



PROJETO DE INTERVENÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS MÉDICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM BRASÍLIA, UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS

Ulisses André Bonifácio¹
Maria Marta Amancio Amorim²

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada no Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. 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. Sabe-se que a qualificação dos profissionais de saúde é emergencial no país. Assim 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.

ABSTRACT

This research was conducted in the Specialization Course in Family Health Care Management, Federal University of Minas Gerais. At the Jardim Brasília Basic Family Health Unit, composed of three doctors, the professionals are graduated in medicine, but

¹ Médico, Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família

² Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa, Professora do Centro Universitário Unifacvest.

do not have specific training in specialized general medicine. It is known that the qualification of health professionals is emergency in the country. Thus, 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 housed in the unit. Finally, we sought to encourage doctors to improve themselves through continuing education programs

Keywords: Permanent Education. Primary Health Care. Family Health

1. INTRODUÇÃO

Uberlândia é o segundo município mais populoso do estado de Minas Gerais, com 676.613 pessoas, dados de 2017. Localiza-se na região sudeste do Brasil, mesorregião do Triângulo Mineiro, a oeste da capital do estado, distando aproximadamente 537km da capital. 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. 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).

A estrutura municipal de Saúde do município é composta na atenção primária pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), representadas pela UBS 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. A atenção de urgência e emergência é estabelecida, principalmente, pelo Corpo de Bombeiros e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o apoio diagnóstico é realizado por algumas clínicas. Na assistência farmacêutica, têm-se as farmácias básicas e as privadas. Há vigilância sanitária na cidade. A cidade recebe

Revista Gepesvida

pacientes de municípios vizinhos e as contrarreferências. O modelo de atenção é baseado no indivíduo, sua família e seu meio.

A Unidade de Saúde da Equipe de Jardim Brasília, local da realização desse Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro foi inaugurada há cerca de três anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Possui uma equipe multidisciplinar que oferece à população atendimento de demanda espontânea e consultas agendadas para controle de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, pré-natal, puericultura e exame preventivo de câncer de colo uterino, serviço de vacinação e procedimentos de enfermagem (curativo, nebulização, administração de medicamentos). A unidade realiza também visitas domiciliares agendadas previamente, conforme demanda da população.

Nessa UBS os médicos solicitam muitos encaminhamentos para consultas especializadas e exames, gerando uma longa fila de espera e dificultando a conduta do tratamento. A quantidade de encaminhamentos para especialidades nesta unidade provavelmente seja por falta de qualificação dos médicos. Assim foi elaborado um projeto de intervenção para qualificar a educação médica continuada da Unidade Básica de Saúde Jardim Brasília, do município de Uberlândia, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Para subsidiar a construção da revisão foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 2004 e 2016, encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde, empregando os descritores de saúde: 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.

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

Revista Gepesvida

intervenção, segundo o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS, FARIA, SOUZA, 2018).

Esse método 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. 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 (CAMPOS, FARIA, SOUZA, 2018).

O PES possui os seguintes passos: 1) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências); 2) Segundo passo: priorizar os problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas a partir do resultado da aplicação dos critérios); 3) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização e à dimensão do problema e quantificação); 4) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual é sua relação); 5) Quinto passo: selecionar os “nós críticos” (causam mais importantes a serem enfrentadas); 6) Sexto passo: desenho das operações (concretização das operações); 7) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar recursos que devem ser consumidos em cada operação); 8) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, para mudar sua posição); 9) Nono passo: designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações). 10) Décimo passo: modelo de gestão do plano de ação; definir o processo de acompanhamento e seus instrumentos (CAMPOS, FARIA, SOUZA, 2018).

Como resultados primeiramente será apresentada a revisão bibliográfica e em seguida o projeto de intervenção.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Revista Gepesvida

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 seja definido pela literatura, a atenção primária é capaz de resolver 80% das demandas em saúde. Mesmo após a mudança do currículo nacional dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014), ainda resta dúvida sobre como colocar a saúde em prática de maneira plena. A Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 118), já no seu artigo 196 afirma que 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”.

Tal preceito constitucional representou a base no ordenamento de fundação do Sistema Único de Saúde (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, 1978, p. 15), 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.

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 medicina⁷. 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.

3.2 FORMAÇÃO DOS MÉDICOS

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

Art. 1º A presente Resolução institui as DCN 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 DCN 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 horas e prazo mínimo de 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 Saúde⁴.

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 e RUIZ, 2015).

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 sejam ligados. 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

Revista Gepesvida

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, HEINEZLE, 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, HEINEZLE, 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, HEINEZLE, 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,

Revista Gepesvida

caracterizado por médicos que exercem docência sem, necessariamente, ter conhecimentos pedagógicos, levaria a inflexão dos estudantes para as especialidades. Ao se definir o 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, HEINEZLE, 2018).

4. 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 (CAMPOS, FARIA, 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.

4.1 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.

4.2 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS - A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO (SEGUNDO PASSO)

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

Principais problemas	Importância*	Urgência** (0-10)	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
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

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.

Fonte: Autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30 ***Total, parcial ou fora ****Ordenar considerando os três itens

O problema prioritário identificado - número de encaminhamentos para especialidade, nesta unidade, permite identificar de que modo a qualificação médica

Revista Gepesvida

impacta diretamente nos custos, filas e demanda dos usuários do SUS e possibilita delinear uma intervenção.

4.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO)

O foco inicial da discussão é como a formação atual do estudante de medicina, no contexto da APS 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 essa questão, o que 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.

