



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde



Necessidades de aprendizagem de Médicos de Família  
no Norte de Minas Gerais

Montes Claros /MG  
2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde



Josianne Dias Gusmão

Necessidades de aprendizagem de Médicos de Família  
no Norte de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Mestrado, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros /MG

2012

G982n Gusmão, Josianne Dias.  
Necessidades de aprendizagem de médicos de família no Norte de Minas Gerais [manuscrito] / Josianne Dias Gusmão. – 2012.  
81 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Médicos de família. 2. Atenção Primária à Saúde (MG). 3. Aprendizagem. 4. Educação. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

João dos Reis Canela  
Reitor

Maria Ivete Soares de Almeida  
Vice-reitora

Hercílio Martelli Júnior  
Pró-reitor de pós-graduação

Maria Cristina Freire Barbosa  
Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Alfredo Maurício Batista de Paula  
Coordenador do PPGCS

João Felício Rodrigues Neto  
Subcoordenador do PPGCS





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO (A): JOSIANE DIAS GUSMÃO

TÍTULO DO TRABALHO: "Necessidades de Aprendizagem de Médicos da Atenção Primária à Saúde no Norte de Minas Gerais"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO /ORIENTADOR

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MARIA RISONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO

ASSINATURAS

*Nelcio*

*Antonio Prates*

*Maria Risoneide*

BANCA (SUPLENTES)

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

ASSINATURAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a DEUS, pela oportunidade de viver e evoluir a cada dia.

Aos meus pais, Sinval e Eunice, pelo exemplo de vida e pelo apoio que me proporcionaram as condições necessárias para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Aos meus irmãos, por serem companheiros de todas as horas.

Aos meus avós, tios, tias, primas, primos, amigos, amigas e sobrinhos...

Obrigada por entenderem minha ausência, algumas vezes, neste período da realização deste trabalho e pelo apoio constante.

Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pelo dom da vida, por me conceder saúde, inteligência e persistência para a realização deste trabalho.

Aos meus pais pelo apoio, preocupação e amor, de imensurável importância.

Aos meus irmãos, torcedores constantes em minha vida.

Ao Professor, Doutor João Felício Rodrigues Neto, o meu agradecimento pela disponibilidade, orientação prestada, críticas, sugestões e pelo apoio incondicional que sempre manifestou.

À Professora Doutora Marize Fagundes da Silveira pelo apoio e atenção durante a análise estatística.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES pelo empenho e dedicação aos alunos.

Aos coordenadores e supervisores do Programa de Educação Permanente para Médicos – PEP pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos médicos que participaram deste estudo que tornaram esta pesquisa possível.

*“Só sei que nada sei.”*

(Sócrates)

*“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.”*

(Guimarães Rosa)

## RESUMO

A proposta deste estudo é descrever o perfil, as necessidades de aprendizagem e verificar os fatores associados com a necessidade de aprendizagem por diagnóstico de médicos de família no Norte de Minas Gerais. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal. Participaram do estudo 89 médicos de 15 Grupos de Aperfeiçoamento da Prática do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP). Responderam ao questionário os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A significância estatística considerou  $p < 0,05\%$ . Dentre os 89 médicos que participaram do estudo, encontramos que a maioria são homens, jovens, recém-formados, egressos de instituição pública e sem especialização. O sexo, a idade, o tempo de graduação, o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde - APS, o tempo de PEP e as linhas-guias foram às variáveis que apresentaram associação para a necessidade de aprendizagem. Os médicos têm menor necessidade de aprendizagem para as enfermidades comuns na APS. Concluindo, o tempo de APS, a utilização de linhas-guias e o tempo de PEP podem diminuir as necessidades de aprendizagem de médicos na APS.

Palavras - chave: Atenção primária à saúde. Educação. Aprendizagem.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the profile of learning needs and identify factors associated with the necessity of learning the diagnosis of Family Physicians of Northern Minas Gerais. This is a quantitative and transverse direction. The study included 89 doctors, 15 Groups of Practice Improvement Program of Continuing Education for Physicians (PEP). Professionals responded to the questionnaire agreed to participate in the research and signed a consent form. The statistical significance considered  $p < 0.05\%$ . Among the 89 doctors who participated in the study, we found that most are men, young, recent graduates, graduates from public institutions and non-specialized. Sex, age, time of graduation, time working in Primary Health Care - APS, PEP and time-lines are guides to the variables associated to the need for learning. Doctors have less need for learning for common ailments in the APS. In conclusion, the APS time, the use of guide-lines and the time of PEP may reduce the need in the medical learning APS.

Key - words: Primary health care. Education. Learning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Teoria da Aprendizagem através da experiência.....	16
Figura 2 - Estrutura do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família.....	26
Gráfico 1 – Número de GAPs ativos no Norte de Minas Gerais de 2005 a 2011.....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais diferenças entre Educação Continuada e Permanente segundo aspectos-chaves.....	19
--	----



## LISTA DE SIGLAS

- CAPP – Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional
- CdPs – Comunidades de Práticas
- CIAP – Classificação Internacional da Atenção Primária
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIPSAB – Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Básica
- EC – Educação Continuada
- EP – Educação Permanente
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GAPs – Grupo de Aperfeiçoamento da Prática
- PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
- PDP – Plano de Desenvolvimento Pessoal
- PEP – Programa de Educação Permanente
- REPs – Registro Eletrônico dos Pacientes
- SES - Secretaria de Estado da Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros
- ZDP – Zona de Desenvolvimento Pessoal

## SUMÁRIO

1 – Introdução.....	14
1.1 – Processo ensino-aprendizagem.....	14
1.2 – Educação Continuada e Permanente.....	18
1.3 – Gestão do Conhecimento.....	20
1.4 – Comunidades Práticas.....	22
1.5 – Programa de Educação Permanente para Médicos de Família do Estado de Minas Gerais.....	24
1.5.1 – O Modelo do Programa de Educação Permanente para Médicos.....	25
1.5.2 – Programa de Educação Permanente para Médicos de Família do Norte de Minas Gerais.....	27
1.7 – Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde – CIAP.....	28
2 – Objetivos.....	34
2.1 – Objetivo Geral.....	34
2.2 – Objetivos Específicos.....	34
3 – Produto.....	35
3.1 – Artigo.....	36
Anexo A.....	45
Anexo B.....	46
Anexo C.....	48
Referências.....	49
4 – Considerações finais.....	52
Referências.....	53
Apêndice A.....	64
Apêndice B.....	75
Anexo A.....	78

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – Processo ensino-aprendizagem

Etiologicamente a palavra aprendizagem é derivada do latim, “*apprehendere*”, que quer dizer “*agarrar, apoderar-se de algo*”<sup>1</sup>. A aprendizagem “*é o processo de unir, expandir e desenvolver dados, informação, conhecimento e saberes*”<sup>2</sup>, dessa forma, integra novas informações aos conhecimentos já existentes<sup>3</sup>. Consiste na aquisição de habilidade para realizar uma ação ou o entendimento de uma experiência<sup>4</sup>.

Para Jean Piaget há diferença entre o desenvolvimento e a aprendizagem. Para ele o desenvolvimento do conhecimento é um processo espontâneo assim como a embriogênese no desenvolvimento do corpo, o qual envolve o desenvolvimento do sistema nervoso e das funções mentais. Dessa forma, o desenvolvimento do conhecimento na criança se completa somente na idade adulta quando todas as estruturas do conhecimento estarão formadas<sup>5</sup>. Pois, o conhecimento não é algo para ser “*transmitido, codificado, retido e reaplicado*”, mas é uma experiência pessoal a ser construída<sup>6</sup>.

Já a aprendizagem não é algo espontâneo<sup>5</sup> e depende do método utilizado para que a criança possa aprender de forma que independa do seu conhecimento prévio, o que demonstra a “*completa independência do processo de desenvolvimento e do processo de aprendizagem*”<sup>7</sup>. Dessa forma, durante o crescimento da criança o seu potencial de aprendizagem pode ser modificado e por isso as estruturas cognitivas que já estão formadas devem ser avaliadas e em seguida utilizar o método adequado para estimular seu aprendizado<sup>8</sup>.

Vygotsky defende que as atividades em grupo devem ser utilizadas pelos professores visto que a interação entre as pessoas é uma forma eficaz para o aprendizado. Assim, as crianças com maior dificuldade iriam aprender com o auxílio dos colegas mais capazes, ou seja, dentro

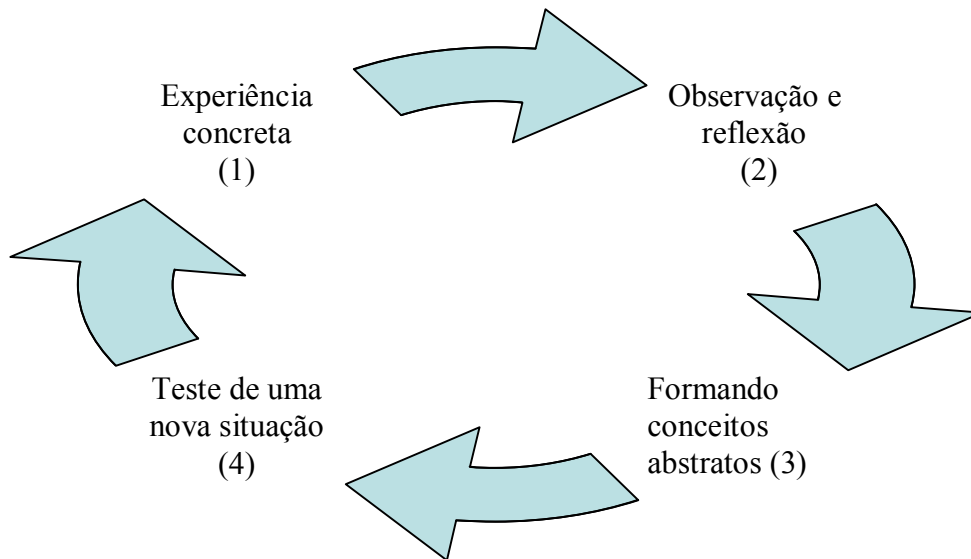
da zona de desenvolvimento proximal (ZDP) . O aluno quando está na ZDP para uma determinada tarefa, com a colaboração dos pares mais capazes é capaz de desenvolver as suas potencialidades <sup>9</sup>.

A aplicação da teoria de Vygotsky é o “ensino recíproco”, que é utilizado para aumentar a capacidade dos alunos aprenderem por meio do texto. A teoria sugere ainda que os participantes de um grupo devem ter diferentes níveis de habilidades para que os colegas com maior conhecimento auxiliem os com menos conhecimento <sup>9</sup>.

Há teóricos da literatura psicológica, como Binet, que defendem que o desenvolvimento é sempre um pré-requisito para a aprendizagem, ou seja, os ciclos de desenvolvimento precedem os ciclos de aprendizagem <sup>7,10</sup>. Dessa forma, se um determinado tema for introduzido para uma criança sem que ela esteja com as suas funções mentais amadurecidas para tal, nenhuma didática será eficaz. E há teóricos que alegam que o desenvolvimento e a aprendizagem acontecem simultaneamente <sup>10</sup>.

O modelo de aprendizagem através da experiência <sup>11,12</sup> para adultos foi baseado nos trabalhos de estudiosos do século XX como John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget, James William, Carl Jung, Paulo Freire, Carl Rogers dentre outros <sup>11</sup>. O modelo de aprendizagem através da experiência ressalta que a aprendizagem envolve quatro etapas, como mostrado na figura 1. O processo se inicia com a experiência concreta, valorização do “*aqui-e-agora*” que é a base para a observação e reflexão. A partir destes itens são formulados os “conceitos abstratos” os quais são testados e validados, e esses novos conceitos que são formados durante o processo são testados e podem ser concretizados. Sendo assim, o conhecimento é o resultado da assimilação e transformação de experiências <sup>12</sup>.

Figura 1: Teoria da Aprendizagem através da Experiência.



Fonte: Kolb, 1984.

Este processo constitui a base para a formação de vários eventos de aprendizagem<sup>13</sup> e pode ser aplicado em todos os locais como um processo de aprendizagem para gestores, equipes, resolução de problemas em instituições e tomada de decisão e busca de estratégias para grupos empresariais. Também teve uma grande influência sobre a criação e a realização de programas educacionais, formação em gestão e desenvolvimento e gestão da educação formal<sup>11</sup>.

Em 1920 quando iniciou a organização da educação de adultos, de maneira sistemática, os professores encontraram dificuldades com o modelo pedagógico. Pois, a pedagogia se baseava na transmissão de conhecimentos e habilidades. Entre 1929 e 1948, foi publicado pela Associação Americana de Educação de Adultos, o *Jornal de Educação de Adultos*, o qual continha artigos de professores bem-sucedidos e ressaltavam que as formas que eles estavam tratando os adultos diferenciavam do modelo pedagógico. No decorrer da década de 1950, Knowles publicou o primeiro livro “Educação Informal de Adultos”<sup>14</sup>.

