (dados não mostrados) não souberam responder, quando foram perguntados, se os usuários da APS já mostravam satisfação com a mudança de atitude dos médicos, após iniciar sua participação no PEP. Para Urdan (2001), o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem estar.

5.18 Relação da percepção do usuário quanto à melhoria da consulta e número de consultas realizadas em 2012.

A Figura 17 expressa a relação entre percepção dos usuários quanto à melhoria no atendimento médico em 2012 e o número de consultas realizadas pelos mesmos naquele ano.

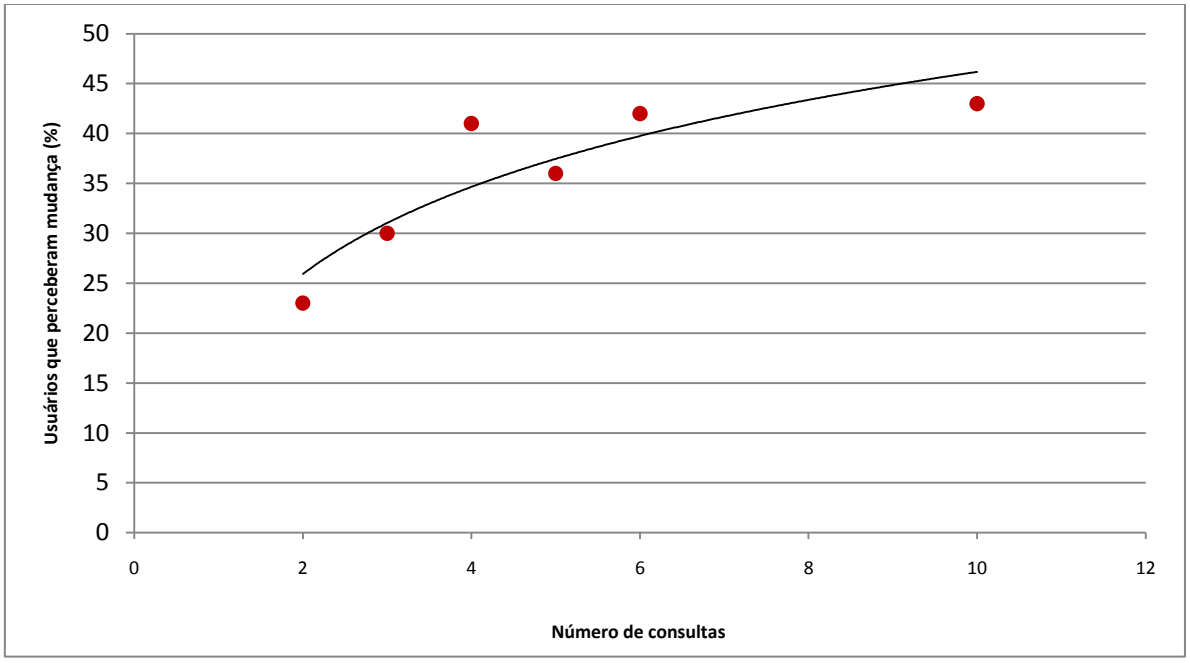


Figura 17 - Relação entre o número de consultas e o número de usuários do SUS que afirmaram ter percebido melhoria quanto ao atendimento dos médicos participantes do PEP, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012. A linha expressa uma tendência logarítmica.

Observa-se pela Figura 17 que, a percepção da melhoria da qualidade do atendimento médico tende a ocorrer com o aumento do número de consulta, entretanto, não é uma relação diretamente proporcional, o que mostra que outros fatores interferem nessa percepção.

Deve-se considerar que, a Educação Permanente, dentre outros pressupostos, deve redundar no aumento da satisfação do usuário do serviço de saúde (ALBERTSON e SCHILLING, 2002 apud, FONTANIVE, 2009).

5.19 Gestão dos resultados e acompanhamento de pacientes pelos médicos participantes do PEP.

Tabela 11 – Acompanhamento médico aos usuários e prescrição medicamentosa de médicos do PEP da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

	Variável analisada sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
O médico se preocupa se o tratamento indicado pode ou não ser seguido pelo usuário	Usuário	77,7	22,3
Depois que o usuário sai da consulta a equipe da ESF se preocupa na adesão ao tratamento/aquisição de medicamentos	Usuário	64,4	35,6
O médico fica sabendo se os usuários conseguem ou têm dificuldades em adquirir os medicamentos prescritos	Médico	96,8	3,2
O médico procura sempre prescrever medicamentos da Farmácia Básica	Médico	96,8	3,2
Os médicos continuam prescrevendo medicamentos que não estão incluídos na lista da farmácia básica	Gestor	85,7	14,3

Os dados da Tabela 11 mostram que, sob o ponto de vista do usuário, 77,7% dos médicos se preocupam se o tratamento indicado pode, ou não, ser seguido pelo paciente. Adicionalmente, do ponto de vista do médico, 96,4% deles dizem procurar prescrever sempre medicamentos disponíveis na farmácia básica, enquanto 85,7% dos gestores responderam que os médicos continuam prescrevendo medicamentos fora da lista da farmácia básica. Sugere-se três hipóteses para justificar esse achado: a) o médico realmente prescreve medicamentos que não integram a lista da farmácia básica; b) os medicamentos fornecidos pela farmácia básica não atendem a real situação de saúde do município; c) o gestor pode não estar acompanhando efetivamente as prescrições médicas. É necessário um estudo mais profundo para análise da situação, uma vez que uma destas hipóteses, ou mesmo todas, podem ser verdadeiras.

Em um estudo feito na APS em Contagem, MG, 83,0% dos medicamentos prescritos pelos médicos constavam na Relação Municipal de Medicamentos (BONTEMPO *et al.*, 2003). Este é um fato importante, pois a disponibilidade do medicamento para o usuário pode aumentar a adesão ao tratamento e, ainda, pode contribuir para a redução dos custos financeiros do município.

Neste trabalho de avaliação do PEP, não foi possível trabalhar com número de prescrições de medicamentos feitas pelos médicos do PEP, pois não há registro regular no sistema de gerenciamento da assistência farmacêutica dos municípios, não havendo um controle e avaliação da dispensação de medicamentos. Diante disso, não se conseguiu fazer conclusões sobre esse item no estudo.

Mesmo o gestor municipal afirmando não ter observado melhora nas prescrições médicas, 71,4% dos secretários municipais de saúde responderam ter percebido mudança na conduta dos médicos, após a participação destes no PEP (dados não mostrados).

Com relação ao acompanhamento do paciente pela ESF, 64,4% dos usuários disseram que a equipe se preocupa com a sua adesão ao tratamento e, também, com o fato de ter ou não adquirido os medicamentos prescritos. Percebe-se assim, ser necessário que a equipe da ESF seja instruída para esse olhar de acompanhamento da população.

5.20 Acompanhamento do paciente pelo médico participante do PEP como forma de garantir a integralidade da atenção.

Como pode ser observado na Tabela 12, 74,2% dos usuários apontam que os médicos têm conhecimento de todas as consultas que os mesmos fazem a especialistas, enquanto 87,5% afirmam que, o profissional discute com os usuários sobre os encaminhamentos e onde poderiam ser atendidos. É interessante comparar com a resposta fornecida pelos profissionais, quando 100,0% destes afirmaram que sempre fornecem informações por escrito para que o usuário possa se consultar com o médico especialista, além de afirmarem que sempre conversam na ocasião do retorno, com o usuário sobre a consulta especializada realizada. Entretanto, apenas 58,7% dos profissionais relatam receber a contra referência.

Tabela 12 – Acompanhamento de pacientes e participação na consulta/atendimento, na referência e contra referência por médicos participantes do PEP da Região de Saúde Jequitinhonha, 2012.

	Variável sob o ponto de vista do	Sim (%)	Não (%)
Médico tem conhecimento de todas as consultas que o usuário da ESF faz a especialistas	Médico	74,2	25,8
Médico discute com os usuários sobre os encaminhamentos e onde poderiam ser atendidos	Usuário	87,1	12,9
Ao encaminhar o usuário, o médico fornece informação escrita.	Médico	100,0	0,0
Médico recebe do especialista a contra referência	Médico	58,7	41,3
Médico conversa com o usuário sobre a consulta com especialista na ocasião do retorno	Usuário	100,0	0,0

É importante salientar a necessidade da estruturação da referência e contra referência como um fator organizador da rede de atenção à saúde, principalmente no ordenamento e na coordenação que a APS deve assumir na articulação da rede de atenção à saúde.

5.21 Rotatividade de profissionais médicos da ESF dos municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

A rotatividade de pessoal corresponde à proporção de empregados que deixa a organização (MEDEIROS *et al.,* 2010).

