



Ministério da Educação – Brasil
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
Reg.: 120.2.095 – 2011 – UFVJM
ISSN: 2238-6424
QUALIS/CAPES – LATINDEIX
Nº. 14 – Ano VII – 10/2018
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

Educação Permanente em Saúde: Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família do Estado de Minas Gerais. Resultados e Rumos.

Cleya da Silva Santana Cruz
Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (UFVJM)
Doutoranda em Infectologia e Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7103222575315630>
E-mail: cleya.santana@saude.mg.gov.br

Prof^a. Dr^a Leida Calegário de Oliveira
Professora Associado III da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1822393834744563>
E-mail: leida.calegario1@gmail.com

Resumo: A Política Nacional de Educação Permanente representou um esforço para tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, superando a política de capacitação e atualização de recursos humanos. O Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família - PEP em consonância com a Política Nacional foi implantado em Minas Gerais com a proposta de atuar como uma intervenção educacional para lidar com a heterogeneidade de competências e trabalhar com a Educação Permanente dos Médicos da Estratégia de Saúde da Família. Este estudo tem como objetivo descrever os principais resultados do Programa na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais (RASJ) e os rumos que o programa tem tomado desde sua implantação até os dias atuais. O estudo foi desenvolvido nos 14

municípios da RASJ em que os médicos da Estratégia de Saúde da Família tiveram uma frequência de participação no PEP $\geq 60,0\%$. Foi desenvolvida pesquisa quanti-qualitativa, descritiva, realizada a partir da análise de dados coletados por meio de questionários estruturados dirigidos aos médicos da ESF (n=31), aos gestores municipais de saúde (n=14) e aos usuários (n = 383) desta região, bem como dos atestados de funcionamento da ESF e relatórios de supervisão dos grupos. Os resultados apontaram que os médicos que participaram do Programa mostraram-se satisfeitos, com relatos de mudança da prática profissional, melhora em sua performance clínica, redução de encaminhamentos e de solicitação de exames desnecessários. A maioria dos usuários relatou ter percebido melhora no atendimento após a participação do médico no Programa. Metade dos gestores de saúde afirmam que conseguiram perceber satisfação e vontade do profissional médico em ficar no município após sua inserção no PEP. Pela análise dos resultados, pôde-se perceber que na RASJ o PEP foi efetivo, promovendo mudança na prática profissional, perceptíveis aos médicos, gestores e usuários do SUS. Apesar dos resultados apresentados neste trabalho demonstrarem que os objetivos do programa propostos pela Secretaria de Estado da Saúde estavam sendo atingidos, o Programa foi encerrado em 2015.

Palavras-chave: Educação Permanente, PEP, Educação Médica.

A Educação Permanente em Saúde

A Política de Educação Permanente foi criada no Brasil em 2004 como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004). Em 2007, o Ministério da Saúde definiu novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), adequando-as às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2007). A proposta da PNEPS ainda é válida e atual porque busca um paradigma de saúde pautado na transformação da atuação dos trabalhadores e gestores da saúde, voltado à mudança da práxis, qualificação em serviço e a efetivação dos princípios do SUS (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) descrita na PNEPS assume o conceito pedagógico efetuando relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços (BRASIL, 2007) considerando as necessidades de saúde dos usuários e da

população (CECCIM, 2005). E por isso considera-se a educação e o trabalho como práticas sociais articuladas (SILVA; PEDUZZI, 2011)

O modelo de EPS descrito na PNEPS baseia-se na aprendizagem significativa, com possibilidade de transformação da prática profissional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007). E a busca do conhecimento e dos modos de emancipação tanto na perspectiva teórica quanto prática estão relacionados ao papel da educação no contexto do trabalho, pois constitui espaços para reflexão, criatividade e inovação para reconfigurar as práticas de saúde (SILVA; PEDUZZI, 2011). 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.

A PNEPS representou um esforço para tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, superando a política de capacitação e atualização de recursos humanos (CECCIM, 2005) e com isso garantindo a qualidade e integralidade no atendimento. A EPS 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 (SILVA; VASCONCELOS; MATOS FILHO, 2010).