O campo da educação de adultos foi iniciado por Malcom Knowles <sup>15</sup> e a andragogia assume que a aprendizagem do adulto apresenta um independente e auto-conceito que pode direcionar sua própria aprendizagem, acúmulo de experiências de vida, aprendizagem relacionada com os seus papéis sociais, centralizada nos problemas e os fatores internos são os maiores motivadores que os externos <sup>15, 16,17</sup>.

A aprendizagem de adultos se diferencia de crianças e adolescentes devido às responsabilidades que eles têm o que acarreta em falta de tempo, dinheiro, confiança, interesse, informações relacionadas às oportunidades de aprendizagem, compromissos no trabalho, a “burocracia”, creche e transporte <sup>15</sup>.

Alguns fatores servem como motivadores para a aprendizagem de adultos como relações sociais para novas amizades, expectativas externas, qualificação do serviço, desenvolvimento pessoal com o alcance de maior status no trabalho, maior remuneração, mudança na rotina e a busca do conhecimento <sup>15</sup>. Os métodos utilizados devem ser direcionados para que os adultos assumam a responsabilidade por sua aprendizagem <sup>18</sup>.

Em março de 1990, em Jontiem, na Tailândia, aconteceu a Conferência Mundial de Educação para Todos. E dentre as metas formuladas nesta Conferência está a ampliação dos serviços de educação básica e a capacitação de pessoas jovens e adultas <sup>19</sup>. Em 1988, no Brasil, a Constituição assegurou o ensino fundamental público e gratuito para jovens e adultos e em 1996 a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Nº 9.394, o ensino supletivo ainda foi visto como uma forma de compensação os estudos não realizados na infância ou na adolescência <sup>20</sup>.

Em 1997, em Hamburgo, a V Conferência Internacional de Educação de Adultos assegurou o direito de todos à educação continuada ao longo da vida. Diante das modificações no mundo do trabalho e da ciência os conhecimentos adquiridos durante a infância e adolescência se tornaram insuficientes para a vida profissional e a participação sociocultural na idade adulta o que impõe a necessidade da educação permanente <sup>20</sup>.

## 1.2 – Educação continuada e Educação permanente

O termo educação tem sido utilizado de forma ampla e conceituado como “*o conjunto de influências que sobre nossa inteligência ou sobre a nossa vontade, exercem os outros homens, ou, em seu conjunto, realiza a natureza*”<sup>21</sup>. Kant afirma que “*o homem é o único ser que precisa de educação*” e através da educação entende a natureza, o ensino e a cultura<sup>22</sup>.

Na idade antiga, a educação era privilégio de uma pequena minoria e a educação tradicional iniciou seu declínio no “*movimento renascentista*”. A educação nova surgiu na obra de Rousseau e já conseguiu muitas conquistas, em especial no âmbito da educação e das metodologias de ensino. A educação tradicional como a nova apresenta o conceito de educação como um processo de aprendizagem individual e a educação do século XX tornaram-se “*permanente e social*”<sup>23</sup>.

O termo Educação Continuada (EC) já passou por uma variedade de expressões em vários países, tais como “*educação permanente*”, “*educação ao longo da vida*” e “*ensino recorrente*”<sup>24</sup>. A EC é direcionada para a atualização seja de interesse pessoal ou profissional baseada na necessidade individual e acontece esporadicamente, como por exemplo, participação em congressos, cursos ou treinamentos organizados pela instituição de trabalho<sup>25</sup>.

A literatura trás inúmeros estudos e opiniões referente aos benefícios da EC como uma forma de manter os profissionais aprendendo por toda a vida<sup>26</sup> e deve ser baseada na melhor forma de conhecimento “*disponível*”<sup>27</sup>.

Já a Educação Permanente (EP) é direcionada para a prática institucionalizada com o objetivo de qualificar o serviço, modificar a prática e acontece de forma contínua<sup>25</sup>. Envolve tanto a “*experiência pessoal*”, “*quanto da vida social*”, onde há uma participação ativa do sujeito envolvido em qualquer etapa da sua vida e é uma necessidade que as pessoas têm em qualificar a sua formação profissional<sup>28</sup>. A EP apresenta uma idéia “*descentralizadora, ascendente e transdisciplinar*”<sup>29</sup>.

Além disso, as ações para a educação permanente são definidas através das necessidades identificadas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho e, dessa forma, apresenta como objetivo a qualificação do serviço <sup>30</sup>. Dessa forma, deve ser capaz de realizar mudanças no processo de trabalho e proporcionar um crescimento pessoal e profissional nas pessoas<sup>31</sup>.

Para o Ministério da Saúde a Educação Permanente “*é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho*”. É baseada na aprendizagem significativa e na capacidade de modificar as práticas profissionais e pode ser entendida como aprendizagem-trabalho <sup>32</sup>. A educação permanente é direcionada para o público multiprofissional; tem como propósito a mudança das práticas; baseia-se nos problemas de rotina das equipes de saúde; insere-se de maneira institucionalizada no processo de trabalho acarretando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários; utiliza práticas pedagógicas direcionadas para a resolução de problemas e faz parte de um projeto de consolidação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS <sup>33</sup>.

Na tabela 1, Mancianca *et al.* (2004, p.606 ) ressaltam as principais diferenças entre a Educação Continuada (EC) e a Educação Permanente (EP) <sup>29</sup>:

**Tabela 1:** Principais diferenças entre Educação Continuada e Permanente segundo aspectos-chave.

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnica - científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínuo
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

**Fonte:** MANCIANCA, JR et al. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004.



Sendo assim, a Educação Continuada (EC) está relacionada com a atualização de conhecimentos, apresenta um caráter individual e a Educação Permanente (EP) considera “*educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho*” e sustenta que “*a gestão do conhecimento e a gestão do trabalho são processos indissociáveis*”<sup>34</sup>.

### 1.3 – Gestão do conhecimento

Diante do avanço tecnológico, as organizações vêm utilizando a Gestão do Conhecimento para que possam competir no mercado, pois é por meio do conhecimento que as mesmas podem obter vantagem competitiva. Todas as organizações sejam elas públicas ou privadas, grandes ou pequenas possuem conhecimentos incorporados em seus funcionários e em seus processos de trabalho<sup>35</sup>.

A gestão do conhecimento facilita a invenção, o acesso e a reutilização de conhecimento com o uso de tecnologia avançada. Permite, também, a discussão em grupos para que os participantes possam refletir sobre um conjunto de questões ou uma atividade específica<sup>36</sup>.

De acordo com Terra (2005) a Gestão do Conhecimento ultrapassa a dimensão do uso da tecnologia e passa nas organizações “*pela compreensão das características e demandas do ambiente competitivo e, também, pelo entendimento das necessidades individuais e coletivas*”<sup>37</sup>. Para isso é necessário o uso de estratégias para que o conhecimento aconteça de forma efetiva para proporcionar modificações na organização<sup>38</sup>.

A Gestão do Conhecimento é considerada um processo que envolve quatro atividades: invenção, armazenamento, transferência e aplicação dos conhecimentos. As abordagens da gestão do conhecimento variam de acordo com sua finalidade e com o processo<sup>39</sup>.

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1995) a gestão do conhecimento acontece por meio do conhecimento tácito e do conhecimento explícito<sup>40</sup>. O conhecimento tácito é o conhecimento pessoal que é adquirido por intermédio da experiência e é compartilhado por meio da convivência com os colegas de forma direta e informal. O mesmo pode ser compartilhado

pelo convívio na comunidade de interesse e de prática. Já o conhecimento tácito novo pode ser gerado pela aplicação do conhecimento explícito por meio da aprendizagem e da formação. O conhecimento explícito é o conhecimento formal que pode ser adquirido através de relatórios, artigos, manuais, vídeo etc <sup>41</sup>.

A gestão do conhecimento indica várias “*passagens do conhecimento tácito para explícito*” “*e vice-versa*”, para que o conhecimento individual seja compartilhado com outras pessoas <sup>42</sup>. Os Sistemas de Gestão do Conhecimento são meios para ajudar as organizações na “*criação, compartilhamento e uso do conhecimento*”. E pode ser alcançada com o uso eficaz e eficiente de distribuição e aplicação do conhecimento dentro de uma organização <sup>35</sup>.

Para gerir o conhecimento é necessário “*desenvolver o capital intelectual*” da organização, e este pode ser adquirido por meio de três processos: desenvolvimento do capital humano (desenvolvimento das competências individuais), desenvolvimento do capital estrutural (criação de estruturas que estimulem a aprendizagem interna) e o desenvolvimento relacional (o conhecimento resultante da interação entre as diferentes pessoas e organizações) <sup>43</sup>. E a gestão eficaz do capital intelectual é algo que as organizações enfrentam na economia mundial, pois falta uma cultura corporativa que facilite e incentive a utilização adequada do conhecimento permitindo uma “*vantagem estratégica competitiva*”<sup>39</sup>.

As organizações de saúde também utilizam a gestão do conhecimento com o objetivo de alinhar pessoas, processos, dados e tecnologias para aperfeiçoar a informação e a experiência para o crescimento da organização <sup>44</sup>. Dentre as atividades que a gestão do conhecimento na saúde envolve enfatizamos o acesso, compartilhamento e disseminação de casos específicos do conhecimento aos profissionais interessados. Há muitos desafios para que a gestão do conhecimento na saúde se realize de forma plena, principalmente o desenvolvimento do conhecimento com foco no serviço que se integra dentro de um fluxo de trabalho clínico <sup>45</sup>.

Um dos processos mais audaciosos da Gestão do Conhecimento são as Comunidades de Práticas (CdPs), visto que “*se referem à institucionalização e apoio de algo que já ocorre nas organizações*” <sup>46</sup>.

#### 1.4 – Comunidades de Práticas

Na antiguidade as comunidades de prática já existiam. Na Grécia, por exemplo, os grupos de metalúrgicos partilhavam as mesmas crenças. E na idade média, na Europa, as associações de artesãos desempenhavam papéis semelhantes em toda a Europa. Atualmente, as comunidades de prática existem em grandes organizações e não apenas por profissionais que trabalham por conta própria <sup>47</sup>.

As comunidades de práticas são constituídas por componentes que se comprometem em um aprendizado coletivo e compartilham de um problema comum. Dessa forma, a aprendizagem pode ser o motivo pelo qual a comunidade se reúne ou resultado de uma interação dos membros <sup>48</sup>. Essas comunidades têm formas diferentes de “pensar” e “agir”, pois cada grupo seja ele de advogados, médicos, arquitetos, metalúrgicos, matemáticos etc..., apresentam suas particularidades que eles mesmos conhecem e tem o mesmo objetivo no trabalho <sup>49</sup>.

As comunidades de práticas se desenvolvem em torno de algo que interessam as pessoas e podem existir em qualquer organização, visto que sua adesão se baseia na participação e valoriza o aprendizado construído em conjunto. E elas podem ser encontradas dentro das empresas, em equipes multifuncionais e até mesmo ultrapassar os limites da empresa com o intuito de acompanharem o desenvolvimento tecnológico <sup>50</sup>. Dessa forma, as pessoas não precisam trabalhar todos os dias juntas, mas elas interagem porque encontram vantagens no aprendizado adquirido durante a interação no momento que elas discutem suas aspirações e suas necessidades <sup>51,52</sup>.

As comunidades de práticas não são recentes, o novo é a necessidade das organizações em valorizarem a “gestão do conhecimento”. E estas mudanças estão acontecendo no momento em que as organizações estão se reestruturando internamente e externamente para atenderem às exigências do mercado. Sendo assim, o “*Conhecimento se tornou a chave para o sucesso*” <sup>51</sup>.

O desafio das organizações na “*era do conhecimento*” é o desenvolvimento de estratégias para serem aplicadas com o intuito de modificar o “*ambiente de negócios*” para o alcance da

*“melhoria contínua de todas as atividades”*. Nas comunidades de práticas o conhecimento produzido no grupo é compartilhado e o processo de aquisição de conhecimento é social, o qual é aprendido por intermédio da participação dentro do grupo e por meio de adoção de práticas compartilhadas<sup>53</sup>.

De acordo com Etienne Wenger uma comunidade de prática se difere das equipes ou grupos de trabalho, pois as equipes e os grupos apresentam um direcionamento para a tarefa, na maioria das vezes uma finalidade definida e sem critérios formais para a adesão. Já as comunidades têm uma adesão informal e oferecem a chance dos indivíduos desenvolverem uma rede de indivíduos que apresentam interesses semelhantes<sup>54</sup>.

As comunidades de práticas são organizadas com base nas necessidades de seus membros<sup>55</sup> e o foco para a aprendizagem são os problemas relacionados ao trabalho. E em longo prazo, ajuda a construir suas práticas compartilhadas e, dessa forma, o crescimento das capacidades críticas para o êxito constante das organizações<sup>47</sup>.

Dentro desta perspectiva da aprendizagem baseada nas necessidades de aprendizagem dos seus membros, a Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais criou o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família – PEP, com o objetivo de introduzir a cultura de mudança e renovação da prática profissional e ter um sistema de qualificação permanente da prática clínica<sup>56</sup>.