4.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO)

Temos um número expressivo de encaminhamentos para especialistas com baixa ou nenhuma gravidade, que a qualificação e a seleção adequada dos profissionais da APS 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.

4.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO)

Os nós críticos principais são a falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família, falta de 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.

4.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO)

O desenho das operações é um passo que permite melhor a visualização do projeto. É inquestionável que a maioria das UBS 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 ESF - 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.

Nó crítico 1	Falta de profissionais com perfil de trabalho em medicina da saúde e da família.
Operação	Qualificação
	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.
Resultados esperados	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
Produtos esperados	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde passar pela formação dos profissionais com perfil adequado.
Recursos necessários	Organizacional: equipe e gestão. Cognitivo: cursos de abordagem teórica e prática. Político: profissionais de saúde. Financeiros: incentivo governamental para qualificação dos médicos que atuam na rede da atenção básica
Recursos críticos	Financeiros: custo a curto prazo.
Controle dos recursos críticos	Administração Municipal, Estadual e Federal.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto.
Prazo	De imediato
Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações	Gestores.
Processo de monitoramento e avaliação das considerações	Presença obrigatória nos cursos de curta duração e melhoria na qualidade do atendimento como resultados positivos na atenção aos usuários da unidade.

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.

Fonte: Os autores (2019).

Revista Gepesvida

Nó crítico 2	Falta participação da gestão em acreditar no projeto.
Operação	Qualificação
Projeto	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.
Resultados esperados	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
Produtos esperados	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde a formação dos profissionais com perfil adequado.
Recursos necessários	Organizacional: equipe e gestão. Cognitivo: cursos de abordagem teórica e prática. Político: profissionais de saúde. Financeiros: incentivo governamental para qualificação.
Recursos críticos	Financeiros: custo a curto prazo.
Controle dos recursos críticos	Administração Municipal, Estadual e Federal.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para a gestão municipal.
Prazo	6 a 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações	Gerentes das UBS e médicos das equipes de saúde da atenção básica
Processo de monitoramento e avaliação das considerações	Presença obrigatória nos cursos de curta duração e melhoria na qualidade do atendimento como resultados positivos na atenção aos usuários da unidade.

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.

Fonte: Os autores (2019).

Nó crítico 3	Falta de disposição dos profissionais médicos em permanecerem no ambiente público de saúde, em especial, em UBS.
Operação	Qualificação
Projeto	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.
Resultados esperados	Melhoria na resolutividade no atendimento dos usuários na atenção básica
Produtos esperados	Incorporação do projeto de qualificação do médico para mudança no atendimento na atenção básica com maior resolutividade
Recursos necessários	Organizacional: equipe e gestão. Cognitivo: cursos de abordagem teórica e prática. Político: profissionais de saúde. Financeiros: incentivo governamental para qualificação.
Recursos críticos	Financeiros: custo a curto prazo.
Controle dos recursos críticos	Administração Municipal, Estadual e Federal.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto à gestão municipal e execução das atividades de qualificação
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações	Gerente da UBS, médicos das equipes de saúde

Revista Gepesvida

Processo de monitoramento e avaliação das considerações	Aumento da permanência dos médicos nas UBS. Aumento das resolutividades dos problemas de saúde dos usuários na própria unidade
--	---

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.

Fonte: Os autores (2019).

Nó crítico 4	Alocação de recursos para a finalidade desejada
Operação	Qualificação
Projeto	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.
Resultados esperados	Discussão do tema para mudança no perfil de educação médica adotada no Brasil.
Produtos esperados	Reflexão sobre a qualidade de prestação de serviço em saúde passar pela formação dos profissionais com perfil adequado.
Recursos necessários	Organizacional: equipe e gestão. Cognitivo: cursos de abordagem teórica e prática. Político: profissionais de saúde. Financeiros: incentivo governamental para formação.
Recursos críticos	Financeiros: custo a curto prazo.
Controle dos recursos críticos	Administração Municipal, Estadual e Federal.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto.
Prazo	Da apresentação.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das considerações	Gestores.
Processo de monitoramento e avaliação das considerações	Provas, trabalhos, presença obrigatória e exposição de resultados dos profissionais.

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.

Fonte: Os autores (2019).

6.5 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS (SÉTIMO PASSO)

Incentivo como implantação de plano de carreira e agregação/incorporação aos vencimentos vindos da própria gestão.

6.6 ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO (OITAVO PASSO)

A economia gerada pelos gastos com exames, poli farmácia, internações desnecessárias e busca de especialistas tem impacto direto no orçamento e melhoria da prestação de serviço.

6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Busca de parcerias na rede privada/pública para realizar o projeto de educação continuada junto à gestão

6.8 MODELO DE GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO

Integração dos profissionais aos cursos de especialização/residência médica com programa de bolsa compatível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualificar a equipe da APS 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 APS, 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. 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.

Revista Gepesvida

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

GOMES, Andréia Patrícia; COSTA, José Roberto Bittencourt; JUNQUEIRA, Túlio da Silva *et al.* Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis, **Revista Brasileira de Educação Médica (Online)**, v. 36, n. 4, 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.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica (Online)**, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

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

VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho; RUIZ, Erasmo Miessa. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família: Revisão Integrativa, **Revista Brasileira de Educação Médica (Online)**, v. 39, n. 4, 630-638, 2015.

Data da submissão: 17-09-2019

Data da aceitação: 16-12-2019