O índice de rotatividade calculado para médicos que possuem uma frequência de participação no PEP igual ou superior a 60,0% foi de 35,5% (índice considerado por Anselmi e Angerami como uma rotatividade ruim). Quando o cálculo foi aplicado aos médicos que não participam do PEP ou que possuem uma frequência inferior a 60,0%, o índice foi de 60,9% (índice considerado por Anselmi e Angerami como uma rotatividade crítica), conforme pode ser visto na Figura 18. Pode-se observar que a rotatividade profissional na RASJ em 2012 foi 71,6% maior entre os médicos que não participam ou que participam esporadicamente do PEP em relação àqueles que são frequentadores assíduos do Programa. É importante salientar que 50,0% dos gestores de saúde dos municípios estudados (dados não

mostrados) afirmam que conseguem perceber satisfação e vontade do profissional médico em ficar no município após sua inserção no PEP.

Ainda para Medeiros *et al.* (2010), a estabilidade na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade, sendo que a rotatividade prejudica a efetividade da ESF .

O estudo de Medeiros *et al*. (2010), realizado no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, mostrou que o índice de rotatividade de médicos vem aumentando progressivamente, sendo que em 2002 a rotatividade de médicos foi de 5,9%; em 2003, de 32,1%; em 2004, de 25,8% e, em 2005, de 64,5%., observando-se a evasão dos profissionais do sistema público para o sistema privado. No caso dos médicos dos municípios da RASJ, os profissionais migram para outros municípios do interior ou próximo à capital do Estado.

Segundo Campos; Malik (2008), muitos fatores podem explicar a rotatividade de profissionais nos serviços, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade. Ao observar a Tabela 05, que trata da motivação dos médicos para o trabalho na ESF, verificou-se que 100,0% dos médicos participantes desta pesquisa responderam que se sentem interessados e motivados para o trabalho na ESF. Pode-se inferir, portanto, que a motivação com o trabalho não é o único fator predisponente para a rotatividade dos médicos da RASJ, mas existem outros, já que a rotatividade caiu de 60,9% para 35,5% para os médicos que participam do PEP. A criação de vínculos com outros profissionais da região, a capacitação em temas relevantes para o dia-a-dia do médico na ESF, a percepção de uma maior resolubilidade com seu trabalho, são objetivos perseguidos continuamente pelo PEP e que talvez estejam contribuindo para essa queda da rotatividade.

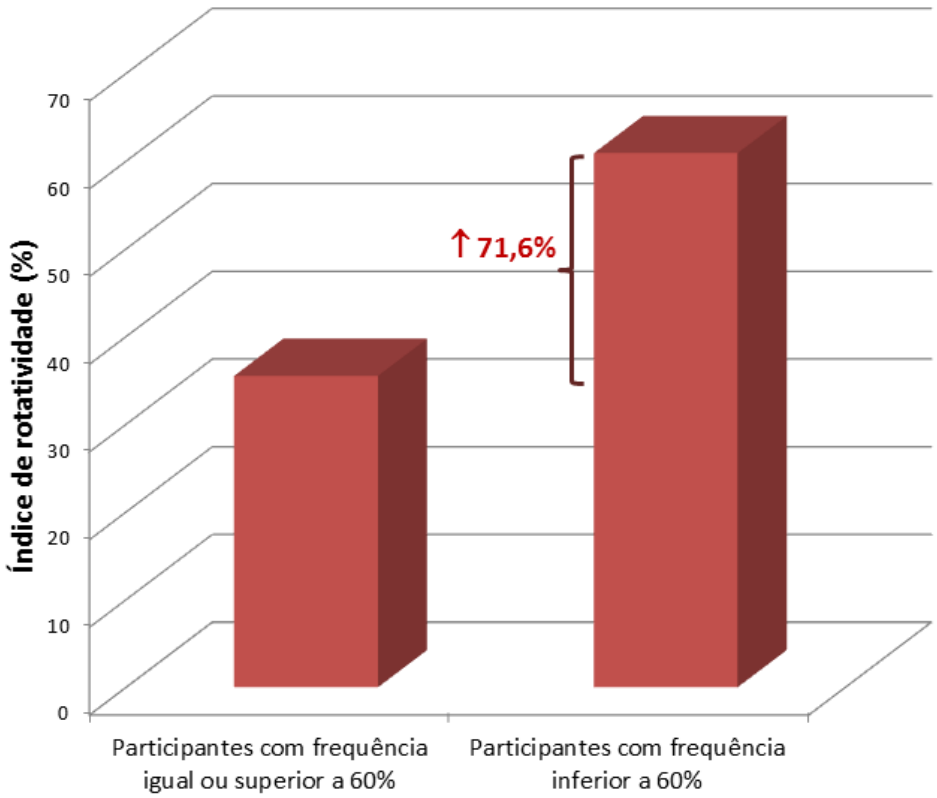
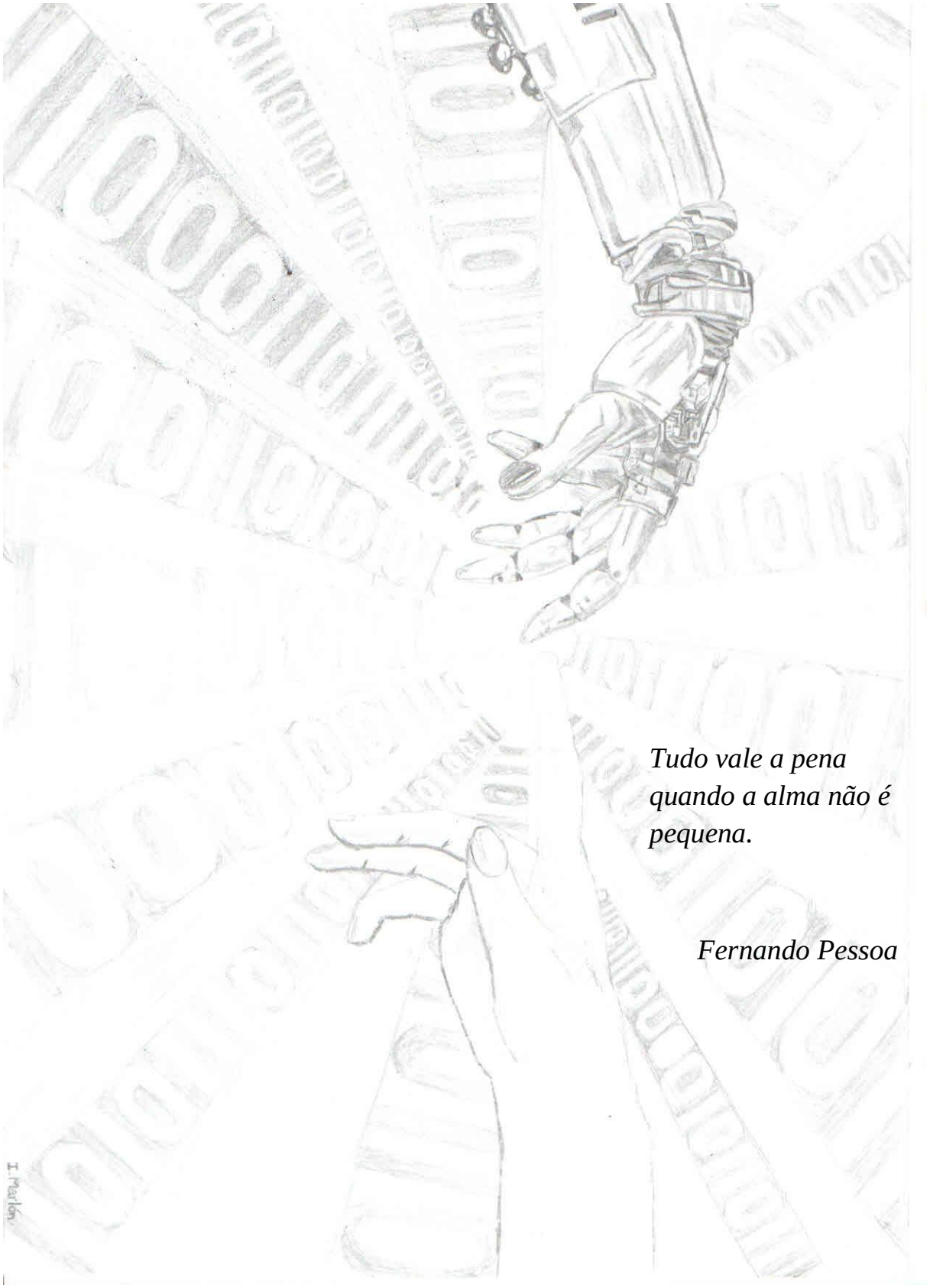


Figura 18 – Índice calculado para a rotatividade de profissionais médicos, segundo a participação efetiva (frequência igual ou superior a 60,0%) ou não efetiva (frequência inferior a 60,0%) nos encontros dos GAPs na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2012.