### 1.5 - Programa de Educação Permanente para Médicos de Família do Estado de Minas Gerais

A Estratégia Saúde da Família – ESF foi instituída em 1994 pelo governo federal como forma de reorganizar a atenção básica no Brasil<sup>57</sup>. É uma forma de reorientação do modelo assistencial através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde e as equipes têm como função o acompanhamento de um número definido de famílias com área adscrita<sup>58</sup>.

A equipe deve realizar o diagnóstico situacional e a partir dele desenvolver ações para prestar uma assistência integral às famílias sob sua responsabilidade<sup>59</sup>. O cadastramento das famílias da área de abrangência deve ser realizado para levantar os indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. Além dessas informações devem ser utilizadas outras fontes para a aquisição de dados tais como o IBGE, cartórios e secretarias de saúde<sup>60</sup>.

A educação permanente dos profissionais da ESF deve acontecer desde o início com o treinamento introdutório da equipe e atuar por meio de métodos pedagógicos e de comunicação disponíveis, conforme a realidade de cada local<sup>60</sup>. Um dos obstáculos da ESF se refere à formação dos recursos humanos, visto que a formação atual funciona como uma reprodução da “*ideologia flexneriana*” o que está em discordância com o modelo da ESF. Por isso, muitos profissionais se sentem despreparados para atuarem como generalistas e sem uma “*retaguarda da educação permanente*”<sup>61</sup>.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - SES/MG vem atuando para o avanço da Atenção Primária à Saúde - APS no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS e as ações estão relacionadas com o Projeto Estruturador Saúde em Casa. Este projeto está sendo implantado através do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde - PDAPS e do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família - PEP<sup>56</sup>.

Na Europa, a revisão por pares é uma avaliação realizada por dois ou mais profissionais (normalmente 5 a 10) por um tempo prolongado com reuniões e atividades pelo menos uma vez ao mês; abrange muitos assuntos, intervenções e métodos; critérios definidos para a coleta de dados, avaliação do trabalho do outro, intercâmbio de experiências, desenvolvimento de diretrizes, resolução de problemas da prática e mudanças na prática clínica; colaboração dos colegas, respeito na avaliação e apoio são fundamentais para o processo <sup>62</sup>.

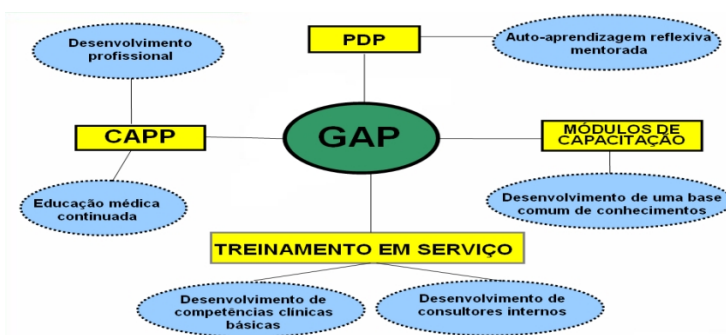
O PEP é um programa pioneiro de educação permanente para médicos implantado em microrregiões assistenciais com o objetivo de ultrapassar a fragmentação do conhecimento e a possibilidade de implantação das diretrizes clínicas de condutas assistenciais para os profissionais que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família <sup>63</sup>.

O Programa apresenta como objetivos a melhoria da resolubilidade da atenção primária, redução das taxas de internações desnecessárias, redução das prescrições incorretas, redução da variabilidade da prática profissional, aumento da autoestima profissional do médico de família, criação de um sistema de aperfeiçoamento da prática profissional, rompimento do isolamento profissional e redução da rotatividade dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF <sup>56</sup>.

#### 1.5.1. O Modelo do PEP de Minas Gerais

O PEP está estruturado em torno de Grupos de Aperfeiçoamento da Prática - GAPs e cada grupo é composto por 8 a 12 médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF de uma mesma microrregião de saúde. Cada grupo dedica 16 horas mensais às atividades de aprendizagem em horário de trabalho protegido e as atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro estratégias organizacionais: O Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional – CAPP, o Plano de Desenvolvimento Pessoal – PDP, os Módulos de Capacitação e o Treinamento em Serviço de Habilidades Clínicas. O modelo do PEP está representado na Figura 1 <sup>61</sup>.

Figura 1 – Estrutura do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família.



O Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) é uma atividade educacional para pequenos grupos e os médicos que integram um GAP tem a função de avaliar constantemente a prática com o auxílio do supervisor, definir suas prioridades de aprendizagem e estabelecer temas a serem introduzidos nos grupos. O Plano de Desenvolvimento Pessoal – PDP leva o profissional a identificar as necessidades de aprendizagem e visualizar formas de aprendizagem e de monitorar sua própria evolução <sup>61</sup>.

Os Módulos de Capacitação consistem em blocos educacionais temáticos definidos a partir de prioridades estabelecidas pelos gestores do sistema de saúde e das necessidades detectadas entre os profissionais e são ministrados para muitos médicos (os GAPs) por consultores especialistas convidados, através de seminários, conferências e palestras presenciais ou atividades de educação à distância. O Treinamento de Habilidades Clínicas compreende o processo de ensino e aprendizagem a ser desenvolvido em serviços ambulatoriais onde são incluídas: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso e saúde mental <sup>61</sup>.

### 1.5.2 – Programa de Educação Permanente para Médicos de Família do Norte de Minas Gerais

O projeto piloto do Programa de Educação Permanente para Médicos – PEP, no Estado de Minas Gerais, foi realizado no Norte de Minas, em 2004, através de uma parceria entre a SES/MG com a Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES na microrregião de Janaúba/Monte Azul. Primeiramente, um grupo de professores da UNIMONTES foi capacitado na metodologia proposta para o programa através do Curso Introdutório em Educação Permanente para as Profissões de Saúde. O curso Introdutório foi concebido e ministrado pela equipe do Instituto Innovare de Fortaleza – CE, coordenado pelos professores Silvia Mamede e Júlio Penaforte <sup>64</sup>.

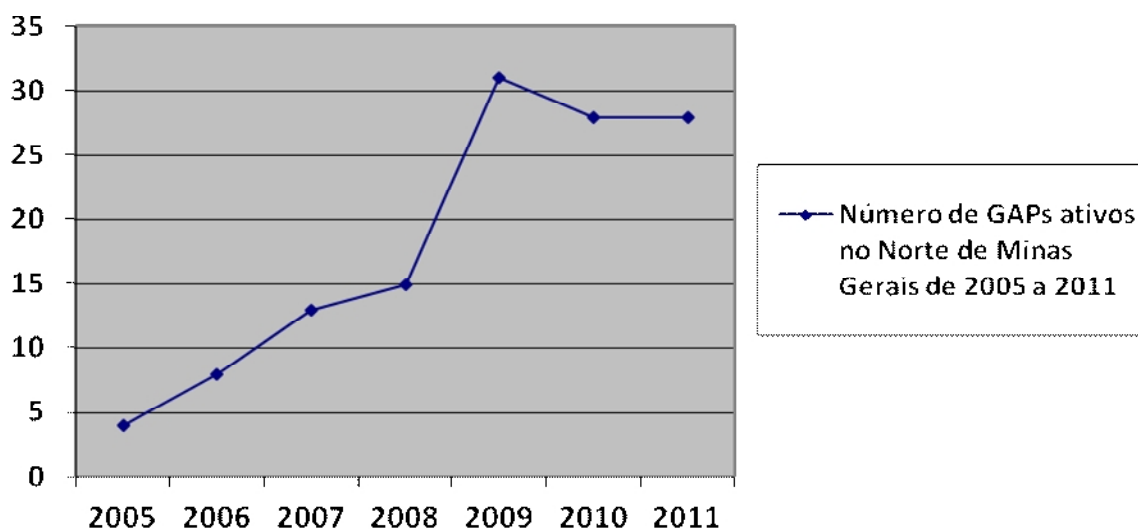
Em 2005, no mês de março, foi realizado um Seminário de Lançamento do PEP em Janaúba-MG e as atividades iniciaram no mês de julho com a participação de cinco Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAP), com 48 médicos. Em 2006, foi realizado um Seminário para avaliar o projeto piloto e essa avaliação identificou os principais obstáculos para o desenvolvimento do programa, melhoria de desempenho, aumento da autoestima e satisfação dos médicos participantes <sup>64</sup>.

Em 2007, o PEP foi implantado nas microrregiões de Montes Claros/Bocaiúva e Barbacena abrangendo 41 municípios, 15 GAPs e 165 médicos. Em 2008, em março, foi concluída a avaliação do PEP que identificou a percepção de 120 médicos participantes do PEP em três microrregiões. Em dezembro de 2010, o PEP já abrangia 11 das 13 macrorregiões de saúde do estado com a participação de 616 municípios, 3.188 médicos, 330 GAPs, 145 salas de Educação Permanente em parceria com 12 faculdades de medicina e a prefeitura de Belo Horizonte <sup>64</sup>.

No Norte de Minas, de 2005 a 2011 foram implantados 31 GAPs.



Gráfico 1: Número de GAPs ativos no Norte de Minas Gerais de 2005 a 2011.



Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

O gráfico aponta o quantitativo de GAPs implantados no Norte de Minas Gerais de 2005 a 2011. De 2009 a 2010 alguns GAPs foram desativados e este fato pode ser justificado pelo processo eleitoral municipal que aconteceu em outubro de 2008 que pode ter ocasionado a mudança de profissionais, a rotatividade de profissionais em municípios de pequeno porte ou a falta de participação dos médicos da microrregião de saúde.

A necessidade de comunicação entre os pares com o meio científico em geral e para a própria gestão do serviço de saúde dos motivos de atendimento e diagnósticos realizados na atenção primária foi motivo de reflexão e a comunidade internacional desenvolveu a classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP.

#### 1.6 – Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde

Na medicina o diagnóstico é utilizado como base para o início de um tratamento e até mesmo para um prognóstico. Os diagnósticos são importantes na prática médica para facilitar a comunicação entre os médicos de clínica geral e os demais colegas. A padronização de

categorias diagnósticas na pesquisa é uma necessidade para que possam ser realizadas comparações tanto a nível nacional quanto ao nível internacional promovendo a universalização das informações <sup>65</sup>.

Um diagnóstico é um código para representar vários sinais e sintomas e cada um varia em importância e especificidade <sup>66</sup>. As classificações de doenças permitem que os profissionais de saúde interpretem os problemas do paciente <sup>67</sup>. Existem várias versões de classificação em medicina como, por exemplo, Nomenclaturas Sistematizadas de Medicina - SNM, Classificação Internacional de Doenças - CID e a Classificação Internacional de Cuidados Primários - CICP <sup>68</sup>.

Desde 1945 há uma classificação padronizada de doenças, a Classificação Internacional de doenças – CID da Organização Mundial de Saúde – OMS. Os termos utilizados na CID compreendem: etiologia, patologia, anatomia, sintomas, e também de acordo com idade e sexo. Para os médicos de família, essa classificação faltava códigos para prevenção, administração, problemas social, conjugal e familiar <sup>65</sup>.

Em 1972, um grupo de médicos de família se reuniu na 5ª Conferência Mundial de Clínica Geral, Melbourne, e concluíram que havia a necessidade de uma classificação internacional para a atenção primária. O grupo de trabalho foi selecionado e composto por representantes da Grã-Bretanha, Austrália, Nova Zelândia, Israel, Estados Unidos e Canadá. E posteriormente houve a participação da Noruega e Alemanha, e de outros países por correspondência <sup>69</sup>. E em 1976, foi publicada pelo Comitê de Classificações da Organização Mundial de Médicos de Família, a Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Básica – CIPSAB <sup>70</sup> e foi um marco no desenvolvimento da medicina de família <sup>71</sup>.

A CIPSAB continha uma lista de diagnósticos mais comuns utilizados na medicina de família a partir da 8ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID. Foi realizada uma revisão na CIPSAB e em 1983 foi publicada a CIPSAB-2 <sup>71</sup>, a qual se baseou na 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID <sup>72</sup>.

A classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP teve o propósito de ser mais abrangente, sem reduzir os diagnósticos existentes na CIPSAB -2, mas, contendo mais de 200 sintomas, queixas, medos e problemas psicossociais <sup>73</sup>.

Em 1987, a Organização Mundial de Médicos de Família, publicou a primeira versão <sup>74</sup> da Classificação Internacional da Atenção Primária – (CIAP-1) e essa classificação permitiu que os médicos de família pudessem classificar utilizando uma ferramenta única contendo três elementos importantes como motivos para a consulta, diagnósticos ou problemas e o processo <sup>75</sup>. Desde a publicação, várias mudanças ocorreram nas necessidades e na utilização de classificação em atenção primária e, atualmente, após resultados de pesquisas, a utilização da CIAP - 1 e o surgimento de outros conceitos na medicina de família têm produzido novas aplicações da classificação <sup>67</sup>.

O CIAP - 1 tem uma estrutura biaxial com 17 capítulos, sendo 14 contendo os sistemas orgânicos e 3 capítulos denominados “geral”, “psicológico” e “social”. Não existem capítulos referentes a doenças infecciosas, neoplasias, lesões e anomalias congênitas como descritos na CID – 9, pois, essas condições são especificadas no componente doenças/diagnósticos como um subcomponente. E cada capítulo é dividido em 7 componentes. O CIAP - 1 pode ser utilizado tanto como um motivo para a consulta (componente 1) como para o diagnóstico (componente 7) ou para o processo de cuidado (componentes 2 a 6), cada capítulo tem um código alfa que é o primeiro caráter do código alfanumérico de 3 caracteres básicos <sup>76</sup>.

