

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ULISSES ANDRÉ BONIFÁCIO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS MÉDICOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM BRASÍLIA, UBERLÂNDIA –  
MINAS GERAIS**

**UBERABA – MINAS GERAIS**  
**2019**

**ULISSES ANDRÉ BONIFÁCIO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS MÉDICOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM BRASÍLIA, UBERLÂNDIA –  
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2019**

**ULISSES ANDRÉ BONIFÁCIO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS MÉDICOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM BRASÍLIA, UBERLÂNDIA –  
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 18/09/2019.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este projeto aos meus familiares, docentes e colegas de trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, familiares e colegas de trabalho.

## RESUMO

A qualificação dos profissionais de saúde é emergencial no país. Na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Brasília, composta por três médicos, os profissionais são graduados em medicina, mas não tem formação específica em medicina geral especializada. Este trabalho tem como objetivo propor um projeto de intervenção para a implantação de um programa de educação permanente para os médicos da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Brasília, Uberlândia - Minas Gerais. A metodologia que embasou o presente trabalho foi o planejamento estratégico situacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online*, da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde da Família, Educação Médica e Atenção Primária à Saúde, e também nos materiais do Ministério da Saúde. Foi percebido um volume alto de fila de espera para especialidade, que poderia ser resolvido na própria unidade básica de saúde pelos médicos lotados na unidade. Por fim, buscou-se incentivar os médicos a se aprimorarem por meio dos programas de educação permanente.

**Palavras-chave:** Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

## **ABSTRAC**

The qualification of health professionals is emergency in the country. In the Jardim Brasília Basic Family Health Unit, composed of three doctors, the professionals are graduated in medicine, but do not have specific training in specialized general medicine. This paper aims to propose an intervention project for the implementation of a permanent education program for physicians of the Basic Family Health Unit Jardim Brasília, Uberlândia - Minas Gerais. The methodology that supported the present work was the situational strategic planning. A literature review was conducted in the databases of the Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature with emphasis on Family Health, Medical Education and Primary Health Care, as well as materials from the Ministry of Health. A high volume of specialty waiting lines was noticed, which could be resolved in the primary health care unit itself by doctors in the unit. Finally, we sought to encourage doctors to improve themselves through continuing education programs.

Keywords: Permanent Education. Primary Health Care. Family Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabete Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UMC	Uberlândia Medical Center



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Prioridade dos problemas identificados, quanto aos usuários, de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....	13
Quadro 2	Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais .....	24
Quadro 3	Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta participação da gestão em acreditar no projeto e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....	25
Quadro 4	Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta de disposição dos profissionais a permanecerem no ambiente público de saúde e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais .....	26
Quadro 5	Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à alocação de recursos para a finalidade desejada e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....	27

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	Breves informações sobre o município Uberlândia – Minas Gerais.....	10
1.2	O sistema municipal de saúde.....	11
1.3	A Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, seu território e sua população .....	12
1.4	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	12
1.5	Priorização dos problemas .....	13
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
3.1	Geral .....	16
3.2	Específicos .....	16
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	17
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	18
5.1	Estratégia de Saúde da Família.....	18
5.2	Formação dos médicos.....	19
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	22
6.1	Descrição do problema selecionado.....	22
6.2	Explicação do problema selecionado .....	23
6.3	Seleção dos nós críticos .....	23
6.4	Desenho das operações.....	23
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município Uberlândia

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Uberlândia possui população estimada, em 2017, de 676.613 pessoas. A densidade demográfica é de 146,78 hab/Km. O contingente populacional do maior grupo se encontra entre 20 a 24 anos. Quanto à religião, conforme censo de 2010, a mais prevalente é a Católica Apostólica Romana. Em 2015, o salário médio mensal era de 2,7 salários-mínimos. A proporção entre pessoas ocupadas em relação à população total era de 37,2%. Da população, 27,2% têm rendimento mensal de até meio salário-mínimo por pessoa em cada domicílio. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$44.612,40 (IBGE, 2018).

Uberlândia é o segundo município mais populoso do estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil. Localiza-se na mesorregião do Triângulo Mineiro, a oeste da capital do estado, distando aproximadamente 537km. É o município mais populoso da região do Triângulo Mineiro, depois da capital, Belo Horizonte. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo dados de 2010, é de 0,789, considerado "alto" pela Organização das Nações Unidas. É o terceiro município com melhor IDH do estado e o 71º do Brasil, estando, inclusive, acima da média estadual e nacional (IBGE, 2018).