No entanto, diversos fatores são apontados como obstáculos para o desenvolvimento da EPS. Dentre eles, a dificuldade de utilização de uma metodologia ativa que valorize o sujeito como protagonista de suas ações, estimule sua autonomia, (PERES; SILVA; BARBA, 2016), a descontinuidade das ações, a mudança de enfoque e questões de financiamento (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), e ainda a falta de discussão de gestores sobre a PNEPS (PIERANTON & GARCIA, 2012).

Necessidade de Educação Permanente em Saúde para o modelo de atenção vigente

No Brasil, com a proposta de mudança do modelo assistencial a partir de 1994 tendo como ênfase a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), emerge a necessidade de profissionais com capacidade para além da prática de cura. Profissionais que sejam engajados no cumprimento das diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2007). A APS apesar de parecer um serviço simples, usando poucos equipamentos, apresenta uma complexidade na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais (ABDALLA *et al.*, 2009).

Para suprir a necessidade de profissionais que trabalhem engajados na proposta do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais no artigo 3º demonstram a necessidade de formação do médico voltado para o atendimento integral:

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, 2001).

Mas não basta garantir a inserção nos currículos dos cursos de medicina de conteúdos e práticas que busquem o envolvimento do egresso com a saúde pública. Segundo Ferreira *et al.* (2015), as vivências dos sujeitos, em suas práticas tradicionais, dificultam a articulação de saberes e práticas interdisciplinares, horizontais e democráticas.

A qualificação da atenção à saúde está vinculada a diversos fatores, os quais incluem dentre outros o comprometimento com o desenvolvimento contínuo e permanente de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde. (SILVA, *et al.* 2016)

Destaca-se ainda neste contexto, que mesmo havendo formação profissional pautada nas Diretrizes Curriculares, o conhecimento quando não renovado se deteriora com o tempo. No caso do médico ele 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). 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.

Para tanto Souza; Roschke (2003) descrevem uma modalidade de educação que propõe a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, com mudança das estratégias pedagógicas. Segundo estes autores, ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, assume-se 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.

Diante do modelo de atenção à Saúde vigente, criou-se a demanda de um profissional que atenda ao sistema proposto, visando à promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação com foco nos princípios e diretrizes do SUS. A adoção de um modelo de educação que se utilizasse dos princípios da aprendizagem significativa, dos problemas do próprio serviço como fontes de conhecimento e proposição de solução viria bem a calhar nas necessidades da saúde pública.

Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais: Metodologia

Na perspectiva de adoção de novas práticas de saúde o Estado de Minas Gerais 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).

Em 2010 o PEP foi implantado nos 29 municípios que faziam parte da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ) com ação descentralizada e parcerias estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Universidade Federal dos Vales do

Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, gestores municipais de saúde e médicos das Equipes da ESF (MINAS GERAIS, 2012).

Os objetivos do Programa estavam 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, poderia melhorar a performance clínica e promover estímulo ao autocuidado da pessoa. O PEP poderia ainda gerar uma uniformidade de ações entre profissionais, baseadas em decisões clínicas baseadas em evidências científicas. Além disso, induziria uma cultura de mudança e renovação da prática profissional com melhora na performance clínica, aumentaria a resolubilidade das equipes da ESF, promoveria o uso racional dos recursos propedêuticos e terapêuticos e planos de cuidados baseados em evidências científicas; diminuiria a variabilidade de condutas para um mesmo problema; romperia o isolamento profissional dos médicos das equipes da ESF; elevaria a autoestima profissional dos médicos da ESF; contribuiria para redução da rotatividade dos médicos da ESF; e criaria um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional aplicável a outras categorias profissionais de saúde e a outros contextos de trabalho (MINAS GERAIS, 2012).

O Programa foi estruturado em grupos, chamados de Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAP). Os GAPs eram compostos por oito a 12 médicos da ESF que trabalhavam numa mesma região de saúde. Em cada grupo eram identificados por seus próprios membros quais eram as necessidades de formação para melhoria do desempenho clínico (MINAS GERAIS, 2012). A RASJ de 2010 a 2015 possuía 10 GAPs em funcionamento distribuídos nos municípios de Araçuaí, Capelinha, Diamantina, Gouveia, Itamarandiba, Minas Novas, Serro, Turmalina, Virgem da Lapa, sendo que o município de Diamantina possuía dois GAPs.