Para Gonçalves *et al*. (2009) a realização profissional parcial, somada ao limitado reconhecimento do médico por parte da população e de outros médicos, tem desestimulado a permanência dos profissionais na ESF, gerando grande rotatividade e dificultando a criação de um vínculo adequado e duradouro com a população. A população é a mais prejudicada com esta grande rotatividade, uma vez que, sem a criação de um vínculo efetivo, as pessoas deixam de fazer um acompanhamento regular e se perpetua a cultura dos atendimentos eventuais.

No entanto, a diferença no índice de rotatividade dos médicos na RASJ, observada entre os profissionais que participam efetivamente do PEP e aqueles que não participam (ou participam esporadicamente), vêm ao encontro à afirmação feita por Campos; Malik (2008), que cita as capacitações profissionais como uma das estratégias para a fixação do médico na ESF. Os autores descrevem ainda que, em seu trabalho desenvolvido para estudo da rotatividade médica, a maior correlação encontrada foi entre rotatividade e capacitação. Quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade.



Tudo vale a pena
quando a alma não é
pequena.

Fernando Pessoa

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, avaliou-se o Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família da RASJ, tendo em vista os objetivos propostos pela SES/MG.

A avaliação aconteceu a partir da análise, descrição e compreensão do Programa e de seus resultados. O PEP foi concebido com o objetivo de melhorar os resultados da APS e, consequentemente, gerar melhoria da assistência à população. Portanto, foi necessária a inclusão na pesquisa das perspectivas de médicos, usuários do serviço de saúde e gestores municipais de saúde.

Embora a média de participação dos médicos da RASJ no Programa não tenha atingido nesses dois anos de funcionamento, o índice preconizado pela SES/MG, pode-se perceber que a mesma é significativamente maior do que outras atividades de educação continuada, ofertadas pelo Estado a estes profissionais. Vê-se, ainda que, os médicos que realmente participam do Programa mostram-se satisfeitos, com relatos de mudança da prática, não só por parte destes, mas também, dos usuários e dos gestores de saúde. E, com isso, ganha força a hipótese de que a capacitação gera uma satisfação, o que tem potencial de promoção da fixação do profissional no município.

Outro fato considerado neste estudo foi a posição da gestão municipal, quanto à participação dos médicos no Programa. Embora haja apoio municipal para que os profissionais compareçam aos encontros do PEP, alguns gestores somente liberam o médico para participar do Programa em cumprimento a um contrato firmado entre a SES/MG e o município. Esta aparente falta de valorização do PEP, por parte do gestor, pode gerar um descrédito do Programa frente ao profissional, podendo influenciá-lo negativamente, desmotivando-o. Isso pode acarretar o não comparecimento dos profissionais nos encontros e em outras ações do PEP, mesmo que tenha sido liberado de suas atividades na ESF.

Estes fatos demonstram que o horário protegido para as atividades de Educação Permanente, a disponibilidade antecipada do cronograma de reuniões, a reorganização adequada da agenda da ESF, a fiel adoção da metodologia do Programa pelo supervisor, são fatores propulsores para a participação dos profissionais no PEP. Mas, ainda assim, é essencial o apoio da gestão municipal, principalmente demonstrando aos médicos a importância e o interesse do município na participação destes no Programa. Uma bonificação salarial aos participantes assíduos e, ainda, uma cláusula contratual que garantisse a frequência dos mesmos nas atividades do PEP, também poderia funcionar como

estimuladores para melhorar essa participação e, a partir daí, a qualidade da APS prestada. Isso certamente traria um aumento da qualidade, com redução dos custos financeiros para o município.

Os médicos participantes da pesquisa relataram melhora em sua performance clínica, com redução de encaminhamentos e de solicitação de exames desnecessários. Este fato foi confirmado pelos usuários que relataram preocupação do médico no seguimento de seus tratamentos. Entretanto, o gestor municipal de saúde ainda não conseguiu visualizar este fato em sua prática cotidiana. Uma possível explicação para essa divergência é a inexistência nos municípios de um sistema de regulação, controle e avaliação em funcionamento, que permita o monitoramento, além do sistema de informação do gerenciamento da assistência farmacêutica não possuir alimentação regular e, por isso, não permitir a emissão de relatórios de acompanhamento. Isso pode dificultar uma real percepção do gestor, quanto a uma possível mudança no padrão de emissão de encaminhamentos e de prescrição dos profissionais.

Observou-se um consenso das respostas dos médicos e usuários quanto à utilização do MCCP, durante a consulta médica. Mesmo com a utilização deste método, poucos médicos envolveram os usuários no planejamento do tratamento. Esta participação do usuário na consulta é muito importante, tendo em vista que o autocuidado se destaca no modelo de saúde voltado às doenças crônicas, podendo, assim, ser trabalhado através da educação em saúde e autocuidado, durante a consulta médica. Os usuários relataram, também, perceber melhoria no atendimento médico, sendo que essa percepção torna-se mais acentuada com o aumento do número de consultas. Assim, pode-se afirmar que os médicos que participam efetivamente do PEP estão incluindo a perspectiva do paciente na consulta.

Neste estudo, realizou-se a análise do tempo da entrevista, entretanto, a maioria dos trabalhos publicados refere-se ao tempo total da consulta. Apesar da insuficiência de literatura para comparar nesse aspecto, pode-se perceber que o tempo médio de entrevista dos médicos participantes, assíduos do PEP, foi comparável ao tempo médio de consulta relatado por alguns autores. A análise da entrevista mostrou que os médicos tiveram um tempo de escuta de pacientes e cumpriram o *check list* de abertura da consulta e exploração dos problemas proposto pelo PEP, tendo ocorrido, ainda, pouca sumarização e estabelecimento de agenda para a consulta.

Em relação à rotatividade profissional, este é um indicador importante na RASJ, por se tratar de uma região com grande vazio assistencial de serviços de saúde e grande distância dos

municípios até a capital. Nesta pesquisa foi observada uma evolução para este indicador, quando se comparou médicos participantes efetivos do PEP com médicos não participantes, ou que compareceram esporadicamente aos encontros de GAP, no ano de 2012. A rotatividade destes últimos foi 71,6% maior em relação aos profissionais que participam efetivamente do PEP. Desta forma, a fixação profissional nos municípios pode estar ligada, dentre outros fatores, à efetividade do PEP, concretizando um dos objetivos propostos.

Sendo assim, chega-se à conclusão de que, na RASJ o PEP tem sido efetivo, promovendo mudança na prática profissional, perceptíveis aos médicos, gestores e usuários do SUS, capacitando os médicos para utilização do MCCP em suas consultas, reduzindo o isolamento profissional, criando vínculo, não só com a população, mas com outros profissionais de cidades vizinhas e aumentando a fixação profissional nos municípios.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Ively Guimarães et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, sup.1, p. 44-52, 2009.

AGUIAR, Alessandra Coutinho Souza; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um distrito de Caucaia-CE. **Rev. Bras. em Promoção à Saúde,** Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

ALFRADIQUE, Maria Elmira; MENDES, Eugênio Vilaça. **As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS**: nota prévia. Belo Horizonte, mimeo, 2002.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface,** Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARAL, Eliana; DOMINGUES, Rosângela Curvo Leite; BICUDO-ZEFERINO, Angélica Maria. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Rev. Bras. Educ. Med.,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 287-290, dez. 2007.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica Diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. Bras. de Educ. Med.,** Rio de Janeiro, v.29, n. 2, p. 136-146, maio/ago. 2005.

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; CASTRO FILHO, Eno Dias de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade**. Rev. APS**, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005.

ANSELMI, Maria Luiza; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti**;** GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Turnover of nursing personnel in hospitals in Ribeirão Preto. **Rev. Pan. de Salud Publ.,** Washington, v. 2, n. 1, p. 44-50, July 1997.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baian. de Saúd. Públ.**, v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.

ASSIS, Lucília Nunes et al. A percepção de médicos participantes sobre o programa de educação permanente para médicos de saúde da família em um estado da região Sudeste. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, p. 394-409, set/dez. 2012.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade. Comentário crítico da obra de Madel Therezinha Luz. Natural, racional,

social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1989. **Rev. Sociol.**, São. Paulo, v. 1, p. 247-257, 1. Sem. 1989.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.

BECKMAN, Howard. B.; FRANKEL, Richard. M. The effect of physician behaviour on the collection of data. **Annals of Internal Medicine,** p. 692-696, nov.1984.

BERNARDO, Wanderley Marques; JATENE, Fabio Biscegli; NOBRE, Moacyr R. Cuce. Experiência clínica, educação médica continuada e qualidade da atenção em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.61-74, Abr. 2005.