## Estrutura da Classificação Internacional da Atenção Primária – CIAP

Capítulos	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
Componentes																	
1 – Sintomas, queixas																	
2 - Procedimentos diagnósticos e preventivos																	
3 – Medicação, tratamento e procedimentos terapêuticos.																	
4 – Resultados de exames.																	
5 - Administrativos																	
6 - Outros																	
7 – Diagnóstico/doença																	

A - General e inespecífico

B – Sangue, sistema hematopoiético e linfático.

D – Digestivo

F – Olho

H – Ouvido

K - Circulatório

L – Musculoesquelético

N – Neurológico

P – Psicológico

R – Respiratório

S – Pele

T – Endócrino/Metabólico e Nutricional

U – Urinário

W – Gravidez, Parto e Planejamento Familiar.

X- Genital Feminino

Y – Genital Masculino

Z – Problemas Sociais

Fonte: WONCA. *The International Classification of Primary Care*. Acesso em [www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpestory.html](http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpestory.html)

Em 1998, foi publicada uma revisão da CIAP, a CIAP -2, com critérios de inclusão e exclusão e um mapeamento da 10ª Classificação Internacional de Doenças – CID-10<sup>74</sup>, e decidiu-se dar prioridade para a classificação diagnóstica, apesar de ser utilizada como uma classificação de motivos de consultas e para as intervenções na atenção primária<sup>77</sup>. A CIAP-2 é composta por 745 códigos, em comparação com a CID-10 que apresenta 10.795 códigos<sup>78</sup>. Os

problemas dos pacientes de acordo com a frequência de sua ocorrência na atenção primária e permite dessa forma a classificação de acordo com o motivo da consulta, diagnósticos e intervenções <sup>79</sup>.

A CIAP-2 tem uma estrutura biaxial e apresenta 17 capítulos e cada capítulo dividido em 7 componentes dispostos da seguinte forma: componente 1 (sintomas e queixas), componente 2 (rastreamento, diagnóstico e procedimentos preventivos), componente 3 (medicação, tratamento e procedimentos), componente 4 (resultados de exames), componente 5 (procedimentos administrativos), componente 6 (encaminhamentos e outros motivos para consulta) e componente 7 (doenças). E foi traduzida em 19 línguas: catalão, chinês, croata, dinamarquês, holandês, inglês, finlandês, francês, alemão, grego, italiano, japonês, norueguês, português, romeno, russo, sérvio, esloveno e espanhol <sup>79</sup>.

Em 2000, a versão eletrônica da CIAP-2 foi lançada e denominada CIAP-2-E. A Organização Mundial de Saúde, em 2003, reconheceu a CIAP-2 como uma classificação de dados para a atenção primária <sup>75</sup>.

Um estudo realizado na Noruega avaliou por um período de 16 anos, o uso da CIAP, de acordo com os Registros Eletrônicos dos Pacientes – REPs, nos cuidados primários e analisaram os códigos faltosos e não existentes, diagnósticos que não mapeiam as doenças, os sintomas ou os procedimentos da classificação padrão CIAP-2. O estudo concluiu que a CIAP foi idealizada para facilitar a pesquisa clínica, trabalho administrativo, estudos epidemiológicos e troca de informações entre os sistemas de saúde informatizados no mesmo país ou em países diferentes, mas que mesmo a versão CIAP-2, a qual é mais ampliada, é inadequada para o trabalho clínico <sup>69</sup>.

No Brasil, em São Paulo – SP, em 2009, foi realizado um estudo <sup>80</sup> que utilizou os diagnósticos da CIAP – 2 e identificou os diagnósticos mais frequentes na APS. Participaram do estudo 30 médicos de família e os problemas mais frequentes identificados pertencem a 13 capítulos diferentes da CIAP – 7.

Neste trabalho os diagnósticos mais freqüentes encontrados na Atenção Primária à Saúde – APS foram: a hipertensão sem complicações, sem doença, infecção aguda do aparelho respiratório superior, gravidez, diabetes não-insulino dependente, perturbações depressivas, contracepção, manutenção da saúde, sinais/sintomas da região lombar, distúrbio ansioso/estado ansiedade, hipotireoidismo/mixedema, gastroenterite, presumível infecção, alteração no metabolismo dos lipídios, dermatofitose, amigdalite aguda, cistite/outra infecção urinária, asma, dor abdominal generalizada/cólicas, dispepsia/ingestão, abuso tabaco, obesidade, dores musculares, cefaléia, vaginite/vulvite, exame médico/avaliação de saúde-parcial-gravidez, otite média aguda/meringite, bursite/tendinite/sinovite e rinite alérgica.

Considerando a APS como a principal porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção à saúde, como afirma Starfield <sup>81</sup>, a ESF como uma estratégia de organização da APS no Brasil; a necessidade de aprendizagem por meio da educação permanente como um recurso para a melhoria dos serviços de saúde, o investimento do Estado de Minas Gerais na Educação Permanente de Médicos de Família e a necessidade de se avaliar as intervenções educacionais realizadas para os médicos da APS, visando melhoria da assistência e saúde da população é o que se propõe este estudo.

## 2 – OBJETIVOS

### 2.1 – Objetivo Geral

Descrever as necessidades de aprendizagem de médicos de Família do Norte de Minas.

### 2.2 – Objetivos específicos

2.2.1 – Verificar o perfil dos médicos de Família do Norte de Minas;

2.2.2 - Descrever as necessidades de aprendizagem de médicos de família do Norte de Minas;

2.2.3 – Verificar os fatores associados e maior necessidade de aprendizagem por diagnóstico da CIAP – 2.

3 – PRODUTO: Artigo

Necessidades de aprendizagem de Médicos de Família do Norte de Minas Gerais

Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Pública.



## **Necessidades de aprendizagem de Médicos de Família do Norte de Minas Gerais**

### **Learning needs of Family Physicians of Northern Minas Gerais**

**João Felício Rodrigues-Neto<sup>1</sup>; Josianne Dias Gusmão<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> **Departamento de Clínica Médica. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Professor do Programa de Pós-graduação. Médico. Doutor em Medicina Interna e Terapêutica.**

<sup>2</sup> **Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Enfermeira. Mestranda em Cuidado Primário em Saúde.**

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Descrever as necessidades de aprendizagem de médicos de família do Norte de Minas Gerais.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com os médicos de família do Norte de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a julho de 2011 e foi utilizado um questionário com duas partes, a primeira parte constando dados pessoais e sócio-demográficos e a segunda com questões referentes ao componente 7 da Classificação Internacional da Atenção Primária - 2. Foi realizada análise descritiva para os enunciados dos dados. Os dados foram analisados por meio do software SPSS e a significância estatística considerada foi  $p \leq 0,05\%$ .

**RESULTADOS:** Dentre 89 médicos que participaram do estudo, encontramos que a maioria são homens, jovens, recém-formados, egressos de instituição pública e sem especialização. O sexo, a idade, o tempo de graduação, o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde - APS, o tempo de PEP e as linhas-guias foram as variáveis que apresentaram associação para a necessidade de aprendizagem.

**CONCLUSÕES:** Os médicos têm menor necessidade de aprendizagem para as enfermidades comuns na APS. Concluindo, o tempo de APS, a utilização de linhas-guias e o tempo de PEP podem diminuir as necessidades de aprendizagem de médicos na APS.

**Descritores:** Atenção primária à saúde. Educação. Aprendizagem.

## 1– INTRODUÇÃO

Na idade antiga, a educação era privilégio de uma pequena minoria e a educação tradicional iniciou seu declínio no “*movimento renascentista*”. A educação nova surgiu na obra de Rousseau e já conseguiu muitas conquistas, em especial no âmbito da educação e das metodologias de ensino. A educação tradicional como a nova apresenta o conceito de educação como um processo de aprendizagem individual e a educação do século XX tornou-se “*permanente e social*”<sup>1</sup>.

Para o Ministério da Saúde a Educação Permanente “*é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho*”. É baseada na aprendizagem significativa e na capacidade de modificar as práticas profissionais e pode ser entendida como aprendizagem-trabalho<sup>2</sup>. A educação permanente é direcionada para público multiprofissional; tem como propósito mudança das práticas; baseia-se nos problemas de rotina das equipes de saúde; insere-se de maneira institucionalizada no processo de trabalho acarretando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários; utiliza práticas pedagógicas direcionadas para a resolução de problemas e faz parte de um projeto de consolidação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>3</sup>.

O campo da educação de adultos foi iniciado por Malcom Knowles<sup>4</sup> e a andragogia assume que a aprendizagem do adulto apresenta um independente e auto-conceito que pode direcionar sua própria aprendizagem, acúmulo de experiências de vida, aprendizagem relacionada com os seus papéis sociais, centralizada nos problemas e os fatores internos são os maiores motivadores que os externos<sup>4,5,6</sup>.

Dentro da perspectiva da construção do conhecimento de acordo com as necessidades educacionais dos profissionais, com base nos problemas detectados na realidade do trabalho<sup>7</sup>, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG criou o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família - PEP.

O PEP está estruturado em torno de Grupos de Aperfeiçoamento da Prática - GAPs e cada grupo é composto por 8 a 12 médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF de uma mesma microrregião de saúde. Cada grupo dedica 16 horas mensais às atividades de aprendizagem em horário de trabalho protegido e as atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro estratégias organizacionais: O Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional – CAPP, o Plano de Desenvolvimento Pessoal – PDP, os Módulos de Capacitação e o Treinamento em Serviço de Habilidades Clínicas. O modelo do PEP está representado na Figura 1 <sup>8</sup>.

Considerando a APS como a principal porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção à saúde, como afirma Starfield <sup>9</sup>, a ESF como uma estratégia de organização da APS no Brasil; a necessidade de aprendizagem por meio da educação permanente como um recurso para a melhoria dos serviços de saúde, o investimento do Estado de Minas Gerais na Educação Permanente de Médicos de Família e a necessidade de se avaliar as intervenções educacionais realizadas para os médicos da APS, visando melhoria da assistência e saúde da população é o que se propõe este estudo.

## 2– MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal. O cenário do estudo foi o Norte de Minas Gerais que possui 86 municípios, uma extensão territorial de 128.602 Km<sup>2</sup> (22% do território de Minas Gerais) e 1.609.792 habitantes (8,04% da população de Minas Gerais) (IBGE /2010). A rede de atenção básica é constituída por 482 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF (SES/MG – 2011).

Para obter as informações dos profissionais que atuam na APS do Norte de Minas Gerais foram contactados, nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, através do correio eletrônico, telefone e contato pessoal o coordenador estadual e o coordenador do Norte de Minas Gerais do PEP e os supervisores dos GAPs. Um pré-teste foi realizado, no mês de março de 2011, com médicos que atuam na APS com o intuito de adequar o roteiro do questionário verificando sua pertinência e clareza. Isto permitiu ajustes no questionário antes do início do

trabalho de campo. No pré-teste, os profissionais médicos participantes não alegaram dificuldade de entendimento do questionário.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de março a julho de 2011 e foram considerados como critérios de exclusão os supervisores dos GAPs que não responderam uma das três tentativas realizadas por correio eletrônico ou telefone. Os instrumentos foram entregues para os supervisores dos GAPs que aceitaram participar do estudo e que os médicos participantes do GAP preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto dessa pesquisa foi submetido à aprovação para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros e aprovado através do parecer 2184.

O instrumento para coleta de dados foi composto por 396 questões. Foram 4 questões referentes às informações sócio-demográficas e 392 questões que utilizaram os diagnósticos do componente 7 da CIAP-2 (variáveis dependentes). Para as variáveis dependentes, foi utilizada a escala de Likert com cinco posições: Muito desconfortável (1), Pouco desconfortável (2), Pouco confortável (3), Confortável (4) e Muito confortável (5).