Os GAPs seguiam quatro linhas educacionais interdependentes e que se complementavam para conduzir o processo de aprendizagem. As linhas educacionais eram o Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), o ensino de Habilidades Clínicas e os Módulos de Capacitação (MINAS GERAIS, 2012).

No CAPP era utilizada a revisão entre pares que, segundo Grol e Lawrence (1995) apud Silvério (2008), tinha o objetivo de 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 (SILVÉRIO, 2007).

O PDP era utilizado para estimular a autoaprendizagem contínua e identificar áreas de necessidade de desenvolvimento individual, colocando o médico no controle de seu próprio crescimento profissional.

Para o desenvolvimento de habilidades clínicas, o Programa trabalhava com a proposta de ensino aprendizagem para o desenvolvimento de competências clínicas para os profissionais em serviços ambulatoriais.

Quanto aos módulos de capacitação eram realizados em blocos temáticos definidos a partir de prioridades estabelecidas pelos gestores de saúde e pelos médicos.

O Programa utilizava 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 deveriam girar todos os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos, bem como o conjunto dos processos de melhoria da qualidade da APS (SILVÉRIO, 2008).

Neste cenário, o PEP se propôs a atuar como uma forte intervenção educacional para lidar com a heterogeneidade das competências dos profissionais médicos da ESF (SILVÉRIO, 2008), melhorando o seu desempenho, aumentando a resolubilidade da atenção primária e contribuindo para a fixação do profissional através da redução da rotatividade.

Resultados promissores já foram demonstrados. Trabalhos de Cruz (2013) e Cruz et al. (2017) demonstraram diminuição da rotatividade de médicos que participaram efetivamente do Programa na RASJ. Segundo Medeiros et al. (2010), a rotatividade de pessoal corresponde à proporção de empregados que deixa a organização. O índice de rotatividade calculado para médicos que possuíam uma frequência de participação no PEP igual ou superior a 60,0% foi de 35,5% (CRUZ, 2013; CRUZ *et al.* 2017), índice este considerado por Anselmi; Angerami; Gomes (1997) como uma rotatividade ruim. Quando o cálculo de rotatividade foi aplicado

aos médicos que não participaram do PEP ou que possuíam uma frequência de participação inferior a 60,0%, o índice de rotatividade foi de 60,9% (CRUZ, 2013; CRUZ *et al.* 2017), índice considerado por Anselmi; Angerami; Gomes (1997) como uma rotatividade crítica. Estes estudos demonstraram 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 eram frequentadores assíduos do Programa (CRUZ, 2013; CRUZ *et al.* 2017).

Diante dessa nova proposta de educação permanente no estado de Minas Gerais voltada para os médicos, foi necessário acompanhar os resultados deste programa na RASJ, tendo em vista os objetivos propostos pela SES/MG. Assim, o objetivo deste artigo é descrever os principais resultados do PEP na RASJ e os rumos que o Programa tem tomado nesta região desde a implantação até os dias atuais.

Metodologia utilizada para definição dos participantes, coleta e análise de dados e categorização temática para a compreensão da realidade do campo

Tipo de estudo

Foi realizado estudo descritivo, quantitativo e qualitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, sob o Parecer nº 3238/2012, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96.

Cenários e atores sociais do estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde 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 participantes do PEP que tiveram, no período de novembro de 2010 a maio de 2012, frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAPs do Programa.

Participaram da pesquisa gestores, médicos e usuários do SUS. Fizeram parte deste estudo 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. Foram convidados 32 médicos que obedeciam aos critérios estabelecidos, sendo que 31 médicos aceitaram participar da pesquisa.

Foram entrevistados 403 usuários do serviço de saúde residentes nos 14 municípios anteriormente mencionados, tendo sido esse quantitativo definido segundo o cálculo do tamanho amostral de 383 usuários descrito por SIQUEIRA; TIBÚRCIO (2011) e mais um percentual de 5% para possíveis perdas totalizando 403 usuários entrevistados. O total da amostra de usuários 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, 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 também sobre a forma de atendimento médico.