BLANK, Danilo. A propósito de cenários e atores, de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev. Bras. de Ed. Méd.,** Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p. 27-31, jan/abr. 2006.

BONTEMPO, Verlanda et al. Análise das prescrições geradas pelas equipes do PSF e das unidades de atendimento imediato, em dois distritos sanitários do município de Contagem/MG. **Bol. Pneumol. Sanit**.,Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 17-24, dez. 2003.

BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federal do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Que aprova a Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília. 2000. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília. 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001a. Que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil].** Brasília, DF, 09 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil],** Brasília, DF**,** 28/02/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Outubro 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 72 p. 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. SIAB, 2011. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def Acesso: 10/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Dário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 20 de julho de 2011.

BRASIL. Gabinete do Ministério Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União **[da República Federativa do Brasil].** Brasília, 24 out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 c. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 29 de jun. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. SISPACTO – Sistema de Informações do Pacto Pela Vida. 2011 d. Disponível em: http://www.datasus.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. SINAN – sistema de Informações de notificações e agravos, 2011 e. Disponível em: http://www.datasus.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de informações para a saúde (RIPSA). **Características dos indicadores**. Disponível em http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=C.1&lang=pt&version=ed3 acesso em 13-09/2012.

BROWN, Judite Bele et al. Introdução. In: Stewart, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa**. SBMFC/ARTMED; 2 ed. 2010 .p.21-34.

CALIXTO, Juliana Sena et al. Trabalho, terra e geração de renda em três décadas de reflorestamentos no alto Jequitinhonha. **Rev. Econ. Sociol. Rural,** Piracicaba, v. 47, n. 2, p. 519-538, abr/jun. 2009.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber & ciências: uma abordagem crítica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. 195p.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. **Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo.** São Paulo; FGV, 2005. 198 p. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2005.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, abr. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saud.**, p. 45-52, jan/mar. 2008.

CAPILHEIRA, Marcelo F.; SANTOS; Iná S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 289-297, Abr. 2006.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane; MONTENEGRO, B. J. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institutions, **Health Professions and Health Services**, Londrina, 2001.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, set. 2010.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Percepção dos Médicos sobre o Curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 132-141, mar. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface Comun Saúde Educ.** 2008; Botucatu, v. 12, n. 24, p. 132-141, Mar. 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Declaração de Alma-Ata**.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil. Dados gerais e descrição de desigualdades**. v. 1. CFM./CREMESP. 120 p., 2011.

COTRIM-GUIMARÃES, Iza Manuella Aires. **Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições.** Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2009. 149 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz. Setembro de 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

CRUZ, Cleya da Silva Santana; HORTA, Cássia Maria; BOTELHO, Wandeir José. Macrorregião Jequitinhonha. In: SES (Org). **O Pacto pela Saúde em Minas Gerais: Resultados e Ações Regionais**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2011.

DAVIS, Claudia; NUNES, Marina M. R.; NUNES, Cesar A. A. Metacognição e sucesso escolar: articulando teoria e prática. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 125, p. 205-230, maio/ago. 2005.

DE MARCO, Mário Alfredo. **A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 296p.

DINIZ, Denise Scofano. **A Ciência das doenças e a arte de curar: trajetórias da medicina hipocrática.** Rio de Janeiro, 2006, 160 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DUARTE, Teresa. **A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica).** Centro de investigações e estudos de sociologia (CIES). CIES e-WORKING PAPER N. º 60/2009. Lisboa. Portugal. 24 p.

EISENBERG, Leon. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Cult Med Psychiatry**. p. 9-23, apr. 1977.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, vol.21 no.2, p. 164-176, fev./mar. 2007.

ESPÍNDOLA, Paula dos Santos; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; REIS, Liliane Braga Monteiro dos. Perfil do profissional de nível superior na estratégia de saúde da família***. Rev Bras Promoç.*** Saúde, Fortaleza, v. 24, n.4, p. 367-375, out./dez., 2011.

FARAH, Beatriz Francisco. **Educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora/MG**. Rio de Janeiro; UERJ, 2006. 272 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FAVORETO, César Augusto Orazem. A Velha e Renovada clínica dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO; 2005.p.205-219.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CABRAL, Cristiane Coelho. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, mar. 2009.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais no ano de 2005. Junho. 2011. 80 p.

FLORA, Fernando Antônio Mourão. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica **Rev. Bras. Med. Fam. e Com,** Rio de Janeiro, v.2, n° 7,p. 203-216, out / dez 2006.

FONTANIVE, Paulo Vinícius Nascimento. **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia de saúde da família dos municípios do projeto telessaúde – RS.** Porto Alegre: UFRGS, 2009. 134 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1993.174 p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011. 219 p.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa; ALVES, Vânia Sampaio. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-255, fev. 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.

GIOVANELLA, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1081-1096, 2011.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, set. 2009.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, Ago. 2006.

HUBNER, Luiz Carlos Moreira**;** FRANCO, Túlio Batista. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, abr. 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010 [Internet] 2010 [Acesso em 10 de Dezembro de 2012]. Disponível em: www.ibge.gov.br.

KEMP, Amy; EDLER, Flávio Coelho. 'Medical reform in Brazil and the US: a comparison of two rhetorics'. **Hist., Ciên., Saud.,** Manguinhos, v. 11, n. 3, p. 1-16, sept.-dec. 2004.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, fev. 2004.

LOPES, Eliana Zulianni; BOUSQUAT, Aylene. E. M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. ***Revista* Bras. Med. Fam. e Com.**. Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 118-124, abr/jun. 2011.

MACHADO, Maria de Fátima et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia científica.** 6ª edição, São Paulo, Atlas, 2007. 310 p.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010.

MARTINS, Julieta de Souza; JÚNIOR, Júnior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. **Rev. Enferm. Integr**. Ipatinga, v.1 n.1, nov./dez. 2008.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo. Cuidado prudente para uma vida descente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Org). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO; 2005.p.205-19.

MAYER, Justini; PITERMAN, Leon. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. **Fam Pract.** p. 627-632, dec. 1999.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte; Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. ***Ciênc. Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF. 2011. 554 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF 2012. 515 p.

MENDONCA, Maria Helena Magalhães; GIOVANELLA, Lígia. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 601-610, jun. 2007.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface,** Botucatu, v. 9, n. 16, p.172-174, fev. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES/MG n.º 661 de 22 de março de 2005. Projeto Estruturador Saúde em Casa. Belo Horizonte, 2009. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, MG, 08 jul. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES/MG 1935 de 08 de julho de 2009. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa. Belo Horizonte, 2009. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, MG, 08 jul. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de situação de saúde de Minas Gerais**. 2010. Belo Horizonte, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Plano Diretor de Regionalização.** Belo Horizonte, 2010 a. http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Saúde em Casa.** Belo Horizonte, 2011. http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/428-saude-em-casa-sesmg.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação SES/MG 978 de 16 de novembro de 2011 a. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013 Belo Horizonte, 2012. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, MG, 21 nov. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES/MG 3229 18 de abril de 2012. Dispõe sobre as normas gerais do Programa de Educação Permanente/PEP para médicos de família e dá outras providências. Belo Horizonte, 2012. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, MG, 19 abr. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação SES/MG 1219 19 de agosto de 2012 a. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2012. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG, 21 agos. 2012.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ed. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília. IN__ MINAYO, Maria Cecília MIRANDA, Ari de Carvalho. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002, 344pp.

NASCIMENTO, Elaine Cordeiro. Vale do Jequitinhonha: Entre a carência social e a riqueza cultural**. Rev. Art. e Hum.** n.4, mai/out. 2009.

NASCIMENTO JÚNIOR, Pierre G do; GUIMARÃES, Terezinha Maria de Macêdo. A relação médico-paciente e seus aspectos Psicodinâmicos. **Bioética.** v. 11, n. 1, nov. 2003.

NEDY, M.B.C et al. Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. Bahia. **Gaz Méd,** v. 75, n. 2**,** p. 162-168, jul-dez, 2005.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre (RS). Uma análise agregada.** Porto Alegre: UFRGS, 2007, 134 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração On Line. Prática - Pesquisa – Ensino.** .v. 2, n. 3, julh/agos/set. 2001.

OLIVEIRA, Sílvia Regina Gomes de. **Educação em saúde e a Estratégia de saúde da família: O desfio do trabalhador em (re) significar à prática.** Itajaí:Universidade do Vale do Itajaí, 2011. 136 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2011.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, p. 309-317, 1986.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

RONZAN, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Rev Bras Educ Med.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 190-197. 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, vol.13, n.6, p. 1027-1034, dez. 2005.

SANTOS, Roniélha Moreira dos; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. Percepção do usuário da estratégia de saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm.,** p. 709-715, out/dez. 2010.