O município conta ainda com uma importante tradição cultural, que vai desde o seu artesanato até o teatro, a música e o esporte. Uberlândia também é destaque no turismo, com seus diversos atrativos culturais, naturais e arquitetônicos. Alguns dos principais são: o Mercado Municipal, o Parque do Sabiá, Parque Municipal Vitorio Siquierolli, Praça Clarimundo Carneiro, Praça Tubal Vilela, Praça da Bicota/Rosário e a famosa Avenida Rondon Pacheco. O município possui destaque também no turismo de negócio em escala nacional (IBGE, 2018).

A taxa de mortalidade infantil é de 10,03 para 1000 nascidos vivos. As internações por diarreia correspondem a 0,4 para cada 1000 habitantes. Possui 98,2% dos domicílios contendo saneamento básico adequado. 95,2% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização, isto é, há adequação de bueiros, calçadas, meio fio e pavimentação (IBGE, 2018).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

A estrutura municipal de Saúde do município é composta na atenção primária pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), representadas pela Unidade Básica de Saúde modelo tradicional e pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF). A atenção especializada é composta pelas clínicas, consultórios e hospitais públicos, filantrópicos e privados que oferecem atenção especializada como as seguintes unidades: Hospital das Clínicas de Uberlândia, Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, Hospital e Maternidade Madrecor, Hospital do Câncer em Uberlândia, Hospital Santa Genoveva, Hospital Santa Marta, Uberlândia Medical Center (UMC) e Hospital Santa Clara.

A atenção de urgência e emergência é estabelecida, principalmente, pelo Corpo de Bombeiros e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O apoio diagnóstico é realizado por algumas clínicas, como a Nossa Clínica Uberlândia, Instituto de Medicina Especializada – IME Clínica Cidadã – Unidade I, Clínica de Uberlândia, Grupo de Otorrinolaringologia de Uberlândia – GOU Clínicas Uberlândia. Na assistência farmacêutica, têm-se as farmácias básicas e as privadas. Há vigilância sanitária na cidade. A cidade recebe pacientes de municípios vizinhos e as contrarreferências. O modelo de atenção é baseado no indivíduo, sua família e seu meio.

## 1.3 A Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, seu território e sua população

A Unidade de Saúde da Equipe de Jardim Brasília foi inaugurada há cerca de três anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. O

acesso à Unidade é com linhas de ônibus e fácil acesso urbano, já que não tem abrangência rural. É um prédio cedido pela Universidade Federal de Uberlândia para ser uma Unidade de Saúde. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) está em uma área com lazer (poliesportivo, academias ao ar livre e piscina comunitária), próxima a igrejas, creches e Pronto Atendimento.

Essa UBS possui uma equipe multidisciplinar que oferece à população atendimento de demanda espontânea e consultas agendadas para controle de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, realização de exame preventivo de câncer de colo uterino, consultas de pré-natal e puericultura. A unidade realiza também visitas domiciliares agendadas previamente, conforme demanda da população. A UBS possui o serviço de vacinação e procedimentos de enfermagem (curativo, nebulização, administração de medicamentos).

#### 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O diagnóstico situacional da área de abrangência foi construído a partir do método de estimativa rápida, que permitiu obter informações sobre a área estudada, com a participação da população e da equipe de saúde, em um curto período de tempo e sem altos gastos. As fontes dessas informações foram obtidas a partir de registros da unidade e da Secretaria de Saúde, entrevistas, relato de moradores da comunidade e observação ativa da área. A partir disso, os problemas de saúde foram levantados e priorizados. Por ordem decrescente de prevalência, alcançaram-se os seguintes problemas na comunidade:

- Alta prevalência de diabéticos.
- Alta prevalência de hipertensos.
- Poli farmácia do idoso.
- Demanda por exames de alto custo e consulta com especialista.
- Não incentivo à qualificação dos médicos em Saúde da Família.

- Priorização dos problemas

A seguir, tem-se o Quadro 1, referente a alguns problemas enfrentados na Unidade Básica de Saúde, Jardim Brasília.

**Quadro 1** – Prioridade dos problemas identificados, quanto aos usuários, sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência** (0-10)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção****</b>
Não incentivo à qualificação dos médicos em Saúde da Família.	Alta	7	Total	1
Alta prevalência de diabéticos	Alta	5	Parcial	2
Dificuldade na consulta com especialista pela demora.	Alta	5	Parcial	3
Alta prevalência de hipertensos.	Alta	4	Parcial	4
Poli farmácia do idoso.	Média	4	Parcial	6
Demanda por exames de alto custo e consulta com especialista.	Média	5	Parcial	7

Fonte: elaborado pelo autor (2018)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Há demanda de maior prioridade nos seguintes problemas:

- Qualificação dos médicos da Unidade para atender a demanda da população
- Dificuldade na consulta com especialista pela demora.
- Demora na execução de exames complementares: eletrocardiograma, espirometria, ecocardiograma, fundoscopia, entre outros.
- Falta de adesão, por parte dos usuários, em algumas atividades de promoção e de prevenção de agravos à saúde.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela necessidade de abordar a importância da qualificação dos médicos da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília frente à solicitação de encaminhamentos para consultas especializadas e exames, tendo em vista a longa fila de espera e a falta destes na conclusão do tratamento do próprio usuário, o que é resultado da indicação adequada.

O problema identificado número de encaminhamentos para especialidade, nesta unidade, infere-se, que seja por falta de qualificação dos médicos, porém não tenho dados de unidades que compõe a rede municipal.

Em vista disso, o projeto é importante porque permite identificar de que modo a qualificação médica impacta diretamente nos custos, filas e demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita delinear uma intervenção.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para implantar um programa de educação permanente para os médicos da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Incentivar a qualificação dos médicos da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília por meio de um programa de educação permanente a partir da exposição das vantagens pessoais do aprimoramento: segurança, redução de erros, bem como a redução de encaminhamentos.

## 4 METODOLOGIA

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado, identificação dos principais problemas na área de abrangência da UBS Jardim Brasília, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema alvo que objeto da intervenção, sua descrição, explicação e identificação dos nós críticos, para isso, contou com a colaboração da equipe de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Sendo assim, a proposta de intervenção irá permitir a organização do projeto a partir da definição de fatores responsáveis pelo problema, resultados, produtos esperados, metas e atores que controlam os recursos indispensáveis para a realização do projeto.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 2004 e 2016, encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), dentre outros. A pesquisa bibliográfica foi feita por meio dos seguintes descritores:

- Saúde da Família.
- Educação Permanente.
- Atenção Primária à Saúde.

Os artigos foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da UBS local.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia de Saúde da Família

Gomes *et al.* (2012) apontam que ainda há, no Brasil, a ideia de que a formação médica de qualidade se dá dentro de o ambiente hospitalar, ainda que já definido pela literatura, a atenção primária seja capaz de resolver 80% das demandas em saúde. Mesmo após a mudança do currículo nacional dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2001), ainda resta dúvida sobre como colocar a saúde em prática de maneira plena.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), já no seu artigo 196 afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118).

Tal preceito constitucional representou a base no ordenamento de fundação do (SUS), o qual é formado em três níveis de saúde: primário, secundário e terciário, alinhados para oferecer promoção, prevenção e reabilitação. Portanto, tem-se na atenção primária um papel relevante no desenvolvimento dessas ações, baseando-se, inclusive, na própria Organização Mundial da Saúde (OMS), nos seguintes termos:

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 15).

Vasconcelos e Ruiz (2015) refletem que, ao se considerar o SUS como articulador central dos preceitos da universalidade, integralidade e equidade, como capacidade plena de oferecer acesso aos serviços de saúde para os usuários, é necessário que as

Instituições de Ensino Superior (IES) adequem a formação do médico generalista a esses norteadores da construção do perfil acadêmico e curricular.

Nesse sentido, as IES têm buscado as mudanças metodológicas para o processo de ensino-aprendizado, as quais são decisivas no cenário de mudança curricular dos cursos de graduação em medicina (VASCONCELOS; RUIZ, 2015). Além disso, embasado na relação médico-paciente, tem-se como prática dentro dessa abordagem o resgate de preceitos fundamentais da prática médica, como humanização, ética e o respeito.