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.

Coleta de dados

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. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2012.

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).

A filmagem das consultas foi realizada com gravação de apenas uma consulta por profissional.

Foram coletados dados dos relatórios de supervisores do PEP do período de novembro de 2010 a dezembro de 2012 enviados à coordenação do Programa na UFVJM.

Ainda, foram utilizadas as declarações de atestos de funcionamento da ESF dos municípios que compõem a RAS fornecidos pela Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, MG.

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. 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 Teste qui-quadrado (X^2) ($p= 0,05$) e Teste Exato de Fisher ($p= 0,05$).

Na análise qualitativa foi realizada a análise e a interpretação do conteúdo, compreendendo 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 análise das filmagens das consultas foi realizada utilizando o *check list* de abertura da consulta e exploração dos problemas.

A análise de relatórios mensais dos supervisores dos GAPS foi realizada 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.

Resultados e Discussão

Infraestrututara para funcionamento do PEP

No contrato assinado entre a SES/MG e os municípios participantes do Programa ficou definido que a SES/MG forneceria os equipamentos e os materiais e os municípios sede de GAP seriam responsáveis pela disponibilização dos locais para realização dos encontros, os quais deveriam ser exclusivos para este fim e fora das Unidades Básicas de Saúde, bem como pela disponibilização dos médicos e acompanhamento da participação dos mesmos nos encontros dos GAPs.

Quanto à estrutura disponível para o desenvolvimento das atividades do PEP nos municípios sede de GAPs na RASJ, mais da metade dos médicos que participaram desta pesquisa (51,7%) afirmaram que a sala de realização dos encontros de GAP não era ideal para o desenvolvimento das atividades, sendo que, 65,5% deles relataram ainda não terem sala própria. Ao consultar os documentos da coordenação do PEP na UFVJM, constatou-se que, dos 10 GAPs que estavam em funcionamento na RASJ, apenas cinco (50,0%) possuíam sala própria. Dentre os médicos participantes desta pesquisa, 65,5% afirmaram que o encontro do grupo era prejudicado pela inexistência de uma sala exclusiva para o GAP.

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).

No contrato firmado entre o Estado e o município, para o desenvolvimento das atividades do PEP, o município se comprometeu a ceder uma sala exclusiva para as instalações do GAP. No último relatório do supervisor analisado, referente ao mês de dezembro de 2012, 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 início 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).

Da mesma forma que parte dos municípios não providenciou um local exclusivo para a realização dos encontros dos GAPs, no momento de realização desta pesquisa a SES/MG também ainda não havia disponibilizado os equipamentos e mobiliários para alguns dos GAPs.

Com relação ao mobiliário, 69,0% dos médicos participantes da pesquisa, relataram que o mobiliário da sala dos encontros é confortável. 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 faltavam mobiliários e equipamentos, para o desenvolvimento das atividades do PEP. Ressalta-se que, uma das estratégias educacionais utilizadas no PEP é a filmagem de 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.

Perfil dos médicos participantes do Programa de Educação Permanente

A média de profissionais inscritos no PEP na RASJ de novembro de 2010 a maio de 2012 foi de 86 médicos (dp = + 2,4), sendo que desses, 32 profissionais (37,2% do total de inscritos) possuíam presença de participação nos encontros dos GAPs igual ou superior a 60,0%.

O percentual de 35,5% dos profissionais tinham menos de cinco anos de formação como médicos, 22,6% eram formados há cinco ou menos de 10 anos, 12,9% tinham entre 10 e 20 anos de formação, enquanto 29,0% possuíam acima de 20 anos de formação profissional. 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).

Em se tratando do tempo de serviço, observou-se que 67,7% dos médicos atuavam 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.

O perfil dos médicos frequentes no PEP desenvolvido na 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.

Educação Permanente em Saúde

No período de novembro de 2010 a dezembro de 2012, foram realizados 265 encontros de GAPs na RASJ, tendo sido estudados 50 temas diferentes. 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.

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.

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%).

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.

Resultados do Programa de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde

Rotineiramente a SES/MG promove, através da SRS Diamantina, ações de educação em saúde para os profissionais que atuam na APS. Resultado importante foi obtido ao se comparar a frequência de participação dos médicos nas ações promovidas pelo PEP em relação aos cursos de educação continuada ofertados pela SRS Diamantina. Observou-se que a participação no PEP representou mais de 250% da representação nos referidos cursos.

Como forma de aumentar a adesão ao Programa, por ocasião do início de funcionamento do PEP, os municípios assinaram o Termo de Compromisso, em um contrato de um Programa Estadual da Atenção Primária (Programa Saúde em Casa), com o Governo Estadual, prevendo a liberação dos profissionais do município para a participação em ações de Educação Permanente em horário de trabalho, chamado de horário protegido.

Sob o ponto de vista da gestão municipal, quanto ao motivo que levava o médico a participar do PEP e quanto ao comparecimento dos profissionais nos encontros, 35,7% dos gestores de saúde relataram que os médicos da ESF de seus municípios participavam do PEP apenas como forma de cumprir o Contrato do Programa Saúde em Casa, firmado entre o Governo do Estado de Minas Gerais e a gestão municipal. Além disso, 50% dos Secretários Municipais de Saúde afirmaram que os médicos que eram liberados para o PEP, não compareciam aos encontros.

Ao realizar a análise estatística, 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 (Teste Exato de Fisher: 0,01). 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 podia fazer pelo município, enquanto 92,9% dos gestores também consideraram a Educação Permanente como um instrumento que poderia aumentar a resolubilidade da APS. Estes dados mostram que, embora os gestores afirmarem conhecer o Programa e seus benefícios para a APS, os mesmos creditavam uma baixa importância à atividade de Educação Permanente, uma vez que afirmaram que a participação do médico no PEP ocorria apenas em cumprimento ao contrato do Programa Saúde em Casa.

Observou-se também que 64,3% dos gestores que participaram da pesquisa afirmaram que as atividades da ESF eram prejudicadas no dia em que o médico se ausentava 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 compreendiam a ausência do médico nos dias das atividades do PEP.

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%) e ainda que
4. a ESF pode instituir uma programação na agenda da saúde, sem sobrecarregar a agenda do médico, sem comprometer o funcionamento da Estratégia e sem trazer prejuízo ao acompanhamento dos usuários;

Pode-se afirmar que a participação do médico nos encontros do PEP 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.

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.

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 desta pesquisa na RASJ, 93,5% e 96,8% respectivamente afirmaram ter reduzido os encaminhamentos e pedidos de exames desnecessários. 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, 2002).

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. 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. 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 43,0% dos médicos perguntam sobre opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para o paciente. 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 explicam 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.

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. Não se encontrou na literatura artigos que descrevem apenas o tempo da entrevista na consulta.

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 = + 26), sendo que o tempo mínimo foi de 5 segundos e o tempo máximo de 1 minuto e dezessete segundos. 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.

Quanto à percepção dos usuários sobre os resultados do PEP, em se tratando das habilidades de comunicação, 97,3% dos usuários afirmaram que sentiam que o médico entendia o que o usuário dizia. E ainda 76,1% dos usuários responderam ter notado diferença no atendimento médico no último ano, referindo melhoria na qualidade deste atendimento prestado pelo médico participante efetivo do PEP. Os usuários responderam que o médico se mostrou mais atencioso e preocupado com o paciente.

Os resultados demonstraram 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.

Com relação ao gestor municipal de saúde 71,4% dos secretários municipais de saúde responderam ter percebido mudança na conduta dos médicos, após a participação destes no PEP.

Considerações Finais os rumos do Programa de Educação Permanente na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha

Neste artigo foram descritos os principais resultados do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família na RASJ, tendo em vista os objetivos propostos pela SES/MG. O PEP foi concebido com o objetivo de melhorar os resultados da APS e, conseqüentemente, gerar melhoria da assistência à população. Portanto, os resultados foram positivos nas perspectivas de médicos, usuários do serviço de saúde e gestores municipais de saúde.

Uma das limitações deste estudo foi o período analisado do programa (menos de 2 anos), mas 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, pôde-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 participaram do Programa mostraram-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.

Os médicos participantes da pesquisa relataram melhora em sua performance clínica, com redução de encaminhamentos e de solicitação de exames desnecessários. Fato também confirmado por 77,7% dos usuários que relataram preocupação do médico no seguimento de seus tratamentos, fazendo questionamentos para compreender se o tratamento indicado podia, ou não, ser seguido pelo paciente.

Observou-se um consenso das respostas dos médicos e usuários quanto à utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa 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, durante a consulta médica, através da educação em saúde e autocuidado.

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 Cruz *et al.* (2017) demonstraram que o PEP contribuiu para uma evolução neste 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 pelo Programa.

Assim, pode-se dizer que na RASJ o PEP foi efetivo, promovendo mudança na prática profissional, perceptíveis aos médicos, gestores e usuários do SUS, capacitando os médicos para utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa 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.

Quanto aos rumos que o programa tem tomado no estado e na RASJ de 2010 aos dias atuais, destacamos uma ampla participação da gestão municipal na instância de governança da Rede, nas Reuniões de Comissões Intergestores Regionais (CIR). As reuniões de CIR ocorrem mensalmente, e nessas reuniões no

período de 2010 a 2015 os gestores eram informados sobre o andamento do PEP, os temas estudados e a participação dos médicos nos encontros. Ao mesmo tempo os gestores de saúde eram sensibilizados pela referência técnica da participação dos médicos nesse programa.

O Programa foi encerrado na RASJ em 2015, porém alguns municípios levam avante o programa. Em 2017 em reunião da CIR nos 29 municípios (23 da RASJ) e 6 (Região ampliada de Saúde Nordeste) o programa foi novamente aceito pelos gestores de saúde, onde houve pactuação da implantação dos GAPs e do número de médicos participantes. Vale destacar que o PEP não mais está ligado à assinatura de termo de compromisso ou convênio.

Apesar de as políticas definirem as responsabilidades de cada ente federativo, as dificuldades de implementação da EPS nos municípios são grandes, como pôde ser visto por meio das análises das entrevistas. E o PEP foi neste período em Minas gerais uma concretização da PNEPS. Neste momento, no entanto é necessário seguimento das diretrizes da Política Nacional.

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.

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

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.

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

BECKMAN, Howard. B. e 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. Médica**. Rio de Janeiro, v.30, nº 1, P. 27-31, jan/abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. 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. 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.

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. 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.

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.

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

CRUZ, Cleya 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. [Dissertação mestrado]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2013. 186 p.

CRUZ, Cleya da Silva Santana; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes; SILVÉRIO, João Batista; OLIVEIRA, Leida Calegário Educação Permanente e rotatividade de médicos em região de Minas Gerais, Brasil. *Rev Med Minas Gerais* 2017; 26: e 1841.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al . Modos de cuidar e educar a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 857-868, 2015 .

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.

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.

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

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.

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. **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.

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.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli Ferreira da; BARBA, Patrícia Carla de Souza Della. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-801, Dec. 2016 .

Pierantoni CR, Garcia ACP. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Divulg Saúde Debate* 2012; 47:44-54.

Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg Saúde Debate* 2014; 51:145-158.

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, Luiz Anildo Anacleto da et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, dez. 2016 .

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.

SIQUEIRA, A. L.; TIBÚRCIO, J. D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional.** Belo Horizonte. Coopmed, 2011. 520 p.

SOUZA, A.; ROSCHKE, M. A. Educación continua y aprendizaje a lo largo de la vida: valoración de sus contribuciones para el desempeño individual e organizacional. **Cad. Currículo Ensino.** P. 5. 19. 2003.

Processo de Avaliação por Pares: *Blind Review*

Publicado na Revista Vozes dos Vales - www.ufvjm.edu.br/vozes em: 10/2018

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

www.facebook.com/revistavozesdosvales

UFVJM: 120.2.095-2011 - QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524 - ISSN: 2238-6424

Periódico Científico Eletrônico Multidisciplinar - UFVJM