SCHWARTZ, Tatita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, jul. 2010.

SILVA, Anielson Barbosa da; REBELO, Luiza Maria Bessa. A gênese da aprendizagem no contexto social: A experiência vivida de gerentes. Alcance – **UNIVALI,** vol. 13, n.1, p. 09 – 27, Jan / Abr 2006.

SILVA, Cláudia Maria Tetê da; VASCONCELOS, Gilmar Barros; MATOS FILHO Sílvio Arcanjo. **Educação permanente em saúde: fatores que limitam a participação dos trabalhadores.** Salvador: UFBA**,** 2010. 37 p. Especialização (Monografia) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011.

SILVA, Lívia Maria Costa da et al. Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e Rastreamento do Câncer. **Rev. Bras. de Canc,** v. 57, n. 1, p. 525-534, 2011a.

SILVÉRIO, João Batista. Programa de Educação Permanente para Médicos de Família – PEP. Guia 2008 (Versão Preliminar). ESP/MG, SES/MG. Nov, 2007.

SILVÉRIO, João Batista. Programa de Educação Permanente para médicos de família. **Rev. Med. Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 4, v Supl. 4, p. 60-66. 2008.

SILVÉRIO, João Batista. **Curso em Educação Permanente para as profissões de saúde: iniciando as atividades do Grupo de Aperfeiçoamento Profissional e construindo cenário para mudança da prática e melhoria da performance clínica.** Módulo 4. SES/MG UNIMONTES/UFVJM. Montes Claros e Diamantina/MG. Dezembro de 2011.

SIQUEIRA, A. L.; TIBÚRCIO, J. D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional.** Belo Horizonte. Coopmed, 2011. 520 p.

SOARES, Geralda. Chaves. Vale do Jequitinhonha: Um vale de muitas culturas. **Cad. hist.,** Belo Horizonte, v. 5, n. 6, p. 17-22, jul. 2000.

SOUZA, Alícia Regina Navarro Dias. **Formação médica, racionalidade e experiência: O discurso médico e o ensino da clínica.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. 100 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós - Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SOUZA, A.; ROSCHKE, M. A. Educación continua y aprendizaje a lo largo de la vida: valoración de sus contribuciones para el desempeno individual e organizacional. **Cad. Curriculo Ensino**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 7-29, 2003.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEWART, Moira A.; MCWHINNEY, Ian R.; BUCK, Carol W. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. **J. R. Coll. Gen. Pract.,** v.29, p.77-82, feb. 1979.

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA. Núcleo de Gestão Microrregional. **Relatórios técnicos de Regulação, Controle, Avaliação**. 2012.

TERRA, Marlene Gomes et al . O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 164-169, 2006 .

URDAN, André Torres. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, dez. 2001.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **A integralidade no cotidiano da estratégia de saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha**. Belo Horizonte: UFMG, 2010. 282 p. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TCLE para Prefeitos Municipais - Convite para participação do município na pesquisa.

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Vosso município está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude de seu município apresentar boa participação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) ao avaliarmos a freqüência desses nos encontros do GAP (Grupo de Aperfeiçoamento Profissional).

Atenção:
A participação de vosso município na pesquisa não é obrigatória, caso concorde com a participação do município do qual o(a) Sr.(a) é prefeito(a) é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde que o município do qual é prefeito (a) participe da pesquisa, os médicos e usuários da estratégia de saúde da família e o gestor municipal de saúde de seu município serão procurados e, caso concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderão a um questionário sobre situações relacionadas ao funcionamento do serviço de atenção primária no município, sobre questões relacionadas ao PEP e ainda sentimentos e anseios sobre este Programa e sobre o trabalho. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão proposta na

entrevista. Caso os médicos, usuários e gestores de saúde também concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido algumas consultas poderão ser filmadas, analisadas e as filmagens entregues aos médicos que foram filmados imediatamente após a análise da pesquisadora no mesmo dia da filmagem.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários. Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento aos médicos, usuários e gestor de saúde ao responder ao questionário, ou ter uma consulta médica filmada, sendo que a qualquer momento eles poderão desistir da entrevista e/ou da filmagem, não havendo prejuízo frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Prefeitura Municipal ou equipe de saúde da família.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - Confidencialidade das informações

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação, pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - **Outras informações pertinentes**

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A participação de seu município no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano ao seu município junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 - 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que o município participe nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA –

Convite ao Gestor Municipal de Saúde para a realização da pesquisa no município

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Seu município está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude de seu município apresentar boa participação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) ao avaliarmos a frequência desses nos encontros do GAP (Grupo de Aperfeiçoamento Profissional).

Atenção:
A participação de seu município na pesquisa não é obrigatória. Caso concorde com a participação do município do qual o(a) Sr.(a) é gestor(a) é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde que o município do qual é gestor (a) municipal de saúde participe da pesquisa, os médicos e usuários da estratégia de saúde da família de seu município serão procurados e, caso concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, responderão a uma entrevista sobre situações relacionadas ao funcionamento do serviço de atenção primária no município, sobre questões relacionadas ao PEP e ainda sentimentos e anseios sobre este Programa e sobre o trabalho. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão proposta na entrevista. Caso os médicos e usuários também concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido algumas consultas poderão ser filmadas. A análise do conteúdo das filmagens será feita no mesmo dia

e a mídia será entregue ao médico que foi filmado imediatamente após a análise da pesquisadora.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários. Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação de seu município neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento aos médicos e usuários de saúde ao responder ao questionário, ou ter uma consulta médica filmada, sendo que a qualquer momento eles poderão desistir da entrevista e/ou da filmagem, não havendo prejuízo frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Prefeitura Municipal ou equipe de saúde da família.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a rotina da vida diária dos participantes e não trará nenhum prejuízo à saúde dos mesmos.

7 - **Confidencialidade das informações**

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 – Compensação, pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A participação de seu município no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano ao seu município junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 – 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11- Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de participação de meu município, riscos e benefícios da pesquisa e aceito o convite para participar da mesma. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que meu município participe nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à participação de meu município.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.8182

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TCLE para entrevistas com médicos

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**

Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz

Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude de você participar do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP).

Atenção:

Sua participação na pesquisa não é obrigatória, caso concorde em participar é necessário que antes, o (a) senhor (a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde em participar da pesquisa, e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você responderá a uma entrevista sobre situações relacionadas ao funcionamento do serviço de atenção primária no município, sobre questões relacionadas ao PEP e ainda sentimentos e anseios sobre este Programa e sobre o trabalho. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão proposta na entrevista. E poderá desistir de responder a entrevista em qualquer momento.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários.

Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento ao responder ao questionário, sendo que a qualquer momento você poderá desistir de respondê-lo totalmente, ou integralmente sem prejuízo, frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Prefeitura Municipal.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 **- Confidencialidade das informações**

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação/iPagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de sua participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas
Telefone (38)3532 - 6087

Pesquisadora: Cleya da Silva Sanatana Cruz
Endereço: Rua Professor Aires 121, apto 201.
Telefone: (38) 3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que eu participe nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.8182

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Convite de participação do gestor municipal de saúde na entrevista para a pesquisa

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", o estudo está acontecendo em seu município, em virtude de seu município apresentar boa participação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) ao avaliarmos a frequência desses nos encontros do GAP (Grupo de Aperfeiçoamento Profissional).

Atenção:
Sua participação na pesquisa não é obrigatória, caso concorde em participar é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde em participar da pesquisa, e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você responderá a um questionário sobre situações relacionadas ao funcionamento do serviço de atenção primária no município, sobre questões relacionadas ao PEP e ainda sentimentos e anseios sobre este Programa. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão proposta na entrevista.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários. Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento ao responder à entrevista, sendo que a qualquer momento você poderá desistir de respondê-lo totalmente, ou integralmente sem prejuízo, frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Prefeitura Municipal.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - Confidencialidade das informações

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação/pagamento/remuneração e gastos

A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Da mesma forma que você não terá nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de participação no projeto não

trará nenhum prejuízo ou dano junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 - 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que eu participe nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TCLE para entrevistas com usuários

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude de ser paciente acompanhado por um médico que participa do Programa de Educação Permanente de Médicos da Estratégia de Saúde da Família.

Atenção:
Sua participação na pesquisa não é obrigatória, caso concorde em participar é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde em participar da pesquisa, e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você responderá a uma entrevista sobre situações relacionadas ao atendimento médico. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados pela equipe de saúde da família. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão da entrevista.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários.

Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento ao responder ao questionário, sendo que a qualquer momento você poderá desistir de respondê-lo totalmente, ou integralmente sem prejuízo, frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como à equipe de saúde da família. Para minimizar os desconfortos somente estará presente o pesquisador no momento da entrevista.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - Confidencialidade das informações

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação, pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de endereços listados abaixo. A desistência de participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano ao junto aos pesquisadores ou mesmo junto à

Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Secretaria Municipal de Saúde ou equipe de saúde da família

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 - 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para município participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____
Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.8182

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Convite participação da SRS na pesquisa

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Sua Superintendência Regional de Saúde (SRS) está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais", em virtude do PEP ser um Programa de parceria da Secretaria de Estado da Saúde com as universidades.

Atenção:
A participação desta Superintendência na pesquisa não é obrigatória, caso concorde com a participação desta instituição da qual o(a) Sr.(a) é Superintendente(a) é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde que SRS do qual é Superintendente participe da pesquisa, as referências técnicas de cada núcleo serão procuradas e, caso concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderão a um questionário sobre situações relacionadas ao funcionamento do serviço de atenção primária no município, sobre questões relacionadas ao PEP e ainda sentimentos e anseios sobre este Programa e sobre o trabalho. As entrevistas serão realizadas em dias previamente agendados. É garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta. E ainda é assegurado o direito de questionar a qualquer questão proposta na entrevista.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários. Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar desconforto e constrangimento aos técnicos da SRS ao responder ao questionário, sendo que a qualquer momento eles poderão desistir da entrevista não havendo prejuízo frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - **Confidencialidade das informações**

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação, pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A participação da Superintendência no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de participação da Superintendência no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano

ao seu município junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 - 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma participação da Superintendência, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que esta superintendência participe desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.8182

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TCLE para médicos para filmagem de consulta

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude de participar do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP)

Atenção:
Sua participação na pesquisa não é obrigatória, caso concorde em participar é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde em participar da pesquisa, e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você terá uma consulta filmada, e analisada no mesmo local e dia da filmagem, e após a análise o CD será entregue a você. Para que a consulta seja gravada é necessário que o paciente também concorde e assine o terno de consentimento livre e esclarecido. Como você foi escolhido para a pesquisa por participar do PEP e este tem como base o método clínico centrado no paciente, é necessário que seja filmada a sua imagem.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários.

Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar desconforto e constrangimento ao ser filmado. Procuramos minimizar essa situação com o posicionamento da filmadora e formatação da imagem o pesquisador irá se retirar do consultório no momento da consulta retornando no final. A qualquer momento você poderá desistir da filmagem sem prejuízo, frente à UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Prefeitura Municipal.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - Confidencialidade das informações

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação, pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de sua participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano junto aos pesquisadores ou mesmo junto à Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: rua das Copaíbas
Telefone (38)3532 - 6087

Pesquisadora: Cleya da Silva Sanatana Cruz
Endereço: Rua Professor Aires 121, apto 201.
Telefone: (38) 3531 -3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que meu município participe nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TCLE para usuários para filmagem de consulta

Título da pesquisa: **Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.**
Instituição promotora: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Coordenadora: Profª. Drª. Leida Calegário de Oliveira

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde – PEP na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais", em virtude ser acompanhado por um médico que participa do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP)

Atenção:
Sua participação na pesquisa não é obrigatória, caso concorde em participar é necessário que antes, o(a) senhor(a) leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o projeto, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve o seu direito de solicitar a exclusão de sua participação na pesquisa a qualquer momento, bem como o esclarecimento de dúvidas com relação à pesquisa. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este projeto tem como objetivo avaliar os resultados obtidos pelos municípios com o Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais.

2- Metodologia/Procedimentos

Caso concorde em participar da pesquisa, e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você terá uma consulta médica filmada, e analisada no mesmo local e dia da filmagem, e após a análise o CD será entregue ao médico que realizou sua consulta. Para que a consulta seja gravada é necessário que o médico também concorde e assine o Terno de Consentimento Livre e Esclarecido. Não será filmada a sua imagem, apenas sua fala.

3 - Justificativa

O Governo do Estado de Minas Gerais tem investido recursos financeiros para a execução do PEP em praticamente todo o Estado com a finalidade de aumentar a resolubilidade da atenção primária, reduzir a rotatividade médica na estratégia de saúde da família e reduzir os custos financeiros dos municípios com encaminhamentos, e medicamentos e exames desnecessários. Sendo assim, pretende-se verificar se os objetivos do Governo Estadual têm sido obtidos nas

Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste, onde o Programa já está implantado a cerca de um ano.

4 – Benefícios

Espera-se que com este trabalho possa demonstrar os resultados obtidos com o PEP nas Macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais e incentivar a implantação do programa semelhante para as demais categorias profissionais da saúde.

5 - Desconfortos e riscos

A participação neste projeto poderá causar algum desconforto e constrangimento ao ser filmado. Procuramos minimizar essa situação o posicionamento da filmadora e formatação da imagem, assim no momento da consulta o pesquisador se retirará do recinto retornando ao fim da consulta. Não será filmado o momento em que o médico estiver examinando você. A qualquer momento você poderá desistir da filmagem sem prejuízo, frente a UFVJM, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, bem como da equipe de saúde da família.

6 - Danos

Este procedimento não irá alterar a sua rotina da vida diária e não trará nenhum prejuízo a sua saúde.

7 - Confidencialidade das informações

As informações e resultados gerados no desenvolvimento deste projeto ficarão à sua disposição após a conclusão do trabalho e serão mantidas em sigilo, menos a consulta filmada que ficará com o médico. Caso os resultados sejam publicados, os participantes não serão identificados.

8 - Compensação/ pagamento/remuneração e gastos

Os pesquisadores e participantes não receberão nenhum tipo de remuneração por este trabalho. A participação de todos os participantes será voluntária e estes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

9 - Resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, artigos científicos, dissertação e similares. Entretanto, os dados/informações obtidos serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando a identificação do participante.

10 - Outras informações pertinentes

Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e mail enviado ao endereço eletrônico: leida.calegário@gmail.com ou joaquimcezar@yahoo.com.br, ou dos contatos telefônicos e de e mail listados abaixo. A desistência de participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano ao seu município junto aos pesquisadores ou mesmo junto à

Universidade e à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ou Prefeitura Municipal de seu município.

Você receberá uma cópia deste termo que consta o telefone e o endereço do coordenador e pesquisador do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto Leida Calegário de Oliveira
Endereço: Rua das Copaíbas 166, Condomínio Córrego da Prata- Diamantina - MG
Telefone (38)3532 - 6085

Pesquisadora: Cleya da Silva Santana Cruz
Rua Professor Ayres 121, Apto 201, Bairro Fátima
Telefone: (38)3531 - 3259

11. Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participa desta pesquisar. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Esse formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para eu participe desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES
Campus Universitário Darcy ribeiro – Vila Mauricéia – Montes Claros
Caixa Postal 126 CEP 39401–089 - fone: (38) 3229.8182

APÊNDICE I

Questionário médico

Entrevista com os profissionais médicos das equipes de saúde da família Participantes do PEP

Idade: _____ **Sexo:** O Masculino O Feminino

Estado civil: O Solteiro(a) O Casado(a) O Desquitado/Divorciado(a) O Viúvo(a)

Titulação: O Graduação O Especialização O Residência O Mestrado O Doutorado
Citar a área: _____ _____ _____ _____ _____

Tempo de formação profissional: _____ Tempo que está no município: _____

Há quanto tempo participa do PEP? ____anos e _____meses

Participação no PEP como: O Médico da ESF O Supervisor de GAP O Coordenador do PEP

Formação profissional além da medicina: _____

Quantos vínculos empregatícios possui? _____ Quais?_____

Proposições	**P/N**
A. Estratégia de saúde da família – motivação	
1. A Equipe de Saúde da Família em que você trabalha se mostra como estratégia de organização da atenção primária? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
2. Você se sente interessado e motivado para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
B. O Programa de Educação Permanente – Estrutura	
3. A sala dos encontros do PEP é ideal para o desenvolvimento das atividades?	