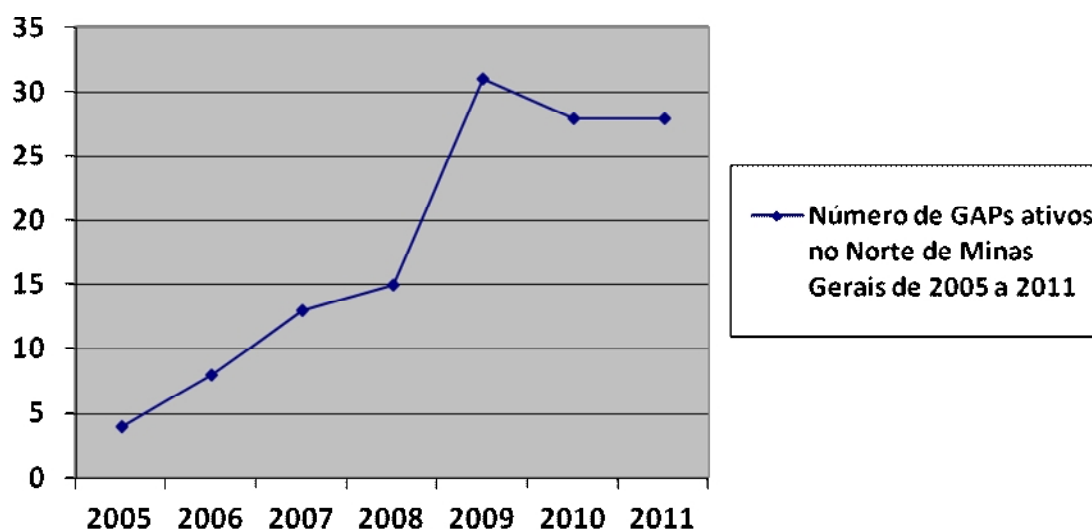
As perguntas do questionário consideraram uma necessidade de aprendizagem caso o médico se sentisse muito desconfortável, pouco desconfortável, ou pouco confortável em relação aos seus conhecimentos sobre determinados diagnósticos, independente da necessidade de utilização daquele conhecimento na APS.

Os dados foram analisados por meio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os diagnósticos que apresentaram necessidades de aprendizagem pelos médicos entre  $\leq 25\%$  e  $> 25$  a  $50\%$  foram realizadas as análises de Regressão de Poisson bruta e ajustada.

### 3- RESULTADOS

Os médicos da APS do Norte de Minas Gerais foram cadastrados no período de 2005 a 2011 em 31 GAPs. Destes, 4 (13%) ficaram ativos de 2005 a 2011; 4 (13%) ficaram ativos 85% do período; 5(16%) ficaram ativos 70% do período; 2(6,4%) ficaram ativos 50% do período e 16(51,6%) ficaram ativos menos de 50% do período ( Gráfico 1).

De 2005 a 2011, foram implantados 31 GAPs no Norte de Minas Gerais.



De um total de 28 GAPs, foram considerados elegíveis para a pesquisa 15 GAPs. Obtivemos resposta de 89 médicos e desses 60 (67,4%) eram do sexo masculino, 55(61,8%) com menos de 40 anos de idade, 46 (51,7%) com um tempo de graduação em medicina  $\leq$  5 anos, 62 (70,5%) atuam na Atenção Primária à Saúde e em outro nível de assistência, 66 (80,5%) utilizam as linhas-guias e 70 (82,4%) além do PEP não participam de outra atividade de EC/EP ( Tabela I).

Tabela I: Características sócio-demográficas dos Médicos da Atenção Primária à Saúde – APS do Norte de Minas Gerais.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	60	67,4
Feminino	29	32,6
<b>Faixa etária*</b>		
< 40 anos	55	61,8
≥40 anos	33	37,1
<b>Estado civil</b>		
Solteiro/Divorciado	37	41,6
União consensual	52	58,4
<b>Tempo de graduação</b>		
≤ 5 anos	46	51,7
≥ 6anos	43	48,3
<b>Instituição de graduação</b>		
Instituição Estadual/Federal	49	56,3
Instituição Privada	38	43,7
<b>Número de cidades que trabalham</b>		
Uma cidade	84	94,4
Duas ou três cidades	05	5,6
<b>Tempo de atuação na APS</b>		
≤ 5 anos	53	59,6
≥ 6 anos	36	40,4
<b>Além da APS atua em outro nível de assistência*</b>		
Sim	62	70,5
Não	26	29,5
<b>Utiliza linhas-guias da Secretaria de Estado da Saúde**</b>		
Sim	66	80,5
Não	16	19,5
<b>Frequência que estuda</b>		
Todos os dias/ Pelo menos uma vez por semana	74	83,1
Pelo menos uma vez a cada 15/30 dias.	15	16,9
<b>Além do PEP participa de outra atividade de EC/EP***</b>		
Sim	15	17,6
Não	70	82,4
<b>Tempo de participação no PEP ****</b>		
≤ 12 meses	39	43,8
> 12 meses	43	48,3

\*01 médico não respondeu.

\*\* 07 médicos não responderam.

\*\*\*04 médicos não responderam.

\*\*\*\*06 médicos não responderam.

Fonte: Dados primários/SPSS 18. Tabulações dos autores. 2011.

Dos 89 médicos que participaram da pesquisa, 15 (23,1%) têm título de especialista, 50 (76,9%) não têm título de especialista e 24 médicos não responderam a esta questão. Em relação à residência médica, 24 (34,8%) têm residência médica, 45 (65,2%) não têm residência médica e 20 médicos não responderam.

Encontramos associação para as variáveis na análise bivariada e todos os diagnósticos que apresentaram necessidade de aprendizagem para os médicos entre  $\leq 25$  e  $> 25$  a  $\leq 50\%$  foram listados, conforme anexo A.

A análise multivariada bruta apresentou os diagnósticos com significância estatística  $p \leq 0,20$ , e os mesmos foram discriminados no anexo B. Em seguida, a análise multivariada ajustada com estes diagnósticos apontou os diagnósticos com significância estatística  $p \leq 0,05$  e estes foram considerados de importância estatística para a necessidade de aprendizagem. Anexo C.

#### 4 - DISCUSSÃO

Os médicos da APS do Norte de Minas têm o mesmo perfil sócio demográfico encontrado em outros estudos no Brasil. A maioria dos médicos são homens, jovens, recém-formados, egressos de instituição pública e a maioria sem especialização semelhantemente em estudos realizados no Estado da Bahia, 2005, que somente apresentou diferença em relação ao sexo onde foi encontrado o mesmo quantitativo para homens e mulheres<sup>10</sup>. No Rio Grande do Sul, 2009, Mahl e Tomasi em um estudo realizado em cidades com até 30.000 habitantes, os médicos homens predominaram na APS<sup>11</sup>. De acordo com Mahl e Tomasi, a migração de profissionais para cidades do interior pode ser em função dos salários atrativos<sup>12</sup>. Pois o homem tem maior oportunidade de satisfazer suas necessidades de reconhecimento e prestígio social através da profissão e das relações de trabalho<sup>13</sup> visto que na saúde o profissional médico é que busca uma maior remuneração por sustentar o status de autoridade em saúde<sup>14</sup>.

As poucas vagas de residência médica e o complexo processo seletivo para as mesmas atraem os recém-graduados para as atividades na APS, mesmo não apresentando um perfil adequado para exercer a profissão neste contexto da saúde<sup>15</sup>. Pois, a reestruturação da APS no Brasil abriu um grande mercado de trabalho aos médicos e demais profissionais no sistema público<sup>16</sup>.

No Brasil, as Políticas Públicas têm sido instituídas para a formação e capacitação dos profissionais para atuarem de forma efetiva na APS, como os cursos de especialização em Saúde da Família, os programas de residência médica em Saúde da Família e o Programa de

Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS <sup>17</sup>. No estado de Minas Gerais o PEP e as linhas-guias fazem parte da proposta de capacitação dos profissionais que atuam na APS.

Aqui muitos médicos participam do PEP e utilizam o método de revisão por pares de pequenos grupos como forma de melhoria da qualidade <sup>18,19</sup> e da aprendizagem contínua <sup>19</sup>, por isso pode apresentar menor necessidade de aprendizagem. Da mesma forma os médicos que utilizam as linhas-guias as quais abrangem ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas em todos os pontos da rede de atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário <sup>20</sup>.

Neste trabalho observamos que as mulheres apresentam maior necessidade de aprendizagem e isso pode ser explicado pela menor presença em eventos científicos onde os médicos homens alcançam maiores proporções e apresentam maior disponibilidade para este tipo de evento, por terem maior facilidade de deslocamento e menos compromissos domésticos <sup>21</sup>. As mulheres médicas trabalham menos horas por semana, assistem menos pacientes, têm uma tendência em deixar a profissão mais cedo <sup>22</sup> e participam menos de organizações profissionais. Normalmente as mulheres buscam “*profissões, ramos ou atividades, ou ocupações*” que não seja necessário o rompimento total com as atividades no cenário doméstico <sup>23</sup>.

Trabalhos realizados no âmbito nacional (2009) \* e em um estudo internacional (1991) <sup>24</sup> do que é prevalente na APS, foram citados por  $\leq 20\%$  dos médicos como necessidade de aprendizagem. Na pesquisa realizada no Brasil, em 2009, por GUSSO, alguns dos diagnósticos que foram considerados de maior prevalência na APS também foram encontradas em uma pesquisa internacional como a infecção aguda do aparelho respiratório superior, gravidez, asma e rinite alérgica.

Em que pese às doenças infecto-contagiosas comuns nos países tropicais como Doença de Chagas, oncocercose, filariose linfática, hanseníase, dengue, leishmanioses, tripanossomíase humano africano, doenças diarréicas e helmintos <sup>25</sup> não foram contemplados no questionário utilizado. No entanto, o instrumento utilizado para a coleta dos dados contemplou as doenças



da Classificação Internacional do Cuidado Primário em Saúde – CIAP 2 pela Organização Mundial de Médicos de Família – WONCA.

Uma das limitações deste trabalho foi o fato de não termos trabalhado com os diagnósticos prevalentes na APS no grupo pesquisado, entretanto, trabalhamos com um instrumento de referência internacional.

\* GUSSO GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP – 2) [Tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2009.

## 5 - CONCLUSÃO

Neste trabalho encontramos que a maioria dos médicos que atuam na atenção primária à saúde do Norte de Minas Gerais são homens, jovens, recém-formados, egressos de instituição pública e sem especialização. O sexo, a idade, o tempo de graduação, o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde - APS, o tempo de PEP e as linhas-guias foram às variáveis que apresentaram associação para a necessidade de aprendizagem.

Este estudo demonstrou ainda que os médicos têm menor necessidade de aprendizagem para as enfermidades comuns na APS. Concluindo, o tempo de APS, a utilização de linhas-guias e o tempo de PEP podem diminuir as necessidades de aprendizagem de médicos na APS.

Grupos de diagnósticos	% de NA*	Diagnósticos
Geral e	≤ 25	-Varicela, sem doença, manutenção da saúde.
Inespecífico	> 25 a 50%	-Tuberculose, rubéola, outro exantema viral, outras doenças virais, lesão traumática, politraumatismos/ferimentos múltiplos, reação alérgica.
Sangue, Sistema Hematológico e Imune.	≤ 25	- Anemia por deficiência de ferro.
	> 25 a 50%	- Anemia perniciosa/deficiência de folatos.
Aparelho Digestivo	≤ 25	- Infecção gastrointestinal, gastroenterite/presumível infecção, úlcera péptica, apendicite, hérnia inguinal, parasitoses, colecistite /Colelitíase.
	> 25 a 50%	- Parotidite epidêmica, hepatite viral, doença do esôfago, úlcera do duodeno, alterações funcionais do estômago, hérnia do hiato/diafragmática, hérnia abdominal, síndrome do cólon irritável, fissura anal/abscesso perinatal, doença do fígado, outra doença do sistema digestivo.
Olho e Ouvido	≤ 25	- Conjuntivite infecciosa e alérgica, otite externa, cerúmen no ouvido em excesso.
	> 25 a 50%	- Blefarite/ordéolo/calázio, otite média aguda e média serosa, otite média crônica, corpo estranho no ouvido, síndrome vertiginosa.
Aparelho Circulatório	≤ 25	- Tensão arterial elevada, hipertensão sem complicações, hemorróidas.
	> 25 a 50%	- Febre reumática, doença cardíaca isquêmica com angina, IAM, doença cardíaca isquêmica sem angina, insuficiência cardíaca, hipertensão com complicações, hipotensão postural, isquemia cerebral transitória, trombose/(AVC), veias varicosas da perna.
Sistema Neurológico e Psicológico	≤ 25	- Cefaléia de tensão.
	> 25 a 50%	- Epilepsia, enxaqueca, paralisia facial/de Bell, nevralgia do trigêmio, distúrbio ansioso/estado de ansiedade, somatização, perturbações depressivas.
Aparelho Respiratório	≤ 25	- Infecção estreptocócica da orofaringe, abscesso/furúnculo no nariz, infecção aguda do aparelho respiratório superior, sinusite crônica/aguda, amigdalite aguda, laringite/traqueíte aguda, bronquite/bronquiolite aguda, bronquite crônica, gripe, pneumonia, asma, rinite alérgica.
	> 25 a 50%	- Pleurisia/derrame pleural, outra infecção respiratória, hipertrofia das amígdalas/adenóides, DPOC.
Pele	≤ 25	- Herpes zoster e simples, escabiose/outras acariases, pediculose/outras infestações, monilíase/candidíase, lipoma, impetigo, dermatite seborréica, dermatite /eczema atópico, dermatite de contato/alérgica, eritema de fraldas, unha encravada.
	> 25 a 50%	- Urticária, dermatofitose, outras infecções da pele, queratose solar/queimadura solar, ptiíase rosada, psoríase, quisto sebáceo, acne.
Sistema Endócrino/ Metabólico e nutricional	≤ 25	- Diabetes não insulino-dependente.
	> 25 a 50%	- Obesidade, excesso de peso, hipertiroidismo/tireotoxicose, hipotiroidismo/mixedema, diabetes insulino-dependente, gota, alteração do metabolismo dos lipídios.
Aparelho urinário	≤ 25	- Pielonefrite/pielite, cistite/outra infecção urinária, uretrite, cálculo urinário.
	> 25 a 50%	- Glomerulonefrite/nefrose, análises normais.
Gravidez, parto, e Planejamento familiar/	≤ 25	- Gravidez, aborto espontâneo, mastite puerperal, candidíase genital, tricomoníase, síndrome de tensão pré-menstrual.
Aparelho genital feminino (incluindo mama)	> 25 a 50%	- Infecções que complicam a gravidez, gravidez não desejada/ectópica, aborto provocado, gravidez de alto risco, diabetes gestacional, parto sem complicações de nato vivo/de nato morto, outros problemas da mama durante gravidez/puerpério, sífilis, gonorréia, doença inflamatória pélvica, vaginite/vulvite, doença do colo, esfregaço de papanicolau anormal, prolapso útero-vaginal, herpes genital, condiloma acuminado.
Aparelho genital Masculino (incluindo mama)	≤ 25	- Gonorréia, herpes genital.
	> 25 a 50%	- Sífilis, prostatite/vesiculite seminal, orquite/ epididimite, condiloma acuminado, fimose/prepúcio redundante, hipertrofia prostática benigna, hidrocele.
Problemas sociais	> 25 a 50%	- Pobreza/problemas econômicos, problemas relacionados com água/alimentação, habitação/vizinhança, sócio-cultural, condições de trabalho, relacionado com o estar doente, com o parceiro, doença do parceiro, perda ou falecimento do parceiro, por doença de familiar.

\*NA: Necessidade de aprendizagem.

Variáveis	Sexo	Estado civil	Idade	Tempo Graduação	Tempo APS	Tempo PEP	Linha-guia
<b>Diagnósticos</b>							
Sem doença	0,120				0,017		0,061
Lesão traumática	0,002		0,199	0,183	0,004		
Politraumatismos/ferimentos múltiplos	0,059	0,112			0,027	0,026	
Rubéola	0,025		0,013	0,071			
Anemia perniciosa/deficiência de folatos	0,068		0,021	0,001	0,001	0,037	
Papeira/parodite epidêmica	0,164	0,161	0,033	0,014	0,115		
Conjuntivite alérgica		0,097	0,109	0,028	0,077	0,082	
Conjuntivite infecciosa		0,097	0,109	0,009	0,012		
Otite Média Aguda			0,012	0,004	0,001		
Hemorróidas				0,144	0,116		0,088
Hipertensão sem complicações				0,197	0,085		0,187
Doença Cardíaca Isquêmica c/ angina		0,067	0,027	0,068		0,012	
Doença Cardíaca Isquêmica s/ angina			0,037	0,065		0,007	
Hipertensão com complicações			0,002	0,013	0,061		0,119
Hipotensão postural			0,060	0,033	0,003		0,065
Infarto Agudo do Miocárdio		0,017	0,007	0,005	0,048	0,025	
Isquemia Cerebral Transitória	0,109				0,048		0,156
Trombose/Acidente Vascular Cerebral		0,117	0,031	0,128			0,014
Veias varicosas da perna	0,128		0,149	0,098			0,094
Abcesso/furúnculo no nariz		0,060	0,067	0,140	0,001		
Bronquite crônica	0,091		0,149		0,065		0,173
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica		0,071	0,137	0,027			
Hipertrofia das amígdalas/adenóides	0,009	0,184	0,057	0,002	0,005	0,154	
Pleurisia/derrame pleural		0,173			0,072	0,027	
Dermatite de contato/alérgica	0,114				0,139	0,113	

## Anexo B: Necessidades de aprendizagem de médicos da APS por diagnóstico, conforme ICPC -2. Análise Multivariada bruta.

Variáveis	Sexo	Estado civil	Idade	Tempo Graduação	Tempo APS	Tempo PEP	Linha-guia
<b>Diagnósticos</b>							
Impetigo	0,101			0,074			0,022
Lipoma	0,197	0,106			0,109		
Quisto sebáceo			0,120	0,077	0,005		
Hipertiroidismo/tireotoxicose	0,014		0,176	0,192			
Hipotiroidismo/mixedema	0,005	0,209	0,077	0,026			
Diabetes não insulino-dependente					0,135	0,193	0,141
Cistite/outra infecção urinária	0,183				0,178	0,158	
Uretrite			0,156		0,006	0,071	
Mastite puerperal	0,026	0,071			0,021	0,198	
Aborto provocado	0,179		0,034	0,111			
Condiloma acuminado feminino		0,046			0,020		0,117
Doença Inflamatória Pélvica	0,110		0,038	0,156			
Gravidez não desejada	0,039			0,119	0,140		
Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério		0,033	0,008	0,041	0,173	0,162	
Prolapso útero-vaginal			0,032	0,035	0,177		
Sífilis feminina	0,101		0,076				0,071
Gonorréia Masculina			0,037	0,102	0,012	0,017	
Herpes genital masculina			0,143	0,104		0,182	
Hidrocele			0,033	0,048	0,164		
Orquite/epididimite			0,006	0,008	0,084	0,160	



## REFERÊNCIAS

- 1 – Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo em Perspectiva. São Paulo – SP. April/June. 2000; 2.
- 2 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF. 2009.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS. Disponível em <http://portal.saude.gov.br> .
- 4 – Lieb S. Principles of adult learning. Fall 1991. Copyright; 2005.
- 5 – Abela J. Adult learning theories and medical education: a review. Malta Medical Journal. March. 2009; 21:11 – 18 p.
- 6 – Merriam SB. Andragogy and Self-Directed Learning: Pillars of Adult Learning Theory. New Directions for Adult and Continuing Education. 2001. 3-13 p.
- 7 - Silverio JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Revista Médica de Minas Gerais. 2008. 60-66 p.
- 8 – Mendes EV. Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola da Saúde Pública do Ceará. 2002.
- 9 – Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde. 2002. 726p.
- 10 – Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005; 21: 246 – 255 p.

- 11 – Mahl C, Tomasi E. Estratégia Saúde da Família na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas. *Ciência et Práxis*. 2009; 2: 19-26 p.
- 12 – Mattos RA. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as grandes cidades. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2002. 77-108 p.
- 13 - Santos J B F, Andrade J T, Meneleu N J, Rodrigues R L, Pinheiro C H L, Oliveira F E. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: João Bosco Feitosa dos Santos. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde - estação CETREDE/UFC/UECE: reflexões de pesquisas*. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará – EDUECE. 2006. 42-72 p.
- 14 – Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*. Junho. 2002; 1(2): 75 - 88p.
- 15 – Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. Maio/Agosto. 2005; 29 (2): 136-146p.
- 16 - Machado MH. A Participação da Mulher no Setor Saúde no Brasil — 1970/80. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Outubro/Dezembro. 1986. 449 – 465 p.
- 17 – Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2004; 33(3): 31-40p.
- 18 - Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. *Revista Bioética*. 2007.27-36 p.
- 19 - Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, with contributions by Krol Z, Munck A, Olesen F, O’riordan M, Seuntjens L and Szecsenyi J. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*. 2003. 443–451 p.

20 – Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Autêntica editora. Belo Horizonte – MG. 2009. 605 – 612 p.

21 – Spiri WC, Leite MMJ. O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita. Revista Escola de Enfermagem. 2004. 288 – 297 p.

22 – McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K and for the Sgim Career Satisfaction Study Group. The Work Lives of Women Physicians Results from the Physician Work Life Study. Journal of General Internal Medicine. June. 2000. 372-380 p.

23 - Burton KR, Wong IK. A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. Canadian Medical Association Journal. April. 2004. 1385-1386p.

24 – Rakel RE. Tratado de Medicina de Família. 5ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro – RJ. 1997.

25 – Hotez PJ, Remme JHF, Buss P, Alleyne G, Morel C, Breman N JG. Combating Tropical Infectious Diseases: Report of the Disease Control Priorities in Developing Countries Project. Clinical Infectious Diseases. The Infectious Diseases Society of America. 2004. 871 – 878 p.



#### 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou descrever o perfil, as necessidades de aprendizagem dos médicos que atuam na APS do Norte de Minas Gerais e verificar os fatores associados e maior necessidade de aprendizagem por diagnóstico da CIAP – 2. Os dados encontrados que respondem aos objetivos da pesquisa nos permitem realizar algumas associações importantes para o trabalho.

As análises evidenciaram que o sexo, o tempo de graduação, o tempo de PEP, o tempo de APS e a utilização das linhas-guias foram variáveis que apresentaram importância para a necessidade de aprendizagem dos médicos. As médicas apresentam maior necessidade de aprendizagem e isso pode ser explicado pelo fato de os médicos homens apresentarem maior disponibilidade para participar de eventos científicos e maior facilidade de deslocamento para outros municípios.

Outra inferência que pode ser realizada é que os programas de capacitação dos profissionais apresentam importância para a melhoria da qualidade da assistência para a população. A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o processo de trabalho com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços ofertados para a população.

## REFERÊNCIAS

- 1 – Silva B. Dicionário de ciências sociais. FGV. Rio de Janeiro-RJ. 1986.
- 2 – Bierly PE et al. Organizational learning, knowledge and wisdom. Journal of organizational change management. EUA. 2000; 6: 595-618 p.
- 3 – Chi MTH et al. Eliciting self-explanations improves understanding. Cognitive science. 1994; 18: 439-477p.
- 4 – Kim DH. The link between individual and organizational learning. British Library. 2ª Edição. 2007. 29 – 50p.
- 5 – Piaget J. Part I: *Cognitive development in children: Piaget development and learning*. Journal of research in science teaching. September. 1964; 2: 176 – 186p.
- 6 – Ackermann E. Piaget's Constructivism, Papert's Constructionism: What's the difference? Future of learning group publication. Citeseer; 2001.
- 7 – Vygotsky LS. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. 1994.
- 8 – Case R. Theories of learning and theories of development. Education psychologist. Copyright; 1993.219-233 p.
- 9 – Vygotsky L. Zone of Proximal Development. Mind in society: The development of higher .... 1987 - nmr.vic.edu.au
- 10 – Vygotsky L. Interaction between learning and development. From: Mind and Society. Cambridge. MA: Havard University Press. 1978. 79-91p.

- 11 – Kolb AY; Kolb DA. *Experiential Learning Theory: A Dynamic, Holistic Approach to Management Learning, Education and Development*. 2008. Disponível em: [learningfromexperience.com](http://learningfromexperience.com)
- 12 – Kolb DA. *Experiential learning – Experience as the source of learning and development*. Prentice-hall. Englewood cliffs. New jersey. 1984.
- 13 - Mason R. *Learning technologies for adult continuing education*. *Studies in Continuing Education*. Routledge. July. 2006; 28 (2): 121 – 133 p.
- 14 – Knowles MS. *The modern practice of adult education*. 1973. Disponível em <http://www.clickpdf.com/download/o0alu0/andragogy.pdf>
- 15 – Lieb S. *Principles of adult learning*. Fall 1991. Copyright; 2005.
- 16 – Abela J. *Adult learning theories and medical education: a review*. *Malta Medical Journal*. March. 2009; 21: 11 – 18 p.
- 17 - Merriam SB. *Andragogy and Self-Directed Learning: Pillars of Adult Learning Theory*. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 2001. 3-13 p.
- 18 – Cercone K. *Characteristics of adult learners with implications for online learning design*. *AACE Journal*; 2008. 137-159 p.
- 19 – Haddad S, Pierro MC. *Aprendizagem de jovens e adultos. Avaliação da década da educação para todos*. São Paulo Perspectiva. São Paulo. Janeiro/Março. 2000; 14(1).
- 20 – Pierro MC. *Notas sobre a redefinição da identidade e das políticas públicas de educação de jovens e adultos no Brasil*. *Educação e Sociedade*. Campinas. 2005; 26(92): 1115-1139 p. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

- 21 – Durkheim E, Pereira L. A educação como processo socializador: função homogeneizadora e função diferenciadora. Educação e Sociedade. São Paulo- SP. 1969.
- 22 – Kant I. On education. Dover publications. United States of America. 2003.
- 23 – Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo em Perspectiva. São Paulo-SP. 2000. April/June. 2000; 14(2).
- 24 – Jarvis P. Adult continuing education. Editora Routledge. 2ª edição. London. 1995.
- 25 – Ribeiro ECO; Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulg. Saúde debate. Julho. 1996.
- 26 – Finley C. Mandatory Continuing Education—A Survey of Current Activity. Physical Therapy. March. 1988; 68(3).
- 27 - Graham et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2006; 26(1).
- 28 - Brandão CR. O que é educação. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 28. ed. 1993.
- 29 - Mancia JR et al. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Setembro/Outubro. 2004; 57(5): 605-10 (19)p.
- 30 – Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro – RJ. 2004; 14(1): 41-65p.