## 5.2 Formação dos médicos

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina afirmam, no seu art.1, preceitos a serem observados na formação do médico enquanto inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme descritos em seguida, na Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014)

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

**Art. 2º** As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

**Art. 3º** O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

**Art. 4º** Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I – Atenção à Saúde;

II – Gestão em Saúde; e

### III – Educação em Saúde.

Portanto, nota-se que os estudantes de medicina devem “precocemente ser inseridos em práticas relevantes”, ou seja, de acordo com seu poder de autonomia, integrar ensino e serviço à formação acadêmica, atendendo às necessidades sociais da saúde com priorização do SUS (VASCONCELOS, RUIZ, 2015, p. 631).

Com efeito, pode-se propor um modelo curricular que enfatiza a inscrição social, tendo o propósito de instaurar uma prática na qual a construção de saber, a formação acadêmica e o cuidado à saúde seja ligada. A partir disso, promove-se, no discente, a motivação para compreender a dinâmica social e para utilizar esse mesmo saber como instrumento de transformação da realidade em que vive (GOMES *et al.*, 2012).

Portanto, a introdução dos estudantes no SUS, desde o início do curso de graduação em medicina, pode constituir mais uma oportunidade para reforçar os valores éticos que a profissão médica requer. Isso coloca como definitiva a estrutura ideológica que pressupõe a prática médica unicamente e definida como padrão — supostamente — por sólida e intensa formação científica. Com efeito, a máxima: “primeiro a teoria, depois a prática” deixa de existir por completo, tornando-se obsoleta e ineficaz (GOMES *et al.*, 2012).

Seguindo o modelo americano de formação médica de Abraham Flexner, o qual determina a pesquisa, a relevância do ensino hospitalar e a magnificação da docência com dedicação exclusiva, baseada na delimitação e especializações em áreas de estudo, culminando na restrição geral, o ensino médico nacional trabalhava com um modelo essencialmente individualista, biológico, hospitalocêntrico e com ênfase na formação de especialidades médicas (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Deixar a figura exclusiva do professor como detentor e único e transmissor de conhecimento e fazer com que assuma um papel de ponte do processo de aprender é

uma das necessidades das IES com preceito de valorizar o raciocínio, a clareza e o desejo de conhecimento dos alunos (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Nos últimos anos, a graduação em medicina no Brasil tem passado por profundas mudanças, sejam estas pautadas nas características do médico necessárias aos anseios da sociedade, seja pela consistência com que os conhecimentos chegam até estes alunos. A mudança do cenário curricular para que este se torne mais flexível e proporcione autonomia aos alunos corrobora e sustenta estas mudanças. Mudar a forma hospitalocêntrica para a centrada nas pessoas enquanto inseridas na sociedade e considerar o aluno o produtor de seu próprio conhecimento, questionador do por que deste conhecimento, é uma nova forma das metodologias ativas, que suprem os anseios acadêmicos atuais. Na formação do médico em especial, a problematização aliada à prática precoce transformou-se em metodologia frequente, trazendo mudanças no perfil dos profissionais formados no Brasil. Mudanças positivas foram observadas, como a melhora na relação médico-paciente, pactuados com as novas solicitações das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, mas ainda deixando a desejar no tocante à formação e aos manejos clínicos (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

O engessamento de determinados conceitos, mesmo em alunos formados por métodos ativos, no momento, talvez se explique pelo fato de que, embora o ensino superior tenha evoluído na busca e implementação de novas arquiteturas e metodologias, ainda o faz de forma a reproduzir e incorporar modelos concebidos para uma realidade que não a brasileira. Corroborando esta incorporação, o perfil do docente brasileiro, caracterizado por médicos que exercem docência sem, necessariamente, ter conhecimentos pedagógicos, levaria a inflexão dos estudantes para as especialidades. Ao se definir modelo curricular flexível, questionador, com o aluno focado no processo ensino-aprendizagem, e ampliando o cenário das práticas acadêmicas e sociais nesta formação, parece ser um passo essencial para se construir o perfil de profissional para atender as demandas sociais, respeitando as decisões individuais (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema da formação inadequada do estudante de medicina para atuar de maneira ampla como médico da família, não se referindo apenas ao conteúdo pleno de doenças mais prevalentes, mas também à conceitualização de trabalho hospitalocêntrico durante os ciclos acadêmicos e internato. Para isso, registra-se a descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para isso, a Atenção Primária a Saúde (APS) pode lançar mão de práticas simples, mas que gerem resultados satisfatórios. Os grupos operativos, as visitas domiciliares e os atendimentos são os meios de chegar ao doente, de entender seus problemas e solucionar suas dúvidas. Assim, muito mais do que conhecimento, esse processo exige calma, paciência e disposição. Desse modo, a proposta de intervenção gira em torno dessa pragmática. É necessário atender o paciente de forma continuada, efetiva, isto é, é preciso melhorar a relação médico-paciente e entender que as mudanças partem daí.

### 6.1 Descrição do problema selecionado

O foco inicial da discussão é como a formação atual do estudante de medicina, no contexto de atenção à saúde na atenção primária, reflete diretamente na assistência dos pacientes.

Essa formação reflete na criação de uma lista de pacientes aguardando o seguimento especializado, um dos gargalos da rede, pois são importantes no diagnóstico e estratificação dos pacientes crônicos e crônicos agudizados. A situação se deve à falta de profissionais interessados em compor as equipes de especialistas. Tem-se, nesse sentido, uma lista de espera que pode variar de dias até anos. Porém, há interesse por parte da gestão em resolver o que nos motiva os médicos a permanecerem firmes em

seus propósitos. A equipe multidisciplinar tem se desdobrado para o empoderamento do paciente com o que tem disponível fazendo o seu melhor no momento.

## 6.2 Explicação do problema selecionado

Temos um número expressivo de encaminhamentos para especialistas com baixa ou nenhuma gravidade que a qualificação e seleção adequada dos profissionais da atenção básica poderiam evitar possibilitando eficiência no atendimento, resolução e tratamentos precoces. Além disso, o investimento com incentivo salarial pelo tempo de carreira e as qualificações (cursos, especializações e atualizações) gera um acréscimo substancial no desejo dos profissionais em se inserirem e permanecerem na rede.

Outro ponto abordado é que um incentivo também nesses mesmos moldes se aplique aos especialistas para se cadastrarem na rede para parecer e realização de exames.

## 6.3 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos principais são a falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família, falta participação da gestão em acreditar no projeto, falta de disposição dos profissionais a permanecerem no ambiente público de saúde e alocação de recursos para a finalidade desejada.

## 6.4 Desenho das operações

O desenho das operações é um passo que permite melhor visualização do projeto. É inquestionável que a maioria das Unidades Básicas de Saúde do Brasil é ocupada por médicos recém-formados e que não conseguiram ingressar na Residência Médica no ano de formação, sendo apenas uma ponte para a carreira especializada. Isso se deve, na maioria das vezes, pela falta de incentivo da gestão em promover planos de carreira para o profissional, bem como a formação hospitalocêntrica dos egressos. Com isso, as características fundamentais na composição da Estratégia de Saúde da Família: adscrição, longitudinalidade do atendimento e adesão profissional se perdem com o



tempo. Nesse contexto, há o surgimento de “nós críticos” apresentados nos Quadros de 2, 3, 4 e 5.

**Quadro 2** – Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico</b>	Falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família.
<b>Operação</b>	<b>Qualificação</b>
	O projeto de intervenção é importante para apontar a necessidade de qualificação médica no impacto direto nos custos, filas e demanda dos usuários do SUS.
<b>Resultados esperados</b>	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
<b>Produtos esperados</b>	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde passar pela formação dos profissionais com perfil adequado.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> equipe e gestão. <b>Cognitivo:</b> cursos de abordagem teórica e prática. <b>Político:</b> profissionais de saúde. <b>Financeiros:</b> incentivo governamental para qualificação dos médicos que atuam na rede da atenção básica
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiros:</b> custo a curto prazo.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Administração Municipal, Estadual e Federal.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto.
<b>Prazo</b>	De imediato
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações</b>	Gestores.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das considerações</b>	Presença obrigatória nos cursos de curta duração e melhoria na qualidade do atendimento com resultados positivos na atenção aos usuários da unidade.

Fonte: O autor (2019).

**Quadro 3** – Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta participação da gestão em acreditar no projeto e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico</b>	Falta participação da gestão em acreditar no projeto.
<b>Operação</b>	<b>Qualificação</b>
<b>Projeto</b>	O projeto de intervenção é importante para apontar a necessidade de qualificação médica e o impacto direto nos custos assistenciais, filas e nas demandas dos usuários do SUS.
<b>Resultados esperados</b>	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
<b>Produtos esperados</b>	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde passar pela formação dos profissionais com perfil adequado.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> equipe e gestão. <b>Cognitivo:</b> cursos de abordagem teórica e prática. <b>Político:</b> profissionais de saúde. <b>Financeiros:</b> incentivo governamental para qualificação.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiros:</b> custo a curto prazo.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Administração Municipal, Estadual e Federal.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para a gestão municipal.
<b>Prazo</b>	6 a 12 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações</b>	Gerentes das UBS e médicos das equipes de saúde da atenção básica
<b>Processo de monitoramento e avaliação das considerações</b>	Presença obrigatória nos cursos de curta duração e melhoria na qualidade do atendimento com resultados positivos na atenção aos usuários da unidade.