( )Sim ( )Não ( )Não sei	P
4. O GAP do qual participa ainda não tem sala própria e isto prejudica as atividades? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	N
5. A sala dos encontros do PEP possui mobiliário confortável para os encontros? **( )Sim ( )Não ( )Não sei**	P
6.O atraso na entrega dos equipamentos para a sala do GAP gerou insatisfação e desmotivou os médicos a participarem do PEP. ( )Sim ( )Não ( )Não sei	N
C. Apoio municipal	
7. O cronograma dos encontros do PEP é disponibilizado com antecedência aos participantes? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
8. A agenda de atendimento da estratégia de saúde da família é cooperativa para sua participação nos encontros do PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
9. A Secretaria municipal de Saúde incentiva/possibilita sua participação nos GAPs? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
D. Metodologia e atividades do PEP	
10. O supervisor do GAP do qual você participa segue a metodologia do PEP trazendo para discussão os assuntos que foram priorizados pelo grupo na planilha de necessidades? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
11. Os materiais didáticos/ metodológicos atendem à programação dos encontros do PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P

12. O tempo despendido nos encontros do GAP é suficiente para discussão dos temas? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
13. As suas necessidades de treinamentos são atendidas quando são levantados os temas para os CAPPs? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
14. As estratégias de ensino utilizadas nos GAPs favorecem sua aprendizagem? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
15. Você participa do GAP porque nele tem a oportunidade de discutir dúvidas e outras questões de saúde com colegas de profissão? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
16. As atividades desenvolvidas no PEP propiciam atualização profissional? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
17. Você apresenta dificuldade no desenvolvimento do Plano de Desenvolvimento Pessoal? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre ( ) O GAP não tem desenvolvido PDP	P
18. Os estudos em grupo, bem como os PDPs, já te ajudaram a resolver problemas de pacientes, que antes você não estava conseguindo? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
19. Você se sente à vontade em partilhar sentimentos e dúvidas com os colegas do PEP? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
E. Performance Clínica	
20. As atividades desenvolvidas no PEP acarretam melhoria na sua performance	

clínica e consequentemente na consulta ao paciente. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
21. Sua participação no PEP favorece a inter-relação com o paciente. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
22. Com a sua participação no PEP a consulta médica está sendo reestruturada para centrar-se no paciente. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
23. Você consegue perceber alguma melhora da qualidade de saúde da população a que assiste devido à sua participação no PEP. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
F. Habilidades de comunicação	
24. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
25.Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
26. Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que atende no PSF? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
27. Você fica sabendo caso seus pacientes não consigam as medicações receitadas ou tenham dificuldades de pagar por elas ? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
28. Você procura receitar medicamentos que estão incluídos na lista da farmácia básica, facilitando assim o acesso dos usuários aos medicamentos? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P

29. Com a sua participação no PEP, você acredita que reduziu o número de encaminhamentos médicos desnecessários? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
30. Com a sua participação no PEP, você acredita que reduziu o número de pedidos de exames médicos desnecessários? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
G. Gestão de Resultados	
31. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
32. Quando seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute com os mesmos sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
33. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
34.Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado. **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P
35.Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( ) Sempre	P

* P (Positivo) N (Negativo)

Acredito no PEP porque_____
_____

Não acredito no PEP porque_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE J

Questionário gestor

Entrevista com os Gestores Municipais de Saúde de Municípios Participantes do PEP

Idade: _____ **Sexo:** O Masculino O Feminino

Titulação: O Graduação O Especialização O Residência O Mestrado O Doutorado
Citar a área: _____ _____ _____ _____ _____

Tempo de formação profissional: ____ Tempo que está no município como gestor: ____

Proposições	**P/N**
A. Percepção atenção primária	
1. Você considera a educação permanente como um dos instrumentos de resolubilidade da atenção primária à saúde? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
2. Você conhece os objetivos do PEP e os benefícios que ele pode trazer para o município do qual é gestor de saúde? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
B. Apoio à participação dos médicos no PEP	
3. A participação do médico do município no PEP acontece apenas em cumprimento do Termo de Compromisso do Programa Saúde em Casa do município com o Governo Estadual? ( )Sim ( )Não ( )Não sei	N
4. O município sede do GAP proporciona as condições necessárias para a realização dos encontros do PEP? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
5. Você sente que as atividades desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família são prejudicadas no dia em que o médico se ausenta para os encontros do PEP? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei**	N

( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	
6. O município libera os médicos para participação nos encontros do PEP, entretanto, estes não comparecem para as atividades do PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	N
7. Para que o médico possa participar do GAP, você recomenda que os pacientes agendados para o dia do encontro sejam remarcados para o dia anterior e/ou posterior ao do encontro? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	N
C. Resultados	
8. Você percebe mudança na conduta dos médicos no atendimento ao paciente após a participação destes no PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
9. Os usuários da atenção primária do seu município já mostram satisfação com a mudança de atitude dos médicos após iniciar participação no PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
10. Sua atitude de adesão ao PEP proporciona a sua aproximação com os médicos do município? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
11. Você procura avaliar o comparecimento dos médicos do município no PEP? **( )Sim ( )Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
12. Você já consegue perceber satisfação e vontade do profissional médico em ficar no município, após sua inserção no PEP.	P

( )Sim **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	
13. Os médicos continuam prescrevendo muitos medicamentos que não estão incluídos na lista da farmácia básica, dificultando o acesso dos usuários aos medicamentos? **( )Sim** **( )Não** **)Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre ( ) Mas houve uma melhora	N
D. Gestão	
14. O município faz a regulação (controle e avaliação) das solicitações de exames e encaminhamentos médicos? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
15. Os médicos especialistas mostram acreditar nas condutas adotas pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
16. O município consegue perceber a melhora financeira quanto à dispensação de medicamentos com os médicos participantes do PEP? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre	P
17. Você acha que é necessário mudar o funcionamento do PEP? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** **Como? _____**	P
18. A Secretaria de Estado da Saúde vem acompanhando e apoiando o PEP em meu município? **( )Sim** **( )Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes ( )Sempre **Como? _____**	P

_____ _____	
19.O atraso na entrega dos equipamentos para a sala do GAP gerou insatisfação e desmotivou os médicos a participarem do PEP. ( )Sim ( )Não ( )Não sei	N

Proposições P (Positivas)/ (N)Negativas

Acredito no PEP porque_____

NÃO acredito no PEP porque_____

APÊNDICE K

Questionário usuário

Postura dos profissionais médicos das equipes de saúde da família Participantes do PEP sob o ponto de vista do USUÁRIO.

Idade: _____ **Sexo:** O Masculino O Feminino

Estado civil: O Solteiro(a) O Casado(a) O Desquitado/Divorciado(a) O Viúvo(a)

Escolaridade:_____

Quantas consultas você fez com o médico que está atualmente no PSF_____

Motivo da consulta: O Rotina O Acompanhamento da patologia

_____

O Outro. Especificar: _____

A. Atendimento médico	
1. Quando você vai a uma consulta, o médico deixa você explicar o motivo que o levou a procurá-lo? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
2. Você sente que durante a consulta o médico entende o que você diz? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
3. O médico responde às perguntas com palavras fáceis de maneira que você entenda? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
4. Você se sente à vontade para falar com o médico sobre os assuntos que estão te incomodando? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
5. O médico dá orientação a respeito da sua doença, de forma clara e certifica-se de que você entendeu? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei**	P

( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	
6. O médico explica com detalhes a forma de tomar o medicamento indicado, horários, com ou sem alimentos e certifica-se de que você compreendeu e de que não tem dúvidas? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
7. O médico se preocupa sobre se o tratamento que está te indicando é possível ou não de ser seguido por você? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
8. O tempo da consulta é muito pequeno para falar tudo o que precisa. **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	N
9. No último ano percebi que o meu médico melhorou no atendimento das consultas, está mais atencioso e preocupado comigo. **( )Sim ( ) Não ( )Não sei**	P
10. O médico do PSF sabe quais são os problemas que mais te preocupam? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
11. O médico pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
12.Quando você pede a seu médico do PSF um encaminhamento para especialista ou um check-up ele te dá? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	N
B. Acesso a consulta médica/Atenção primária.	
13. Os horários agendados para consultas não são adequados à minha realidade e por isso nem sempre compareço no PSF? ( )São adequados ( )Não são adequados ( )Poucas vezes são adequados ( )Muitas vezes	N

são adequados ( )Não sei	
14. Quando você chega ao PSF você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	N
15. É difícil conseguir atendimento/consulta médica no PSF quando você pensa que está precisando? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	N
16.Se fosse fácil, você mudaria para outro PSF para poder se consultar com outro médico? **( )Sim ( )Não ( )Não sei**	N
17. Quando você chega ao PSF procurando o médico e fica sabendo que ele está no encontro do PEP (estudando), você: ( ) Compreende e acha importante o médico se capacitar para atendê-lo melhor.) Fica chateado, pois o médico deveria estar trabalhando e não estudando. ( ) Não sei. ( ) Outra resposta: _____ _____ _____	
C. Acesso a outros níveis de atenção à saúde/serviços	
18. Você consulta outros serviços de saúde além do Programa Saúde da Família (ex.: consultórios médicos, hospitais...)? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
19. Depois que você sai do consultório, há a preocupação da equipe do PSF sobre ter ou não cumprido as recomendações médicas, aderido ou não ao uso dos medicamentos? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P
D. Referência e Contra Referência	
20. Quando você necessita de médico especialista, o médico do PSF lhe fornece encaminhamento? **( )Sim ( ) Não ( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P

21. Depois que você foi ao especialista ou serviço especializado, o médico de PSF conversa com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? **( )Sim** **( ) Não** **( )Não sei** ( )Poucas vezes ( )Muitas vezes	P

*P (Positivo) N (Negativo)

APÊNDICE L - Construção de tópicos de descrição dos resultados

Perfil da amostra de usuários da Estratégia de Saúde da Família de equipes em que os médicos possuem uma frequência mínima de 60,0% no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família.		
Tópico estudado	Fonte	Significado
Primeiro Bloco (faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil)	Questionário de usuários (QU)	Descreve o perfil do público atendido pelos médicos do PEP na ESF.
Perfil dos médicos da Estratégia de Saúde da Família com frequência de participação no PEP maior que 60,0%.		
Tópico estudado	Fonte	Significado
Primeiro Bloco dados pessoais (faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil)	Questionário médico (QM)	Descreve o perfil dos médicos que têm frequência de participação no PEP igual ou superior a 60,0%.