- 31 – Ricaldoni ACC; Sena RS. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. Revista Latino-Americana Enfermagem. Ribeirão Preto-SP. Novembro/Dezembro. 2006; 14(6).
- 32 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF. 2009.
- 33 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS. Disponível em <http://portal.saude.gov.br> .
- 34 - Haddad J et al. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994 apud VICENTE, SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007; 79-85 p.
- 35 – Gallupe RB. Knowledge Management Systems Surveying the Landscape. Queen’s University Kingston. October. 2000.
- 36 – O’Leary DE. Using AL in knowledge Management: Knowledge Bases and Ontologies. Intelligent Systems and their Applications, IEEE. 1998.
- 37 – Terra JCC. Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial. Terraforum consultores. 2005.
- 38 – Moresi EAD. Inteligência organizacional: um referencial integrado. Ci. Inf. Brasília. 2001. Maio-Agosto. 2001; 30(2): 35-46 p.
- 39 - Nonaka I. Takeuchi H. The Knowledge Creating Company. New York: Oxford University Press. 1995.

- 40 – Borghoff UM, Pareschi R. Information Technology for Knowledge Management. Journal of Universal Computer Science. August.1997.
- 41 – Alavi M, Leidner DE. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues. MIS Quarterly. 2001; 25(1): 107-136 p.
- 42 – Colauto RD; Beuren IM. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. Revista administração contemporânea. Curitiba. Outubro/Dezembro. 2003; 7(4).
- 43 – Santos MJN. Gestão de recursos humanos: teorias e práticas. Sociologias. Porto Alegre – RS. Julho/dezembro. 2004; 12:142-158p.
- 44 - Guptill J. Knowledge Management in Health Care. Journal of Health Care Finance. 2005.10 – 14p.
- 45 – Abidi SSR. Healthcare Knowledge Management: The Art of the Possible. Springer. 2008. 1 – 20p.
- 46 – Terra JCC. Comunidades de Prática: conceitos, resultados e métodos de gestão. Biblioteca terraforum consultores. Disponível em <http://biblioteca.terraforum.com.br>.
- 47 – Wenger EC. Communities of practice: the organizational frontier. Harvard business review. January-February. 2000. 139-145p.
- 48 – Wenger E. Communities of practice a brief introduction. June. 2006. Disponível em: <http://www.ewenger.com> . Acesso em 8 /11/ 2011, às 23:18 hrs.
- 49 – Shaffer DW, Squire KR, Halverson R, Gree JP. Video games and the future of learning. University of Wisconsin-Madison and Academic Advanced Distributed Learning Co-Laboratory. December. 2004.

- 50 – Wenger E. Communities of Practice: Learning as a Social System. *Systems Thinker*. June. 1998.
- 51 – Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business School Press. Boston. Massachusetts. 2002.
- 52 – Descombe M. Communities of practice: a research paradigm for the Mixed Methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*. 2008.
- 53 - Faria AC, Bastos EC, Silva GP. Ferramentas e Instrumentos Incentivadores da Gestão do Conhecimento. *Anais do III Simpósio De Excelência Em Gestão E Tecnologia - III SEGET*. Resende. 2006.
- 54 – Lesser E, Prusak L. *Communities of Practice, Social Capital and Organizational Knowledge*. Institute for Knowledge Management. Cambridge. 1999.1-10 p.
- 55 – Daniel B, Schwier IRA, McCalla G. Social Capital in Virtual Learning Communities and Distributed Communities of Practice. *Canadian Journal of Learning and Technology*. 2003; 29.
- 56 - Silverio JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2008. 60-66 p.
- 57 – GIL CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Caderno Saúde Pública* [online]. 2005; 21(2): 490-498p.
- 58 – Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 20/11/2011 às 22:00 hrs.

59 - Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health . 2007.

60 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde. 1997.

61 – Mendes EV. Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola da Saúde Pública do Ceará. 2002.

62 – Grol R. Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. Quality in Health Care. 1994.147-152 p.

63 – Araújo MRN. Desafios Contemporâneos à Implantação da Saúde da Família em Minas Gerais. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2007; 1 (1) : 1-13p.

64 – Silverio JB. O que é o PEP? [homepage na Internet]. Belo Horizonte. 09/11/2011. Acesso em Maio/2012. Disponível em <http://pep.esp.mg.gov.br>

65 – Bentsen BG .Classifying of health problems in primary medical care. Journal of the Royal College of General Practitioners.1976. 1-5 p.

66– Westbury RC et al. Classification of Disease in General Practice: A Comparative Study. Canadian Medical Association Journal. 1969; 101 (15): 603 – 608 p.

67 - World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) ; Consultoria, supervisão



e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2009.

68 - Botsis et al. Sixteen years of ICPC use in Norwegian primary care: looking through the facts .BMC Medical Informatics and Decision Making.2010.1-10 p.

69 – Westbury R. WONCA OKs ICHPPC .Canadian Family Physician. February.1975. 49p.

70 – Wonca. Classification Committee of Wonca, An international classification of the health problems of primary care (ICHPPC). The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional paper 1. 1976.

71 – Jamouille M. O Comité de Classificações da [WONCA](http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/histoire-po.html) 1972 - 1997. 1997. Disponível em [www.ulb.ac.be/esp/wicc/histoire-po.html](http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/histoire-po.html)

72 – Froom J. New Directions in Standard Terminology and Classifications for Primary Care. Health Sciences Center. State University New York. January-February. 1984; 99 (1): 73-77 p.

73 – Lamberts H, Wood M. The birth of the Internacional Classification of Primary Care (ICPC). Serendipity on the shores of Lac Lemman. Family Practice. 2002; 19: 433-435 p.

74 - Lusignan S. Codes, classifications, terminologies and nomenclatures: definition, development and application in practice. Informatics in Primary Care. 2005.65 – 69 p.

75 – Wonca. The International Classification of Primary Care. Fonte: [www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpestory.html](http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpestory.html)

76 - Bentsen BG. International Classification of Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care .1986.43-50 p.

77 – Okkes IM et al. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the Consequences. Family Practice. Oxford University Press. 2000; 17 (2): 101-107 p.

78 – Lévy PP; Valleron AJ. Toward unsupervised outbreak detection through visual perception of new patterns. BMC Public Health. 2009.

79 - World Health Organization. International Classification of Primary Care, Second edition. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>

80 - Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP – 2). Tese doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP. 2009.

81 – Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde. 2002. 726p.

82 – Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005; 21 (1): 246 – 255 p.

83– Mahl C, Tomasi E. Estratégia Saúde da Família na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas. Ciência et Práxis.2009; 2 (4) : 19-26 p.

84 – Mattos RA. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as grandes cidades. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2002. 77-108 p.

85 - Santos J B F, Andrade J T, Meneleu Neto J, Rodrigues R L, Pinheiro C H L, Oliveira F E. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: João Bosco Feitosa dos Santos. (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde - estação CETREDE/UFC/UECE: reflexões de pesquisas. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará – EDUECE. 2006. 42-72 p.

- 86 – Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista Espaço para a Saúde. Junho. 2002; 1 (2) : 75 - 88p.
- 87 – Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. Maio/Agosto. 2005; 29 (2): 136-146p.
- 88 - Machado MH. A Participação da Mulher no Setor Saúde no Brasil — 1970/80. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Outubro/Dezembro. 1986.449 – 465 p.
- 89 – Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2004; 33(3): 31-40p.
- 90 - Janaudis MA, Blasco PG, HAQ C, Freeman. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. Revista Bioética. 2007. 27-36 p.
- 91 - Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, with contributions by Krol Z, Munck A, Olesen F, O’riordan M, Seuntjens L and Szecsenyi J. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. Family Practice. 2003. 443–451 p.
- 92 – Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Autêntica editora. Belo Horizonte – MG. 2009. 605 – 612 p.
- 93 – Spiri WC, Leite MMJ. *O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita*. Revista Escola de Enfermagem. 2004.288 – 297 p.
- 94 – McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K and for the SGIM Career Satisfaction Study Group. The Work Lives of Women Physicians Results from the Physician Work Life Study. Journal of General Internal Medicine. June. 2000. 372-380 p.
- 95 - Burton KR, Wong IK. A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. Canadian Medical Association Journal. April. 2004. 1385-1386p.

96 – Rakel RE. Tratado de Medicina de Família. 5ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro – RJ. 1997.

97 – Hotez PJ, Remme JHF, Buss P, Alleyne G, Morel C, Breman JG. Combating Tropical Infectious Diseases: Report of the Disease Control Priorities in Developing Countries Project. Clinical Infectious Diseases. The Infectious Diseases Society of America. 2004.871 – 878 p.



Responda de 1 a 5 obedecendo a classificação seguinte:

- 1 – Muito desconfortável
- 2 – Pouco desconfortável
- 3 – Pouco confortável
- 4 – Confortável
- 5 – Muito confortável

A – Geral e Inespecífico

	1	2	3	4	5
Tuberculose					
Sarampo					
Varicela					
Malária					
Rubéola					
Mononucleose infecciosa					
Outro exantema viral					
Outras doenças virais					
Outras doenças infecciosas					
Carcinomatose					
Lesão traumática / acidente					
Politraumatismos / ferimentos múltiplos					
Efeito secundário de uma lesão traumática					
Intoxicação por medicamento					
Efeitos secundários de um fármaco					
Efeito tóxico de substância não-medicinal					
Complicações do tratamento Médico					
Efeitos secundários por fatores físicos					
Efeitos de uma prótese					
Malformações congênitas / múltiplas					
Investigação com resultados anormais					
Alergia					
Recém-nascido prematuro					
Morbilidade perinatal					
Mortalidade perinatal					
Morte					
Sem doença					
Manutenção da saúde					
Doença/condição de natureza/ local não especificado					

B – Sangue, sistema hematopoiético e imune

	1	2	3	4	5
Linfadenite aguda					
Linfadenite crônica não específica					
Doença de Hodgkin/linfomas					
Leucemia					
Outra neoplasia maligna do sangue					

Neoplasias benignas					
Rotura do baço					
Outras lesões traumáticas sangue/ linfa/ baço					
Anemias hemolíticas hereditárias					
Outra malformação cong. sangue /linfática					
Anemia por deficiência de ferro					
Anemia perniciosa / deficiência de folatos					
Outras anemias não especificadas					
Púrpura / defeitos de coagulação					
Glóbulos brancos anormais					
Esplenomegalia					
Infecção, HIV, SIDA					
Outra doença do sangue / Linfáticos /baço					

## D – Aparelho digestivo

	1	2	3	4	5
Infecção gastrointestinal					
Papeira / parotidite epidêmica					
Hepatite viral					
Gastroenterite, presumível infecção					
Neoplasia maligna do estômago					
Neoplasia maligna do cólon/reto					
Neoplasia maligna do pâncreas					
Neoplasia maligna do aparelho digestivo					
Neoplasia do ap. digestivo benigna / incerta					
Corpo estranho no aparelho digestivo					
Outras lesões traumáticas					
Malformações congênitas do ap. digestivo					
Doenças dos dentes / gengivas					
Doenças da boca, língua, lábios					
Doença do esôfago					
Úlcera do duodeno					
Úlcera péptica					
Alterações funcionais do estômago					
Apendicite					
Hérnia inguinal					
Hérnia do hiato/diafragmática					
Hérnia abdominal, outras					
Doença diverticular intestinal					
Síndrome do cólon irritável					
Enterite crônica / colite ulcerosa					
Fissura anal / abscesso perianal					
Lombrigas/ outros parasitas					
Doenças do fígado					
Colecistite/colelitíase					
Outra doença do sistema digestivo					

## F – Olho

	1	2	3	4	5
Conjuntivite infecciosa					
Conjuntivite alérgica					
Blefarite / ordéolo / calázio					
Outras infecções / inflamações oculares					
Neoplasia do olho/anexos					
Contusão/hemorragia ocular					
Corpo estranho ocular					
Outras lesões traumáticas oculares					
Obstrução do canal lacrimal da criança					
Outras malformações congênicas do olho					
Descolamento da retina					
Retinopatia					
Degenerescência macular					
Úlcera da córnea					
Tracoma					
Erro de refração					
Catarata					
Glaucoma					
Cegueira					
Estrabismo					
Outras doenças oculares / anexos					

## H – Ouvido

	1	2	3	4	5
Otite externa					
Otite média aguda/meningite					
Otite média serosa					
Otite média crônica					
Neoplasia do ouvido					
Corpo estranho no ouvido					
Perfuração do tímpano					
Traumatismo superficial do ouvido					
Outros traumatismos do ouvido					
Malformações congênicas do ouvido					
Cerúmen no ouvido em excesso					
Síndrome vertiginosa					
Otoesclerose					
Presbiacúsia					
Lesão acústica					
Surdez					
Outra doença do ouvido / mastóide					



## K – Aparelho circulatório

	1	2	3	4	5
Doença infecciosa do aparelho circulatório					
Febre reumática, cardiopatia					
Neoplasia do aparelho circulatório					
Malformações cong. do ap. circulatório					
Doença cardíaca isquêmica com angina					
Infarto agudo do miocárdio					
Doença cardíaca isquêmica sem angina					
Insuficiência cardíaca					
Fibrilação / flutter auricular					
Taquicardia paroxística					
Arritmia cardíaca					
Sopro cardíaco					
Doença cardiopulmonar					
Doença valvular cardíaca					
Outras doenças cardíacas					
Tensão arterial elevada					
Hipertensão sem complicações					
Hipertensão com complicações					
Hipotensão postural					
Isquemia cerebral transitória					
Trombose / Acidente vascular Cerebral (AVC)					
Doença vascular cerebral					
Aterosclerose / doença vascular periférica					
Embolia pulmonar					
Flebite e tromboflebite					
Veias varicosas da perna					
Hemorróidas					
Outras doenças do aparelho circulatório					