Fonte: O autor (2019).

**Quadro 4** – Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à falta de disposição dos profissionais a permanecerem no ambiente público de saúde e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico</b>	Falta de disposição dos profissionais médicos em permanecerem no ambiente público de saúde, em especial, em unidade básica de saúde.
<b>Operação</b>	<b>Qualificação</b>
<b>Projeto</b>	O projeto de intervenção é importante para apontar a necessidade de qualificação médica e do impacto direto nos custos assistenciais e mostrar a importância de um atendimento resolutivo na atenção básica, evitando encaminhamentos desnecessários.
<b>Resultados esperados</b>	Melhoria na resolutividade no atendimento dos usuários na atenção básica
<b>Produtos esperados</b>	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
<b>Recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> equipe e gestão. <b>Cognitivo:</b> cursos de abordagem teórica e prática. <b>Político:</b> profissionais de saúde. <b>Financeiros:</b> incentivo governamental para qualificação.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiros:</b> custo a curto prazo.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Administração Municipal, Estadual e Federal.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentação do o projeto a gestão municipal e execução das atividades de qualificação
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações</b>	Gerente da unidade básica de saúde, médicos das equipes de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das considerações</b>	Aumento da permanência dos médicos nas unidades básicas de saúde. Aumento das resolutividade dos problemas de saúde dos usuários na própria unidade

Fonte: O autor (2019).

**Quadro 5** – Considerações sobre o “nó crítico” relacionado à Alocação de recursos para a finalidade desejada e suas consequências frente aos problemas de saúde dos usuários sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico</b>	Alocação de recursos para a finalidade desejada
<b>Operação</b>	<b>Qualificação</b>
<b>Projeto</b>	O projeto de intervenção é importante para apontar a necessidade de qualificação médica no impacto direto nos custos, filas e demanda dos usuários do SUS.
<b>Resultados esperados</b>	Discussão do tema para mudança no perfil de educação médica adotada no Brasil.
<b>Produtos esperados</b>	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde passar pela formação dos profissionais com perfil adequado.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> equipe e gestão. <b>Cognitivo:</b> cursos de abordagem teórica e prática. <b>Político:</b> profissionais de saúde. <b>Financeiros:</b> incentivo governamental para formação.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiros:</b> custo a curto prazo.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Administração Municipal, Estadual e Federal.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto.
<b>Prazo</b>	Da apresentação.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações</b>	Gestores.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das considerações</b>	Provas, trabalhos, presença obrigatória e exposição de resultados dos profissionais.

Fonte: O autor (2019).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Qualificar a equipe da atenção primária à saúde para um atendimento mais resolutivo com menor número de encaminhamentos é uma alternativa viável, em médio prazo, para que o sistema de saúde pública possa ter características e avaliação dos usuários positiva quanto à qualidade e qualificação adequada, para que a equipe de saúde da família não seja uma “ponte” para residência médica ou multiprofissional e ainda não seja considerada como uma “triagista” de usuários para os níveis de maior complexidade da rede de atenção à saúde.

A demanda por exames, medicações de alto custo e alta quantidade de encaminhamentos poderiam ser menores se tivesse mais incentivo à qualificação do médico da atenção básica de saúde, na forma de educação médica por meio da educação permanente, da especialização e de plano de cargo e carreira como incentivo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 19 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2014. Disponível em: <https://faceres.com.br/cursos/medicina/diretrizes-curriculares-nacionais-medicina-de-2014>. Acesso em: 20 de mai. de 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_d\\_as\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_d_as_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 03 de mai. de 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 03 de mai. de 2019.

GOMES, A. P. *et al.* Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Online), v. 36, p. 541-549, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>. Acesso em: 19 de jun. de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 21 de mar. de 2019.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M.. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online]. 2018, vol.42, n.4, pp.66-73, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065>. Data de acesso em: 19 de jun. de 2019

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Online), v. 39, p. 630-638, 2015.