Perfil dos médicos participantes do PEP da Região Ampliada de Diamantina, segundo tempo de formação, titulação máxima e tempo de serviço no município.		
Tópico estudado	Fonte	Significado
Primeiro Bloco, dados profissionais, tempo de formação, titulação máxima, tempo no município.	Questionário médico	Mostra o perfil de formação, titulação e tempo de serviço dos médicos participantes da pesquisa naquele município.
Número de médicos inscritos no PEP e frequência de participação no Programa.		
Tópico estudado	Fonte	Significado
Relatórios de novembro de 2010 a dezembro de 2012	Relatório dos supervisores do PEP	Compara o número de médicos que estão inscritos no Programa com o número de médicos que participam dos encontros. Mostra a frequência de participação dos médicos nos GAPs
Relatórios de novembro de 2010 a dezembro de 2012	Relatório dos supervisores do PEP	Apresenta a média de participação dos médicos nos encontros dos GAPs
Levantamento de temas estudados nos GAPs pelos médicos e comparados com o motivo da consulta apontado pelos usuários.		

Tópico estudado	Fonte	Significado
Primeiro bloco de questionário de usuários – motivo da consulta. Relatórios de novembro de 2010 a dezembro de 2012	Questionário de usuários (QU) Relatório dos supervisores do PEP	Correlaciona os temas estudados pelos médicos com a demanda de consultas relatadas pelos usuários
Apresentação da estrutura para o desenvolvimento das atividades do PEP nos municípios sede de GAPs dos municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha		
Tópico estudado	Fonte	Significado
Relatórios de novembro de 2010 a dezembro de 2012 QM: 3, 4, 5, 11. QG: 4	. Relatório dos supervisores do PEP Questionário médico (QM) Questionário do gestor (QG)	Análise das condições de sala, equipamentos e materiais disponibilizados para os encontros do GAP.

Motivação para o trabalho do médico na Estratégia de Saúde da Família e consideração do gestor a respeito da educação permanente como instrumento de resolubilidade da APS.		
Número da questão	Fonte	Significado
QM:1, 2 QG:1	Questionário médico Questionário do gestor	Apresentação da motivação e crença do médico em trabalhar na ESF. Análise da posição da gestão municipal para a educação permanente e atenção primária
O gestor permite a participação do médico no PEP apenas como cumprimento do contrato com o Estado, o gestor libera o médico para os encontros e o médico não comparece.		
Número da questão	Fonte	Significado
QG: 3 6	Questionário gestor	Importância da participação do médico no PEP
Metodologia do Programa de Educação Permanente para Médicos da ESF: análise do cumprimento da metodologia, materiais didáticos utilizados, tempo de encontro e avaliação das atividades.		
Número da questão	Fonte	Significado
QM: 10, 11, 12,13, 14	Questionário médico	Fidelidade da aplicação da metodologia. Aprendizagem proposta pelo Programa Atendimento dos materiais didáticos ao programa.

Melhoria da performance clínica dos médicos frequentes no PEP		
Número da questão	Fonte	Significado
QM: 18, 22, 23, 28, 29.	Questionário médico	Análise da resolução de problemas após a participação no PEP. Análise da centralidade da consulta na pessoa. Análise da percepção dos usuários na melhoria do atendimento médico. Verificar se houve redução de exames e encaminhamentos desnecessários.
Análise da condição de encaminhamentos médicos fornecidos pelos médicos e solicitados pelos pacientes		
Número da questão	Fonte	Significado
QM: 29 QU:12	Questionário médico Questionário usuário	Comparação de encaminhamentos médicos fornecidos pelos médicos e solicitados pelos usuários
Aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP):		
Número da questão	Fonte	Significado
QM: 22. QU: 5, 6,11	Questionário médico e de usuários	Utilização ou não do MCCP Orientações médicas dadas ao paciente sobre sua patologia ou condição e forma de usar medicação. Permissão do médico para que o paciente participe com ideias e opiniões no tratamento

Percepção do usuário e do médico e habilidade de comunicação: a compreensão das partes		
Número da questão	Fonte	Significado
QM: 24 QU:2	Questionário médico Questionário usuário	O médico entende o que o paciente fala. O paciente entende o que o médico fala.
Tempo da entrevista da consulta médica: Análise do tempo dedicado à entrevista		
Material de gravação	Filmagem das consultas	Tempo da entrevista Tempo da primeira interrupção feita pelo médico durante a entrevista
Resultado de análise da filmagem na abertura da consulta e exploração de problemas		
Número da questão	Fonte	Significado
Material de gravação	Filmagem das consultas	Análise e descrição da abertura da consulta e da exploração de problemas
Percepção do usuário quanto ao atendimento médico		
Número da questão	Fonte	Significado

QU: 9	Questionário usuário	Avaliação da percepção da melhora no atendimento médico sob o ponto de vista do usuário
Relação percepção do usuário para a melhoria da consulta e número de consultas realizadas		
Número da questão	Fonte	Significado
QU: 9 e primeiro bloco do questionário de usuário	Questionário usuário	Relacionar a percepção da melhoria do atendimento médico pelo usuário com o número de consultas realizadas
Gestão dos resultados e acompanhamento de pacientes pelos médicos participantes do PEP		
Número da questão	Fonte	Significado
QU: 7, 19 QM: 28 QG:13	Questionário gestor Questionário médico Questionário usuário	Preocupação do médico sobre a possibilidade de adesão do usuário ao tratamento prescrito. Preocupação da equipe da ESF sobre a possibilidade de adesão do usuário ao tratamento prescrito. Prescrição de medicamentos realizada considerando os medicamentos disponíveis na farmácia básica.
Acompanhamento do paciente pelo médico participante do PEP como forma de garantir a integralidade da atenção		

Número da questão	Fonte	Significado
QM:31, 32,35 QU:21	Questionário médico Questionário usuário	Conhecimento do médico sobre as consultas que seus pacientes fazem ao especialista. Referência e contra referência.
Rotatividade de profissionais médicos da ESF dos municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha		
Tópicos estudados	Fonte	Significado
Declarações emitidas pelos gestores de saúde à SRS de Diamantina	Atestos de funcionamento da ESF	Demonstra o percentual de fixação dos médicos da ESF nos municípios.

ANEXO

Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 23 de dezembro de 2011

Processo nº **3238**
Título do Projeto de Pesquisa: "AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS MACRORREGIÕES JEQUITINHONHA E NORDESTE DE MINAS GERAIS"
Equipe Técnica: Profª Leida Calegário Oliveira (orientadora)
Marcos Luciano Pimenta Pinheiro (co-orientador)
Cleya da Silva Santana Cruz

Histórico
A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. É preciso que se busque incessantemente o conhecimento para que, através da prática do estudo, da discussão e do autoconhecimento, seja possível melhorar, crescer no conhecimento e praticá-lo, inconscientemente. O competente inconsciente é o profissional que desejamos para atuação no Sistema Único de Saúde. É aquele que, inconscientemente, consegue ir a fundo a questões que surgem no seu dia-a-dia e, com isso, consegue um melhor desempenho profissional. Quanto mais competente, atualizado, voltado para uma atenção centrada no paciente e capacitado a uma prática auto-reflexiva for o profissional de saúde, melhor será a qualidade da atenção primária. Desta forma, melhores serão os indicadores de saúde que tanto buscamos atingir e superar.

Mérito
O objetivo desse projeto é avaliar as ações de planejamento, execução e resultados do PEP nas macrorregiões de saúde Jequitinhonha e Nordeste de Minas Gerais em interface com os objetivos propostos pelo programa, considerando as situações de saúde e social dos municípios, bem como as contribuições para a melhoria dos indicadores de saúde.

Parecer
O Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes analisou o processo **3238** e entende que o mesmo está dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. O cronograma físico está bem estabelecido e as fontes de recuros estão definidas. Projeto Aprovado.

Profª Drª Maisa Tavares de Souza Leite
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES