



ARTIGO DE PESQUISA

A PERCEÇÃO DE MÉDICOS PARTICIPANTES SOBRE O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM ESTADO DA REGIÃO SUDESTE

THE PERCEPTION OF PARTICIPATING DOCTORS ABOUT THE PROGRAM OF CONTINUING EDUCATION FOR FAMILY HEALTH DOCTORS IN A STATE OF SOUTHEAST REGION

LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES SOBRE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA MÉDICOS DE SALUD FAMILIAR EN UN ESTADO DE LA REGIÓN SUDESTE

Lucília Nunes Assis¹, Luciana Souza D'Avila², Marilene Barros Melo³, Luiz Carlos Brant⁴

RESUMO

A estratégia de Saúde da Família (SF), política prioritária para a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientação do modelo de atenção, depende da qualificação e da educação permanente de seus profissionais. O objetivo da implementação do Programa de Educação Permanente - PEP para médicos de SF de um Estado da Região Sudeste é o aumento da resolutividade da APS. Assim, justifica-se uma análise da implementação desse programa a partir da coleta de informações por questionários semiestruturados, enviados via e-mail aos médicos participantes. Metodologicamente, trata-se de estudo quali-quantitativo. Utilizou-se o Pacote Estatístico SPSS 19,0, com uma análise descritiva dos dados e distribuição de frequências. Constatou-se que mais de 50% dos médicos estão na faixa etária de 21 a 40 anos; cerca de 36% têm especialização na área da saúde pública; a maioria tem até 2 anos na equipe de inserção; mais de 90% referem como tema de discussão abordagem clínica individual; 45,4% (235) referem trabalhar com protocolos assistenciais e 45,9% (238) com diretrizes terapêuticas medicamentosas. Concluímos que o incremento de aporte teórico da Saúde Coletiva é tão importante quanto a análise do contexto de inserção dos médicos, no que tange à gestão e organização da APS em rede. **Descritores:** Saúde da Família; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health (SF) strategy, priority policy for the expansion of Primary Health Care (APS) and reorientation of care model, depends on the qualification and continuing education of its professionals. The objective of the implementation of the Permanent Education Program - PEP for doctors of SF of a Southeast State is the increase of the resolvability of the APS. Thus, it is justified the analysis of the implementation of this program by information collection through semi-structured questionnaires, sent to participant doctors by e-mail. Methodologically, it is a qualitative and quantitative study. The SPSS 19.0 statistical package was used, with a descriptive analysis of data and frequency distribution. It was found that over 50% of doctors are aged from 21 to 40 years and about 36% have specialization in Public Health area. Most doctors are up to two years in the health team and over 90% reported as discussion topic an individual clinical approach; 45.4% (235) reported working with care protocols and 45.9% (238) with drug therapy guidelines. It appears that the increase of theoretical contribution of Public Health is important, as well as analysis of the doctors' context of insertion, regarding to the Primary Health Care management and organization in a network frame. **Descriptors:** Health Family; Medical Education; Primary Health Care.

RESUMEN

La estrategia de Salud de la Familia (SF), política prioritaria para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) y la reorientación del modelo de atención, depende de la cualificación y la formación continua de sus profesionales. El objetivo del Programa de Educación Continua-PEP, para los médicos que trabajan en SF en un estado de la región sudeste, es el aumento de la resolubilidad de APS. Por lo tanto, se justifica una análisis de la implementación de este programa a partir de la coleta de informaciones por cuestionarios semiestruturados, enviados por e-mail a los médicos participantes. Metodológicamente, es un estudio cuantitativo y cualitativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0, con un análisis descriptivo de los datos y la distribución de frecuencias. Se encontró que más del 50% de los médicos tienen entre 21 a 40 años, siendo que cerca del 36% tiene especialización en el área de la salud pública, la mayoría están hasta dos años en el equipo de inserción, 90% refieren como tema de discusión el enfoque clínico individual, el 45,4% (235) reportó trabajar con protocolos de atención y el 45,9% (238) con directrices de la farmacoterapia. Se concluye que el aumento de la contribución teórica de Salud Pública es tan importante cuanto el análisis del contexto de la inserción de los médicos con respecto a la gestión y organización de la red de APS. **Descriptors:** Salud de la Familia; Educación Médica; Atención Primaria de la Salud.

¹Dentista. Mestre em Medicina Social pela Escola de Saúde Pública do Estado de MG/ESP-MG. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Superintendência de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do estado de MG. E-mail: wcon.lucilia@terra.com.br. ²Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de MG/ESP-MG. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Superintendência de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do estado de MG. E-mail: luciana.davila@esp.mg.gov.br. ³Dentista. Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Superintendência de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do estado de MG. E-mail: marilene.melo@esp.mg.gov.br. ⁴Psicólogo. Doutor em Ciências da Saúde pela ENSP/ Fundação Oswaldo Cruz. Professor Adjunto do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. E-mail: brant.ufmg@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (SF), a partir da década de 90, foi assumida pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia de expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientação do modelo de atenção hospitalocêntrico. O Estado da Região Sudeste investigado, no ano de 2012, apresenta cobertura de 71% da população, a partir da implantação de 4.486 Equipes de Saúde da Família (ESF), que contam, em sua estrutura mínima, com um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde⁽¹⁾.

Entretanto, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), em seu conjunto de ações e serviços produzidos, ainda comporta vários desafios para operar mudanças efetivas na prática e na organização do processo de trabalho conforme previsto pela política. Os esforços de qualificação e educação permanente dos diversos profissionais ainda evidenciam a persistência de baixa qualidade da atenção e da efetividade na resolução dos problemas de saúde da população⁽²⁾.

O papel do médico nessa estratégia abrange a avaliação das necessidades de saúde da população e o envolvimento no planejamento e na organização de um processo de trabalho multiprofissional, para a oferta de uma atenção integral, constituída de ações de saúde diversas, no âmbito individual e coletivo, além da consideração do contexto emocional, familiar e social do usuário⁽³⁾.

Esse cenário aponta as dificuldades para a formação dessa categoria profissional para desempenho da função. Os desafios de inserção do ensino na rede de serviços da APS, o surgimento recente de especialidades na área, os problemas para consolidação de um Plano de Carreira Cargos e Salário constituem algumas dessas dificuldades. Restam ainda os cuidados necessários, nesse empreendimento,

para não comprometer a imagem da medicina nos âmbitos da academia e da sociedade⁽⁴⁻⁵⁾.

O Programa de Educação Permanente (PEP) para Médicos de Saúde da Família, implantado em um Estado da Região Sudeste, apresenta dentre seus propósitos a qualificação profissional para uma maior resolutividade da APS e operacionaliza-se por meio de uma estrutura básica, o Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP), geralmente, constituído de oito a doze participantes, tendo como critério de composição a distribuição geográfica das equipes de saúde da família. Esse programa contempla ainda outros objetivos como a captação e fixação do profissional médico na esfera local por meio da sua satisfação com o trabalho, fator amplamente associado à rotatividade nesse campo de atuação⁽⁶⁻⁷⁾.

Diante da complexidade da ação proposta por esse programa, fez-se necessário analisar a sua implantação. Assim, elaborou-se uma investigação com o objetivo de construir o perfil dos médicos e a respectiva adesão ao PEP. Buscou-se também apreender o conjunto de ideias e percepções dos mesmos acerca dos aspectos mais relevantes do Programa, de sua organização, operacionalização e as possíveis implicações da ação educativa no cotidiano de trabalho da equipe de saúde.

Este artigo visa a apresentar o perfil dos médicos participantes do PEP, as ações educacionais, as atividades dos GAP e principais dificuldades dos médicos no seu cotidiano de trabalho.

MÉTODOS

Esta investigação caracteriza-se pela abordagem quali-quantitativa utilizando questionários semiestruturados para os médicos participantes e para os seus supervisores/facilitadores. A abordagem qualitativa envolve entrevistas semiestruturadas com alguns desses sujeitos, incluindo gestores envolvidos e outras

categorias profissionais. No período inicial deste estudo, o PEP encontrava-se implantado em 11 das 13 Regiões Ampliadas de Saúde do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Região Sudeste, relacionado ao estudo.

A operacionalização do PEP se faz por meio de 12 instituições de ensino de graduação superior e uma secretaria municipal de saúde. Cada uma dessas instituições é responsável pela sua respectivas áreas de abrangência e respectivos médicos de saúde da família participantes do Programa.

As informações quantitativas foram coletadas a partir de questionários estruturados encaminhados aos médicos de saúde da família inseridos no PEP, via e-mail e disponibilizados no *Programa Lime Survey*, ferramenta WEB. Os critérios para seleção de médicos participantes consideraram a inserção dos mesmos até o mês de agosto de 2011 no Programa, a disponibilização dos respectivos e-mails até a data programada para o início do envio dos questionários, outubro de 2011, e a exclusão de médicos que participaram do teste piloto para validação do instrumento de coleta.

O instrumento de coleta abordou questões relativas à formação e experiência profissional do médico participante, aspectos de sua inserção no mercado de trabalho, informações sobre sua percepção do programa e possíveis efeitos da ação educativa em seu cotidiano na equipe de saúde da APS.

Estratégias diversas para a sensibilização dos participantes foram utilizadas, incluindo lembretes periódicos via e-mail e telefonemas, além do envolvimento dos coordenadores e supervisores/facilitadores atuantes no programa. O período de coleta, entre outubro de 2011 e março de 2012, coincidiu com uma falha no “servidor” da instituição executora da pesquisa, a partir de meados de novembro até a segunda quinzena de janeiro, o que

pode ter influenciado no número de respostas obtidas. De um total de 2012 questionários enviados, 518 foram respondidos de forma completa. As informações obtidas nas questões com respostas estruturadas foram analisadas utilizando-se o Pacote Estatístico SPSS 19.0, com uma descrição dos dados e distribuição de frequências.

A parte qualitativa da pesquisa teve as suas informações apreendidas a partir de entrevistas, grupos focais e análise documental, analisadas a partir da Técnica de Análise de Conteúdo.

Faz-se constar que o projeto de pesquisa em questão está em conformidade com as normas dispostas na Resolução CNS 196/96, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou e aprovada segundo Protocolo CEP - CPqRR Nº 08/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de resposta aos 2012 questionários enviados foi de 25,7% (518), sendo que, dos sujeitos da pesquisa, 8,3% (43) não se encontravam mais como participantes do PEP. As principais causas apontadas quanto ao motivo de desligamento do Programa foi a mudança de ocupação ou de área de trabalho, mudança da residência para outros municípios ou estados, o que correspondeu a 48,8% (n = 21) de todas as justificativas apresentadas. 62,2% das respostas sinalizaram que o tempo de participação no Programa foi menor ou igual a um ano.

A partir da análise dos questionários, viabilizou-se uma sistematização de outras variáveis apreendidas, como sexo, faixa etária, pós-graduação, tempo de trabalho na equipe e na Saúde da Família (SF), os vínculos trabalhistas, critério para a inserção do médico na equipe, remuneração, origem da demanda, atividades educacionais dos GAP, infraestrutura dos GAP, os conteúdos e

atividades dos GAP, as principais dificuldades dos médicos no seu cotidiano laboral. A consolidação de algumas dessas variáveis poderá ser observada nas tabelas que se seguem.

Em relação ao gênero, conforme se evidencia na Tabela 1, há uma proporção equitativa entre participantes do sexo feminino (48,3%) e masculino (51,7%). Quanto à faixa etária, verifica-se uma maior concentração de trabalhadores abaixo dos 40 anos de idade, assim, pode-se associar uma menor vinculação do(a) médico(a) ao PSF com o avançar da idade (Tabela 1). Os percentuais encontrados quanto ao sexo e faixa etária coincide com os achados de Campos & Malik⁽⁶⁾. No que se refere à pós-graduação, 67,2% dos investigados afirmam tê-la em seu currículo,

sendo que a associação desse percentual à faixa etária predominante, menor que 40 anos, aponta a existência de uma preocupação dos jovens médicos com qualificação. Verificou-se que 36,1% das pós-graduações são no âmbito da Saúde da Família, o que demonstra a busca desse profissional para ampliar o seu conhecimento e adequar o seu perfil ao campo em que atua. Apenas 1% dos sujeitos da pesquisa relata pós-graduação nos campos da saúde pública e saúde coletiva. No que se refere à residência, a pesquisa trouxe resultados que se assimilam aos encontrados por outros estudos, em que a sua conclusão era confirmada no máximo em 50% dos médicos da SF investigados⁽⁸⁻⁹⁾, sendo que entre os sujeitos desta pesquisa apenas 26,1% já a concluíram.

Tabela 1 - Perfil geral dos médicos participantes do PEP, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

		n	%
Sexo	Feminino	250	48,3
	Masculino	268	51,7
	Total	518	100,0
Faixa etária	20 anos ou menos	01	0,2
	De 21 a 30 anos	127	24,5
	De 31 a 40 anos	171	33,0
	De 41 a 50 anos	91	17,6
	De 51 a 60 anos	80	15,4
	Mais de 60 anos	48	9,3
	Total	518	100,0

Os 518 participantes foram questionados quanto ao tempo de trabalho na SF e na equipe que estavam inseridos, sendo identificadas, respectivamente, cerca de 70% (359) e 66% (343) de respostas válidas. Tais informações apontaram que, enquanto 12% atuavam no campo da SF no máximo há 1 ano, 30% estavam nessa condição quanto ao tempo de trabalho na equipe de inserção. Por sua vez, 25% atuavam na área em torno de 5 a 10 anos, sendo que tal período de trabalho na

mesma equipe foi a realidade de 16%. Em períodos mais longos de atuação, como de 5 a 10 anos e acima de 10 anos, tal relação manteve-se em 36% e 16% e 17% e 2%. Tais informações sugerem uma alta rotatividade desses médicos entre equipes de saúde da família e uma tendência de curta permanência no Programa. Essa rotatividade está associada a fatores como o perfil não adequado do médico para o exercício na SF, essencialmente, se se considera que muitos

desses trabalhadores são recém-formados e/ou possuem baixa qualificação e experiência para uma prática generalista^(5,10); a existência de inúmeras modalidades de contratação dessa força de trabalho, com predomínio de contratos temporários⁽¹¹⁾, além de problemas relacionados às condições de trabalho. No que se refere a essas condições, pode-se citar a inadequação de equipamentos e materiais e a dificuldade de encaminhamento para as ações de média e alta complexidade^(8,12). Tais situações podem implicar na fragilização da efetividade da SF.

Entre os 518 médicos respondentes, 495 afirmam atuar no Saúde da Família, sendo que 163 referiram também atuação em consultório ou clínica privada, 159 em hospitais da rede pública e 55 em hospitais na rede privada. O restante, aproximadamente, 100 participantes apontaram outras atuações diversas como centros de especialidade da rede privada e pública, pronto atendimento, docência, gestão, entre outras. Em contraposição a essa informação, 493 dos 518 médicos informam atuar em uma única equipe e cumprir carga horária de 40 horas semanais ou 8 horas diárias, sendo que apenas 23,4% (121) dos sujeitos da pesquisa apontaram que as múltiplas jornadas trariam dificuldades ao cotidiano de laboral na APS. A flexibilização da carga horária do médico na estratégia da Saúde da Família, diante das dificuldades da gestão municipal em cumpri-la em 40 horas semanais, está institucionalizada pela Portaria GM/MS N° 2.027/2011.

As formas de entrada na APS relatadas pelos participantes foram: por convite (39,2%; n = 203); concurso público (22%; n = 114); seleção pública (21,8%; n = 113) e indicação (13,7%; n = 71), sendo que, dentre os 518 médicos, 197 afirmaram que a experiência e/ou formação específica na área foi considerada para assumir tal função. Essa força de trabalho, relativa aos 518 médicos respondentes, apresenta como principal forma

de vínculo o contrato de trabalho segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), seja diretamente com a gestão municipal (39%; n = 202) ou via cooperativas e/ou terceirizados (10,2%; n = 53). Apenas 29,5% (n = 153) afirmaram ser efetivos, ou seja, concursados públicos, diferindo em 39 (trinta e nove) a mais do resultado anterior (entrada por concurso) e possivelmente englobando parte daqueles que afirmaram ter entrado por seleção pública. Destaca-se ainda, conforme exposto na Tabela 2, que 15,3% (n = 79) citaram ser contratados como autônomos, via Recibo de Pagamento de Autônomo - RPA. O predomínio dos critérios de contratação não baseados em concursos ou outro tipo de seleção também foi encontrado por Cotta, Schott, Azeredo, Franceschini, Priore e Dias⁽¹³⁾, condição que pode estar colaborando para a falta de adequação às exigências do fazer em saúde na SF.

A insatisfação com a remuneração é apontada por 67% (351) dos respondentes como uma das principais dificuldades do cotidiano de trabalho, o que difere de outro estudo, que relacionam o salário uma motivação para a inserção do médico na SF, argumentando que a rotatividade é que tem induzido uma remuneração mais alta⁽³⁾.

A participação em cursos ou eventos relacionados à qualificação profissional, além do PEP, foi referida pelos médicos, destacando-se que 75% (n = 385) citaram ações de educação ofertadas pelos gestores municipais e 65,4% (339) informaram que houve o envolvimento de outras categorias profissionais. A participação em ações educativas ofertadas pelo gestor estadual foi apontada por 59,8% (310) dos respondentes, sendo que 51% também informaram o caráter multiprofissional das mesmas. Ressalta-se a importância de essa qualificação profissional estar subsidiada nas atribuições do médico na APS, conforme estabelecido para a implementação dessa política, segundo PT

GM/MS Nº 648/2006, que inclui a atuação desse profissional em uma perspectiva mais generalista, articulando abordagens individuais e coletivas, além de contribuir e participar das atividades de educação

permanente de profissionais da equipe como Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, além de se envolver no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Tabela 2 - Tipo de vínculo do dos médicos participantes do PEP com a Prefeitura, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

Tipos de vínculos atuais com as Prefeituras		n	%
Contratado/CLT direto com a Prefeitura	Não	315	60,8
	Não sabe*	01	0,2
	Sim	202	39,0
	Total	518	100,0
Contratado/CLT via cooperativa ou terceirizado	Não	465	89,8
	Sim	53	10,2
	Total	518	100,0
Efetivo/concursado	Não	365	70,5
	Sim	153	29,5
	Total	518	100,0
Contratado como autônomo/RPA	Não	438	84,6
	Não sabe*	01	0,2
	Sim	79	15,3
	Total	518	100,0
Outro tipo de vínculo	Não ou nenhum	471	90,9
	Contrato não especificado, administrativo e/ou temporário	26	5,0
	Contrato como pessoa jurídica	07	1,4
	Prestação de serviço	03	0,6
	Cargo em comissão	02	0,4
	Cedido	01	0,2
	Efetivo 20hs e extensão para PSF	02	0,4
	Outros**	60	1,2
Total	518	100,0	

*Um médico participante afirmou não saber se seu vínculo junto à prefeitura é regido pela CLT ou é contrato de autônomo.

**Não especificado ou por curso de residência.

A partir da análise dos questionários, de acordo com a Tabela 3, evidenciou-se que a principal demanda de participação no PEP originou-se do gestor municipal/chefia imediata (67,2%; n = 348) e/ou do seu próprio interesse (51,9%; n = 269). Mais da metade dos sujeitos da pesquisa (61,2%; n = 317) afirmaram ter sido sensibilizados quanto à importância do PEP, de forma equânime pelo gestor municipal ou local (26,3%; n = 136), pelos docentes ou representantes de instituições de ensino (23,6%; n = 122) e por colegas participantes do PEP (22,6%; n = 117). Entre os 518 respondentes, 78,4% (n = 406) afirmam que é de essencial importância a

participação nas atividades do PEP.

O incentivo de participação no Programa pelo gestor municipal, demonstrado anteriormente, é corroborado por 82% (n = 425) dos médicos respondentes ao afirmarem receber esse mesmo apoio para frequentar as atividades do Programa em horário protegido, durante o trabalho. Esse apoio do gestor para a participação dos médicos em programas de qualificação tem sido uma das estratégias utilizadas para minimizar a rotatividade dos médicos da SF⁽⁶⁾. Entretanto, existem trabalhos que demonstram um pequeno estímulo por parte dos gestores para que o médico se qualifique, apesar do interesse

deste profissional⁽³⁾. O apoio por parte da equipe para a qualificação no PEP gira em torno de 75,1% (n = 389), apesar de os próprios médicos demonstrarem não compartilhar de forma sistemática com sua equipe as atividades realizadas no PEP, visto

que 18%, 22% e 38% afirmaram, respectivamente, nunca, raramente e às vezes discutir suas práticas no PEP com a equipe, sendo que apenas 22% alegaram fazer isso sempre.

Tabela 3 - Demanda pela participação/sensibilização quanto ao PEP e percepção do médico sobre a importância da participação nas atividades do programa, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

		n	%
Origem da demanda pela participação no PEP*	Pessoal	269	51,9
	Gestor municipal/chefia imediata	348	67,2
	Gestor estadual	19	3,7
	Outros**	06	1,2
Médico foi sensibilizado previamente quanto à importância do programa	Não	201	38,8
	Sim	317	61,2
	Total	518	100,0
Sensibilizado por quem*	Pelo gestor municipal ou local	136	26,3
	Por docentes ou representantes de instituições de ensino	122	23,6
	Por colegas participantes do PEP	117	22,6
	Outros***	06	1,2
Como o médico percebe a importância de participar das atividades do PEP	Desnecessária	10	1,9
	Relativa	102	19,7
	Essencial	406	78,4
	Total	518	100,0

*Médicos poderiam marcar mais de uma alternativa. A porcentagem de cada item se refere ao total de médicos respondentes (N = 518).

**Convite do coordenador; coordenação da residência; convite dos participantes; etc.

***Pelo criador do PEP; pelo próprio médico, pois considera a educação permanente como uma necessidade e o PEP uma grande oportunidade de aprendizagem; durante a formação acadêmica; durante a residência; etc.

As atividades educacionais do PEP desenvolvidas nos Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAP) estão organizadas em quatro estratégias: o Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional - CAPP, o Plano de Desenvolvimento Pessoal - PDP, o Módulo de Capacitação e o Treinamento em Serviço de Habilidades Clínicas. Observou-se que elas são desconhecidas por 6,8% (35) dos respondentes. A técnica Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), fundamentada na revisão entre pares e voltada para a indução da reflexão sobre a prática e melhoria de qualidade do cuidado, é apontada como atividade por 62,2% (322) dos 518 médicos.

Por sua vez, dentre esses participantes, 63,9% (331) afirmam utilizar o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), uma estratégia mentorada, que visa a integrar o participante a uma nova maneira de se aprender e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional; em síntese, é uma aprendizagem individual autodirigida de longo prazo. Porém, quando questionados se elaboram algum instrumento para o acompanhamento do seu aprendizado no PEP, 79% (409) afirmaram que não. Já a participação na estratégia educacional para aprendizagem cognitiva em grandes grupos, ou Módulos de Capacitação ministrados por *experts* nos tópicos, é vivenciada por 41,9% (217). Por fim, uma identificação menos

expressiva, de apenas 35,5% (184) desses entrevistados, acontece em relação ao treinamento da habilidade clínica, o que é corroborado pela referência de apenas 99 dos 518 respondentes quanto ao desenvolvimento de preceptoria em serviço, em que 9% (n = 46) citam que as mesmas ocorrem segundo demanda e cerca de 10% (n = 53), de acordo com programação periódica.

A carga horária preconizada para o PEP, de 16 horas mensais, distribuída entre as atividades educacionais referidas e protegida na jornada de trabalho do médico, é registrada por 46% (242) dos participantes. Entre as dificuldades mais citadas para a participação do PEP estão a insuficiência do quadro de pessoal da Unidade de Saúde (25,3% = 131), os problemas quanto ao deslocamento para o local da reunião (13,3% = 69) e os dilemas relacionados à liberação pelo gestor municipal (6,2% = 32), o que pode representar a dificuldade que esse trabalhador tem em associar a grande demanda de trabalho à necessidade de se qualificar para responder à mesma⁽³⁾.

Contudo, 58% dos 518 respondentes alegaram não ter nenhuma dificuldade para frequentar o GAP. Outros períodos de envolvimento nas atividades do PEP também

foram relacionados, sendo que 21% (108) afirmaram frequentar o GAP por 12 horas/mês, cerca de 16% (85) afirmaram reunir-se nesses grupos de 3h a 6h mensais, 11,6% (60) não souberam informar e o restante, aproximadamente 4% (23), deram respostas não especificadas. Observa-se, assim, que não há uniformidade quanto ao período de dedicação ao PEP, nem uma correlação clara entre as frequências e as dificuldades de participação citadas.

A Tabela 4 apresenta o resultado da análise da infraestrutura dos GAP e assinala o grau de satisfação com o espaço físico para o desenvolvimento dos GAP. Esse grau varia, conforme o registro de aproximadamente 72% dos 518 respondentes, de bom a regular. Entre os equipamentos e materiais utilizados nas reuniões nos GAP e apontados pelos médicos estão o data-show (69,9%; n = 362); os materiais gráficos em geral, incluindo as referências específicas a livros, periódicos e linhas-guia (58,5%; n = 303); a internet (39,2%; n = 203) e DVD/Vídeos (33,2%; n = 172). A avaliação quanto ao material didático é satisfatória para 71% (n = 368) dos participantes, em relação ao desempenho dos supervisores/facilitadores, a maioria (86,1%) o demarca como bom.

Tabela 4 - Infraestrutura dos GAP segundo a percepção dos médicos participantes, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

		n	%
Opinião do médico participante sobre a adequação do espaço físico às demandas dos GAP	Não sei	19	3,7
	Ruim	95	18,3
	Regular	180	34,7
	Boa	194	37,5
	Ótima	30	5,8
	Total	518	100,0
Equipamentos e materiais utilizados para o desenvolvimento dos GAP*	Não sabe	17	3,3
	Quadro branco/canetas próprias	110	21,2
	Data-show	362	69,9
	DVD/Vídeos	172	33,2
	Materiais gráficos (xerox, impressão, folhas em branco, entre outros)	296	57,1
	Internet	203	39,2
	Livros, linhas-guia, periódicos*	07	1,4
	TV/monitor*	07	1,4
	Laptop (pessoal ou não)*	08	1,5
	Material dos próprios participantes e/ou do supervisor*	05	1,0
	Não receberam ainda ou nenhum*	04	0,8
	Outros***	08	1,5

*Médicos poderiam marcar mais de uma alternativa. A porcentagem de cada item se refere ao total de médicos respondentes (N = 518).

**Itens citados espontaneamente pelos médicos participantes.

***Computador sem internet; material improvisado; softwares; boa vontade do orientador; etc.

Os principais conteúdos abordados e as atividades realizadas no PEP estão consolidados na tabela 5. Os temas de maior destaque nas discussões do PEP foram a abordagem clínica dos problemas de saúde prevalentes na APS (92,9%), o aprimoramento da consulta médica e dos métodos clínicos centrados no paciente (73,7%) e o desenvolvimento da habilidade em comunicação e educação em saúde - relação médico-usuário (59,3%). Essas abordagens caracterizam o predomínio do enfoque assistencial individual. Tal priorização nos GAP encontra correspondência com as duas principais práticas do cotidiano de trabalho do médico, a consulta clínica em consultório (98,8%, n=512) e a visita domiciliar (92,9%,

n=481), o que favorece um manejo clínico sem dificuldades, conforme observado na Tabela 6. Assim, o aprofundamento sobre a clínica médica nos GAP pode estar associado à incidência de casos de maior complexidade, o que exige espaços de discussão sobre os mesmos e/ou na dificuldade no encaminhamento para os serviços de referência, isto é, sem retaguarda adequada (Tabela 6)^(3,12,14). A estratégia do PEP pode, ainda, implicar em uma autoavaliação sistematizada da prática profissional médica, conforme 86,3% dos investigados, a partir da análise da consulta terapêutica e dos seus resultados, uma das atividades realizadas nos GAP.

Tabela 5 - Principais conteúdos abordados e atividades realizadas no PEP, segundo os médicos participantes, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

	n	%
Principais conteúdos abordados no PEP*	Não sabe	03 0,6
	Abordagem clínica dos problemas de saúde prevalentes na Atenção Primária	481 92,9
	Aspectos epidemiológicos dos problemas de saúde prevalentes na Atenção Primária	226 43,6
	Abordagem multidisciplinar dos problemas de saúde prevalentes na Atenção Primária	245 47,3
	Organização das ações e serviços da Unidade de Saúde	209 40,3
	Referência e contrarreferência	146 28,2
	Habilidade em comunicação e educação em saúde - relação médico-usuário	307 59,3
	Habilidade em comunicação e educação em saúde - abordagem coletiva	166 32,0
	Aprimoramento da consulta médica e dos métodos clínicos centrados no paciente	382 73,7
	Outros**	10 2,0
Atividades realizadas nos GAP*	Não sabe	16 3,1
	Análise de consultas clínicas	285 55,0
	Revisão de prontuários clínicos	126 24,3
	Análise das condutas terapêuticas e seus resultados	377 72,8
	Análise de protocolos de assistência	330 63,7
	Discussão de casos clínicos	450 86,9
	Discussão de eventos críticos	188 36,3
	Elaboração de Planos de Desenvolvimento Pessoal (PDP)	334 64,5
	Provisão de <i>feedback</i>	239 46,1
	Exposição dialogada	297 57,3
	Leitura de textos	353 68,1
Outros***	10 1,9	

* Médicos poderiam marcar mais de uma alternativa. A porcentagem de cada item se refere ao total de médicos respondentes (N = 518).

**Atualização propedêutica/ terapêutica; Dúvidas, dificuldades e necessidades dos médicos; Ética médica e questões jurídicas; Protocolos de atendimento a problemas de saúde prevalentes na APS, adaptados à realidade dos serviços; Relação entre gestão e o profissional.

***CAPP; Discussão sobre a realidade do local de trabalho; Discussões temáticas; Elaboração de linhas-guia, protocolos; Pesquisa; Práticas clínicas; Vídeos sobre temas específicos; Aulas.

A maioria dos participantes (90,7%, n = 470) enfatiza a pertinência dos temas discutidos frente às suas principais dificuldades no processo de trabalho, o que coincide com o fato de 91% (472) dos respondentes concordarem sobre o programa ser capaz de atender às suas expectativas e contribuir em suas respectivas práticas. Por sua vez, de forma menos significativa, observa-se a incorporação de alguns

instrumentos preconizados na prática da medicina baseada em evidência no cotidiano de trabalho dos 518 médicos: protocolos assistenciais (45,4% = 235), diretrizes terapêuticas medicamentosas (45,9% = 238) e protocolos de Urgência/Emergência (24,9%, n = 129). Já a utilização da ficha clínica ou prontuário é mencionada por quase a totalidade dos médicos participantes (98%, n = 508).

Tabela 6 - Principais dificuldades dos médicos participantes do PEP no cotidiano de trabalho no PSF, segundo os próprios médicos, Estado da Região Sudeste, 2011/2012.

		n	%
Principais dificuldades dos médicos participantes no cotidiano de trabalho*	Às múltiplas jornadas de trabalho	121	23,4
	À remuneração insatisfatória	351	67,8
	Ao manejo clínico	81	15,6
	Ao encaminhamento aos serviços de referência	377	72,8
	À organização das ações e serviços da Unidade de Saúde	221	42,7
	Ao trabalho em equipe	87	16,8
	Espaço físico inadequado	222	42,9
	Materiais e insumos insuficientes	264	51,0
	Equipamentos e instrumentos insuficientes e/ou inadequados	253	48,8
Outras dificuldades do cotidiano de trabalho do médico participante no PSF**	Sobrecarga/grande demanda de trabalho e de atendimentos, com número excessivo (acima do preconizado) de famílias/pessoas sob sua responsabilidade e de sua equipe e carência de RH	21	4,1
	Má coordenação/Capacitação inadequada de gerência direta, equipe de enfermagem e/ou dos outros profissionais de saúde	06	1,2
	Demora, dificuldade e até impossibilidade de realização de exames complementares e/ou de maior curso	04	0,8
	Desorganização do gestor e sistema de saúde	03	0,6
	Outros***	12	2,6

* Médicos poderiam marcar mais de uma alternativa. A porcentagem de cada item se refere ao total de médicos respondentes (N = 518).

**Dificuldades citadas espontaneamente pelos médicos participantes

***Atraso de salário; Carga horária reduzida; Dificuldade de acesso ao local da unidade de saúde; Falta de pronto atendimento adequado no município; Grande carga horária para remuneração pequena; Má aderência da população; Não consideração pela gestão municipal da realidade de cada equipe, com tentativa de padronização do trabalho; NASF; Pouca valorização da atenção primária pelo gestor e prefeito; Unidade de saúde em condições inadequadas.

Dentre os temas discutidos nos GAP, o desenvolvimento da habilidade em comunicação e educação em saúde, na perspectiva da abordagem coletiva, é referenciado apenas por 32% (166) dos respondentes (Tabela 5), sendo que 74% (384) dos participantes reconhecem que essas atividades estão incluídas na rotina do trabalho da equipe. A estratégia populacional em saúde, segundo o registro dos 518 médicos participantes, está organizada pela formação de grupos com a comunidade para o desenvolvimento de atividades educativas, segundo os seguintes temas e respectivas referências: hipertensos (80% = 416); diabéticos (79% = 409); gestantes (57% = 296); idosos (28% = 145); crianças (25,5% = 132); adolescentes (11% = 57), dentre outros.

Diante desse cenário, destaca-se que apenas 46,7% (242) consideraram que a oferta programada das ações e serviços de saúde da sua equipe leva em consideração o desenvolvimento de iniciativas para estimular a autonomia, o autocuidado e a corresponsabilidade por parte dos usuários. Assim, o processo de trabalho do médico e do restante da equipe poderia ser qualificado por novos aportes teórico-práticos no campo da comunicação, da informação e da educação em saúde, no âmbito do GAP, além de ser potencializado pela ampliação da discussão da abordagem multidisciplinar dos problemas de saúde prevalentes na APS, tema de estudo referenciado por 47,3% (245) dos médicos participantes.

As respostas dos 518 médicos

participantes do PEP identificaram que em torno de 40% (209) apontam que se discute no PEP a organização das ações e serviços da Unidade de Saúde e 42,7% (221) registram esse tema como um problema em seu cotidiano de trabalho. Observa-se, ainda, que 46,5% (241) e 59% (305) dos mesmos afirmaram que a oferta programada das ações e serviços de saúde pela equipe, respectivamente, consideram a análise do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e o diagnóstico da situação de saúde da população adscrita à Unidade de Saúde. Por fim, aproximadamente 57% (296) afirmam que a programação da equipe de saúde considera uma atenção diferenciada para famílias de situações de risco, vulnerabilidade ou isolamento social, na área de abrangência da unidade. Essas questões que busquem retratar a realidade local são fundamentais para que se elaborem ações estratégicas para uma atenção em saúde adequada à população adscrita⁽³⁾.

Outras informações também contribuem na caracterização da oferta programada das ações em saúde, como, por exemplo, o fato de apenas 29% (150) dos participantes afirmarem que a sua equipe de saúde trabalha com protocolos de acolhimento, apesar de fundamentais para o processo de humanização da atenção primária. Quanto à agenda do médico para o atendimento em consultório, registrou-se que 54% (280) fazem uso de critérios orientadores, diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados; cerca de 40% (207) apontam programar a oferta da consulta clínica segundo linhas de atenção (ciclos de vida, gênero e condições de saúde) e 63,1% (327) apontam que organizam sua agenda em função de demanda aberta. Assim, os aspectos da oferta programada de ações abordados, nesses dois últimos parágrafos, ressaltam a importância da discussão do tema consulta médica segundo o contexto de inserção do

médico, mesmo porque a reunião com a equipe é uma atividade assinalada por cerca de 81% (417) dos respondentes.

Por fim, a análise das informações trouxe também aspectos operacionais e da infraestrutura do serviço na APS e da organização da rede que permeia essa prática. Ressalta-se que em torno de 73% dos sujeitos da pesquisa registram que, além do encaminhamento aos serviços de referência, outras dificuldades se fazem presentes (Tabela 6). Entre elas, 42,9% (222) dos médicos assinalaram a inadequação do espaço físico das Unidades de Saúde; 51% (264) realçaram a carência de materiais/insumos e 49% (253) queixaram da insuficiência dos equipamentos/instrumentos. Algumas dificuldades foram demarcadas espontaneamente pelos médicos como a grande demanda de trabalho, o número excessivo de famílias sob sua responsabilidade e de sua equipe, a carência de recursos humanos, gestores e os outros integrantes da equipe pouco qualificados, entre outras. Por sua vez, observa-se que reuniões com lideranças comunitárias, Conselhos Municipais de Saúde só fazem parte do cotidiano de quase 20% (102) dos respondentes, sendo que a reunião com a Coordenação Municipal da APS é vivenciada por aproximadamente 32% (164) dos 518 médicos participantes.

O médico participante do PEP, ao reconhecer que o programa atende suas expectativas e contribui para a sua prática, indica a sua satisfação com a qualificação ofertada, apesar de essa não se expressar em uma frequência sistemática. A revalidação da prática médica está sendo considerada uma necessidade atual frente às mudanças do pacto entre a classe médica e a sociedade. Essa situação implica na importância do Programa estar articulado aos órgãos da regulação da formação médica para o desenvolvimento do seu processo de acreditação, que exige a definição em curto

prazo de instrumentos de avaliação. Essas ferramentas podem ser constituídas pelos Planos de Desenvolvimento Profissional (PDP), *feedback* do paciente, validação de protocolos assistenciais e terapêuticas medicamentosas, dentre outros instrumentos⁽¹⁵⁾.

O processo de ensino-aprendizagem desenvolvido entre pares e a partir das necessidades levantadas pelos próprios sujeitos são diretrizes do aperfeiçoamento profissional médico, observadas no PEP⁽¹⁶⁾. Por sua vez, a aprendizagem no trabalho significa se reconhecer como membro de uma comunidade de prática em que a interação com outros médicos, enfermeiros e profissionais afins, de vários níveis de formação, fazem parte do desenvolvimento pessoal e profissional, característica a ser desenvolvida na operacionalização do Programa como meio de potencializar a efetividade da ação educativa e da prática em saúde⁽¹⁷⁾.

As dificuldades inerentes à infraestrutura, como ambiente físico, disponibilidade de material para realizar o trabalho e organização dos serviços, principalmente no que tange às dificuldades com a referência, devem ser consideradas na implementação do PEP, pois expressam causas reconhecidas de insatisfação desses profissionais na estratégia da Saúde da Família⁽⁹⁾. Assim, a implementação do Programa deve se constituir a partir de um mapeamento dos médicos participantes e respectiva análise do contexto da gestão e da organização da APS na rede de serviços; visto que há de se discutir a governabilidade dos gestores no processo pedagógico, a clareza e o grau de consenso sobre a política que se almeja consolidar, tendo em perspectiva o tempo político e os possíveis efeitos a curto, médio e longo prazo a serem alcançados pelo PEP, principalmente diante do fator limitador atual, a rotatividade do profissional médico na APS^(8-10,13,18).

Salienta-se, ainda, a necessidade de que o PEP introduza de uma forma mais consistente o tema que privilegie as Redes de Atenção em Saúde, uma vez que elas correspondem ao conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, organizados na perspectiva da horizontalidade, tendo a APS como o centro de comunicação, além de serem a possibilidade de minimizar as diversas dificuldades encontradas pelos médicos no seu cotidiano laboral^(6,19).

Os resultados apontam dificuldades de implementação do Programa relativas à trincheira técnico-assistencial, relacionadas, segundo Paim e Almeida⁽²⁰⁾, ao campo da integração ensino-serviço, e sua interface com componentes do sistema de saúde, como a gestão, organização dos serviços e modelo de atenção. Por sua vez, a melhor articulação do PEP com a proposta da atenção na Saúde da Família pode ser revista a partir das evidências relacionadas ao processo de trabalho do médico participante que sugerem a importância do incremento de ferramentas conceituais e operacionais para a construção de novos saberes tecnológicos, a partir da inserção de alguns conteúdos teórico-práticos na condução dos GAP, oriundos de disciplinas básicas do campo da Saúde Coletiva, como epidemiologia, planejamento/administração em saúde e as ciências sociais em saúde⁽²⁰⁻²¹⁾.

Essa perspectiva favorece a consolidação da articulação teoria e prática sem o estabelecimento de referenciais hierárquicos entre as duas categorias, que se articulam, promovendo o desenvolvimento das condições de atendimento às demandas e necessidades de saúde, do processo de gestão e do controle social em saúde. Verificou-se que, mesmo frágil, os espaços destinados a reuniões com gestores e controle social existem, o que pode significar um delineamento quanto ao caminhar em direção ao quadrilátero de formação ensino - serviço -

gestão - controle social, proposto por Ceccim & Feuerwerker⁽²²⁾. Situação essa que fortalece o 'implicar', o comprometer com qualificações que busquem posicionamentos críticos e reflexivos entre os diversos atores envolvidos no processo de maneira a abranger a complexidade e diversidade existente no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se evidenciar que o PEP tem enfrentado o desafio de constituir uma identidade ao Médico do PSF a partir da produção do conhecimento integrado da teoria com a prática em saúde e, dessa maneira, subsidiar o seu fazer laboral cotidiano. Nessa perspectiva, o programa favorece o princípio da alteridade, em que esse trabalhador, ao visar à transformação da realidade em saúde de determinada comunidade, ao mesmo tempo se transforma. Entretanto, para isso, ele precisa enfrentar o desafio de superar a centralização da sua ação no sujeito e abordar os dilemas da prática em saúde no âmbito do coletivo na perspectiva da concepção das Redes de Atenção à Saúde.

A validação e possíveis explicações dos problemas identificados na implementação do PEP, na perspectiva dos médicos participantes, poderão ser obtidas a partir de fontes como gestores do programa, gestores de saúde no âmbito estadual e municipal e outros profissionais da Saúde da Família. A abordagem dessas percepções indicaram a viabilidade política do PEP.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Brasília. [Internet]. 2012 Out. [cited 2012 Out 29]. Available from: <http://189.28.128.178/sage/>
- 2- Teixeira, C. Saúde da família, promoção, e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira C, Solla JP, autores. Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 59-84.
- 3- Vasconcelos FGA, Zaniboni M R G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Epidemiol. serv. Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2012 Out 30]; 16(Supl.1):1494-504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700085&script=sci_arttext
- 4- Demarzo MMP; Anderson MIP. A Medicina de Família e Comunidade e a graduação em medicina no Brasil. Rev. bras. med. fam. comunidade. 2006; Supl.1:3-5.
- 5- Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Dermazo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Rev. bras. educ. med. [Internet]. 2009 July/Sept [acesso em 2012 Out 25]. 33(3):464-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300017
- 6- Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev. adm. Pública [Internet]. 2008 Mar/Abr [acesso em 2012 Out 29] 42(2):347-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>
- 7- Sibbald B. et al. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? J. fam. pract. [Internet]. 2000. [acesso em 2012 Out 28]. 17(5):364-71. Disponível em: http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/5/364?ijkey=51d22c5f47873ffed3cae68760fdb43aa8885c45&keytype=tf_ipsecsha&linkType=ABST&journalCode=fampract&resid=17/5/364
- 8- Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos

profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv. saúde*. [Internet]. 2006. [acesso em 2012 Out 28]. 15(3):7-18. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679497420060003000

9- Lopes EJ, Bousquatz EEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2011 Abr-Jun [acesso em 2012 Nov 04]. 6(19):118-24. Disponível em:

www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/185/313

10- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2005 Mar/Abr [acesso em 2012 Out 31]. 25(2):490-8. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015)

[311X2005000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015)

11- Silva NB, Rodrigues RB, Rocha TAH, Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Saúde da Família e RH: Dimensões para a efetividade. *R. Adm. FACES Journal* [Internet]. 2011 Abr-Jun [acesso em 2012 Nov 05]. 11(2):121-145. Disponível em:

<http://www.fumec.br/revistas/index.php/facesp/article/view/628/534>

12 - Trad L. Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. *Procedente do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 63.

13 - Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv. saúde*.

[Internet] 2006. [acesso em 2012 Nov 05]. 15(3):7-18. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167997420060003000

14 - Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. méd*. [Internet]. 2009 Mar [acesso em 2012 Out 29]. 33 (3):393 - 403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>

15 - Marshall M. Revalidation: a professional imperative. *Br. J. Gen. Pract.* [Internet]. 2009 July [cited 2012 Out 25]. 59(564):476-477. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702010/?tool=pubmed>

16- Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Acad. med.* [Internet]. 2008 Mai [acesso em 2012 Out 25]; 83(5):452-66. Disponível em: http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2008/05000/What_Makes_a_Good_Clinical_Teacher_in_Medicine__A.7.aspx

17- Teunissen PW, Dornan T. Lifelong learning at work. *Br. J. Gen. Pract.* [Internet]. 2008. [acesso em 2012 Out 28]. 36(7645): 667-669. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270942/?tool=pubmed>

18 - Rimoli J. Análise de uma Intervenção Pedagógica em Centros de Saúde e seu Impacto na Assistência e Gestão. In: Merhy E.E, Magalhães HM Jr, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p.199-296.

19- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

20- Paim J, Almeida Filho N. *A crise da saúde*

pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde, 2000. p.59-73.

21 - Franco TB, Merhy, EE. Programa de Saúde da Família (PSF) : contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnicoassistencial. In: Merhy E.E, Magalhães HM Jr, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano.4.ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p.55-133.

22- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da

saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.

Recebido em: 05/11/2012
Versão final em: 20/12/2012
Aprovação em: 25/10/2012

Endereço de correspondência
Lucília Nunes Assis
Endereço:
E-mail: wcon.lucilia@terra.com.br