## L – Sistema musculoesquelético

	1	2	3	4	5
Infecção do aparelho músculo esquelético					
Neoplasia maligna					
Fratura: rádio/cúbito					
Fratura; tíbia/perônio					
Fratura: osso da mão/pé					
Fratura: fêmur					
Outras fraturas					
Entorses e distensões do tornozelo					
Entorses e distensões do joelho					
Entorses e distensões das articulações					
Luxação e subluxação					
Traumatismos do aparelho musculoesquelético					

Malformações cong. musculoesqueléticas					
Síndrome da coluna cervical					
Síndromes da coluna sem irradiação de dor					
Deformação adquirida da coluna					
Síndrome vertebral com irradiação de dores					
Bursite/tendinite/sinovite					
Artrite reumatóide / seropositiva					
Osteoartrose da anca					
Osteoartrose do joelho					
Outras osteoartroses					
Síndrome do ombro doloroso					
Cotovelo de tenista					
Osteocondrose					
Osteoporose					
Lesão interna aguda do joelho					
Neoplasias benignas / incertas					
Malformação adquirida de um membro					
Outra doença do ap. musculoesquelético					

## N – Sistema neurológico

	1	2	3	4	5
Poliomielite					
Meningite/encefalite					
Tétano					
Outra infecção neurológica					
Neoplasia maligna do sistema neurológico					
Neoplasia benigna do sistema neurológico					
Neoplasia do sist. neurol. de natureza incerta					
Concussão					
Outras lesões cranianas					
Outra lesão do sistema neurológico					
Malformações congênicas					
Esclerose múltipla					
Parkinsonismo					
Epilepsia					
Enxaqueca					
Cefaléia de cluster					
Paralisia facial / paralisia de Bell					
Nevralgia do trigêmeo					
Síndrome do canal cárpico					
Nevrite / Neuropatia periférica					
Cefaleia de tensão					
Outras doenças do sistema neurológico					

## P – Psicológico

	1	2	3	4	5
Demência					
Outras psicoses orgânicas					
Esquizofrenia					
Psicose afetiva					
Distúrbio ansioso / estado de ansiedade					
Somatização					
Perturbações depressivas					
Suicídio / tentativa de suicídio					
Neurastenia / surmenage					
Fobia / perturbação compulsiva					
Alterações da personalidade					
Perturbação hipercinética					
Stress pós-traumático					
Atraso mental					
Anorexia nervosa, bulimia					
Outras psicoses					
Outras perturbações psicológicas					

## R – Aparelho respiratório

	1	2	3	4	5
Tosse convulsa					
Infecção estreptocócica da orofaringe					
Abcesso / furúnculo no nariz					
Infecção aguda do ap. respiratório superior					
Sinusite crônica/aguda					
Amigdalite aguda					
Laringite/traqueíte aguda					
Bronquite/bronquiolite aguda					
Bronquite crônica					
Gripe					
Pneumonia					
Pleurisia / derrame pleural					
Outra infecção respiratória					
Neoplasia maligna dos brônquios/pulmão					
Outra neoplasia respiratória maligna					
Neoplasia benigna respiratória					
Corpo estranho no nariz / laringe /brônquios					
Outra lesão respiratória					
Malformação congênita do ap.respiratório					
Hipertrofia das amígdalas/adenóides					
Neoplasia resp. de natureza desconhecida					
Doença pulmonar obstrutiva crônica					
Asma					
Rinite alérgica					

Síndrome de hiperventilação					
Outras doenças respiratórias					

## S – Pele

	1	2	3	4	5
Herpes zoster					
Herpes simples					
Escabiose/outras acaríases					
Pediculose/outras infestações da pele					
Dermatofitose					
Monilíase/candidíase da pele					
Outras infecções da pele					
Neoplasias malignas da pele					
Lipoma					
Neoplasia cutânea benigna / incerta					
Queratose solar / queimadura solar					
Hemangioma / linfangioma					
Nervos / sinais da pele					
Lesões da pele congênitas, outras					
Impetigo					
Quisto pilonidal / fistula					
Dermatite seborréica					
Dermatite, eczema atópico					
Dermatite de contato/alérgica					
Eritema das fraldas					
Ptiríase rosada					
Psoríase					
Doença das glândulas sudoríparas					
Quisto sebáceo					
Unha encravada					
Acne					
Úlcera crônica da pele					
Urticária					
Outras doenças da pele					

## T – Endócrino, metabólico e nutricional

	1	2	3	4	5
Infecção endócrina					
Neoplasia maligna da tiróide					
Neoplasia benigna da tiróide					
Outra neoplasia endócrina não especificada					
Quisto do canal tireogloso					
Malformação endócrina / metabólica congen.					
Bócio					
Obesidade					
Excesso de peso					
Hipertireoidismo/tireotoxicose					

Hipotiroidismo/mixedema					
Hipoglicemia					
Diabetes insulino-dependente					
Diabetes não insulino-dependente					
Deficiência vitamínica / nutricional					
Gota					
Alteração do metabolismo dos lipídios					
Outras doenças endóc. / metab. / nutricionais					

## U – Aparelho urinário

	1	2	3	4	5
Pielonefrite/pielite					
Cistite/outra infecção urinária					
Uretrite					
Neoplasia maligna do rim					
Neoplasia maligna da bexiga					
Neoplasia maligna do aparelho urinário, outra					
Neoplasia benigna do aparelho urinário					
Neoplasia do aparelho urinário					
Lesões traumáticas do aparelho urinário					
Malformação congênita do ap. urinário					
Glomerulonefrite/nefrose					
Albuminúria/proteinúria ortostática					
Cálculo urinário					
Análises normais urina					
Outras doenças urinárias					

## W – Gravidez, parto e planejamento familiar

	1	2	3	4	5
Sépsis/infecção puerperal					
Infecções que complicam a gravidez					
Neoplasia maligna relacionada com gravidez					
Neoplasia benigna / incerta relacionada com a gravidez					
Lesões traumáticas que complicam gravidez					
Malformação cong. que complica gravidez					
Gravidez					
Gravidez não desejada					
Gravidez ectópica					
Toxemia da gravidez					
Aborto espontâneo					
Aborto provocado					
Gravidez de alto risco					
Diabetes gestacional					
Parto sem complicações de nato vivo					
Parto sem complicações de nato morto					
Parto com complicações de nato vivo					

Parto com complicações de nato morto					
Mastite puerperal					
Outros probl. mama durante grav./ puerpério					
Outras complicações do puerpério					
Outros problemas da gravidez / parto					

X – Aparelho genital feminino (incluindo mama)

	1	2	3	4	5
Sífilis feminina					
Gonorréia feminina					
Candidíase genital na mulher					
Tricomoníase genital na mulher					
Doença inflamatória pélvica					
Neoplasia maligna do colo					
Neoplasia maligna da mama feminina					
Neoplasia maligna genital feminina outra					
Fibromioma do útero					
Neoplasia benigna da mama					
Neoplasia benigna genital					
Neoplasia gen. fem. natureza incerta / outra					
Lesão traumática genital feminina					
Malformações congênitas genitais					
Vaginite/ vulvite					
Doença do colo					
Esfregaço de Papanicolau anormal					
Prolapso útero-vaginal					
Doença fibroquística da mama					
Síndrome de tensão pré-menstrual					
Herpes genital feminino					
Condiloma acuminado feminino					
Doença genital feminina					

Y – Aparelho genital masculino (incluindo mamas)

	1	2	3	4	5
Sífilis masculina					
Gonorréia masculina					
Herpes genital					
Prostatite/vesiculite seminal					
Orquite/epididimite					
Condiloma acuminado					
Neoplasia maligna da próstata					
Neoplasia maligna genital masculina, outra					
Neoplasia genital masculina benigna/incerta					
Traumatismo genital masculino, outro					
Fimose/prepúcio redundante					
Hipospádias					
Testículo não descido					

Malformação genital cong. no homem,outra					
Hipertrofia prostática benigna					
Hidrocele					
Doença genital masculino, outra					

## Z – Problemas sociais – Sinais e sintomas

	1	2	3	4	5
Pobreza / problemas econômicos					
Probl. relacionados com água /Alimentação					
Problemas de habitação / vizinhança					
Problema sócio-cultural					
Problemas com as condições de trabalho					
Problema de desemprego					
Problema relacionado com a educação					
Probl. relac. com o sist. de segurança Social					
Problema legal					
Probl. relacionado com o sistema de Saúde					
Problema relacionado com o estar doente					
Problema relacional com o parceiro					
Problema comportamental do parceiro					
Problema por doença do parceiro					
Perda ou falecimento do parceiro					
Problema relacional com uma criança					
Problema com uma criança doente					
Perda ou falecimento de uma criança					
Problema relacional com familiares					
Problema comportamental de família					
Problema por doença de familiar					
Perda / falecimento de familiar					
Problema relacional com amigos					
Ato / acontecimento violento					
Medo de problema social					
Limitação funcional / incapacidade					
Problema social					

## APÊNDICE B - Consentimento Livre e Esclarecido para participação em Pesquisa

Título da pesquisa: “Necessidades de aprendizagem de Médicos de Família do Norte de Minas Gerais”.

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

*Patrocinador: Não se aplica*

Pesquisadora: Josianne Dias Gusmão

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo: Conhecer as necessidades de aprendizagem de médicos de Família do Norte de Minas.
- 2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo quantitativo e transversal. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário para os médicos participantes do Programa de Educação Permanente para médicos.
- 3- Justificativa: Esta pesquisa se justifica uma vez que pretende contribuir para o conhecimento das necessidades de aprendizagem dos profissionais médicos de família, uma vez que essas informações servirão de subsídios para a educação permanente para os profissionais da atenção primária à saúde.



- 4- 4- Benefícios: Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para a educação permanente para os profissionais da atenção primária à saúde.
- 5-Desconfortos e riscos: Não se aplica.
- 6-Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.
- 8- Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- 9- Compensação/indenização: A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.
- 10 - Outras informações pertinentes: Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.
- 11 – Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

---

Nome do participante

---

Assinatura do participante

---

Nome da testemunha

---

Assinatura da testemunha

---

Nome da pesquisadora

---

Assinatura pesquisadora

---

Nome do orientador da pesquisa

---

Assinatura do orientador

Endereço da pesquisadora: Rua São Sebastião, 127, Cidade Nova. Montes Claros - MG CEP: 39.400-480 Telefone: (38) 9957 – 3779.

Endereço do Orientador: Rua Coronel Spyer 236, Centro, Montes Claros – MG CEP: 39.400-110 Telefones: (38) 3224-8383.

## Anexo A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 17 de Setembro de 2010.

Processo Nº **2184****Título do Projeto:** Necessidades de Aprendizagem dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde**Orientador:** Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto**Pesquisadora:** Josianne Dias Gusmão**Relatora:** Profª Drª Maisa Tavares de Souza Leite.**Histórico:**

O projeto foi encaminhado pela Pesquisadora Responsável ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes no dia 02 de Setembro de 2010, sendo analisado em reunião ordinária no dia 17 de Setembro de 2010.

**Mérito:**

Trata-se de Projeto de Pesquisa do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, com o objetivo de conhecer as necessidades de aprendizagem dos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde do Norte de Minas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os médicos participantes do Programa de Educação Permanente para Médicos. A pesquisa será realizada nos 35 GAPs do Norte de Minas, com os profissionais médicos que atuam nas ESF. Trabalharemos com todos os médicos que comparecerem ao encontro do PEP com os supervisores. O critério de inclusão utilizado para o estabelecimento dos sujeitos desse estudo será estar inserido no PEP e atuar na Atenção Primária à Saúde dos municípios do Norte de Minas. Os critérios de exclusão estabelecidos serão a não aceitação em participar da pesquisa. A coleta de dados será realizada através de preenchimento de um questionário (Apêndice) que traçará o perfil sócio-demográfico do profissional e questões referentes aos conteúdos que os mesmos utilizam no cotidiano do atendimento a população nos PSFs. A entrevista será realizada com o apoio dos 28 supervisores dos GAPs. O questionário será aplicado durante os encontros semanais que os médicos participam. Será realizada análise descritiva para os enunciados dos dados e também métodos estatísticos para a comparação de médias e proporções. A significância estatística será  $< 0,05\%$ . Esta pesquisa se justifica uma vez que pretende contribuir para o conhecimento das necessidades de aprendizagem dos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde, uma vez que essas informações servirão de subsídios para os Cursos de Graduação, pós-graduação, residência e educação permanente. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo os aspectos éticos que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde) e não apresenta risco, desconforto mínimo e nenhum procedimento invasivo, não havendo nenhum tipo de dano aos sujeitos.

**Parecer**

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo **2184**, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto.

*Boas*  
**Profª. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes**  
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes



