

## Desafios e Perspectivas da Educação Permanente na Estratégia da Saúde da Família: percepção de médicos

### Challenges and Perspectives of Continuing Education in the Family Health Strategy: the doctors perspective

Niriana Lara Santos Meinberg<sup>1</sup>, Camila Gomes Xavier<sup>2</sup>, Luciana Moro<sup>3</sup>, Eliane Ferreira de Sá<sup>4</sup>

1 - Mestrado em Patologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Médica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail.: nirianalara@gmail.com

2 - Doutoranda em Patologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. E-mail.: camilagxavier2@gmail.com

3 - Doutora em Patologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. E-mail.: moro37@gmail.com

4 - Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Docente do Universidade Estadual de Minas Gerais – UEMG. E-mail.: elianefs@gmail.com

Recebido em: 09/04/2023

Revisado em: 14/05/2025

Aprovado em: 14/07/2025

**Resumo:** Atualmente, constata-se uma grande dificuldade para conseguir e manter mão de obra qualificada para o trabalho na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação e qualificação de médicos pode ser realizada pela educação permanente e tem sido um grande desafio para o SUS, tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista de qualificação de recursos humanos. O Programa de Educação Permanente para Médicos (PEP) tem sido utilizado no estado de Minas Gerais com o objetivo de qualificação da mão de obra na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo desta pesquisa é investigar a avaliação que os médicos participantes do PEP do município de Belo Horizonte, MG, no período de 2011 e 2015, fazem do programa. Os dados foram gerados a partir de um questionário estruturado e entrevistas semiestruturadas aplicadas a médicos que participaram do PEP. Para análise dos dados do questionário foi feita inicialmente, uma análise de frequência e em seguida uma análise estatística utilizando a ferramenta Infostat, por meio da prova de Kruskal Wallis. As entrevistas foram analisadas utilizando o método de Bardin. Os resultados obtidos demonstram que o PEP proporcionou espaço de aprendizagem, troca de experiências, melhoria na atenção e diminuição de prescrições e investigações diagnósticas desnecessárias. Foi capaz de romper a sensação de isolamento profissional e contribuir potencialmente para melhoria da fixação do profissional. Essa análise pode servir de subsídio para a sistematização de uma estratégia eficaz para a qualificação da mão de obra que atua na atenção primária à saúde no Brasil e contribuir para estudos sobre a grande rotatividade profissional de médicos atuantes na APS.

**Palavras-chave:** Educação Médica Continuada, Estratégia Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Mão de Obra em Saúde, Gastos em Saúde.

**Abstract:** Currently, there is a significant difficulty in hiring and retaining qualified personnel to work in primary care within the Unified Health System (UHS). The training and qualification of doctors can be achieved through continuous education, which has been a major challenge for the UHS, both economically and in terms of human resources qualification. The continuous education program for doctors (PEP) has been implemented in the estate of Minas Gerais with the goal of qualifying the workforce within the primary care strategy. The objective of this research is to investigate the evaluation of the program made by the the doctors that were part of the primary care teams of the city of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, in the period between 2011 and 2015. The data was collected through a structured questionnaire and semi-structured interviews conducted with the doctors that were part of the PEP. A frequency analysis was made in the data obtained by the structured questionnaires, followed by a statistical analysis using the software *Infostat*, based on the *Kruskal Wallis* test. The interviews were analyzed using the Bardin method. The results show that the PCE provided the participants a space for learning, exchange of experiences, improvement in care, reduction of unnecessary prescriptions and diagnostics investigations, as well as a reduction of the feeling of professional isolation, with potential to contribute to the retention of professionals. This analysis can be used as a stepping stone for the standardization of an effective strategy for the qualification of the workforce in primary health care in Brazil and contribute to studies of the high turnover rates of doctors working in primary care.

**Keywords:** Education Medical Continuing, Family Health Strategy, Unified Health System, Health Workforce, Health Expenditures.

## Introdução

A formação e a qualificação de médicos para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS) representam grandes desafios para a implementação e manutenção das Equipes de Saúde da Família (ESF). A rotatividade dos profissionais, a diversidade nos perfis de formação e a ausência de estratégias sistemáticas e eficazes de Educação Permanente impactam diretamente na resolatividade dos profissionais e na homogeneidade das condutas clínicas,

comprometendo a qualidade da atenção à saúde (Alves e Farah, 2023); Ferreira et al., 2019; Campos et al., 2017; Barros e Gonçalves, 2011; Amoretti, 2005; Ney et al., 2011).

Diante desse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como uma ferramenta fundamental para a qualificação do trabalho em equipe e para o fortalecimento das práticas na APS. No entanto, apesar dos avanços normativos e institucionais, estudos que avaliem a efetividade dessas estratégias sob a perspectiva dos médicos ainda são escassos, especialmente em grandes centros urbanos como Belo Horizonte. Essa lacuna evidencia a necessidade de pesquisas que considerem as experiências concretas dos profissionais inseridos nos programas de educação permanente, contribuindo para o aprimoramento dessas iniciativas.

Como resposta a esses desafios, o Programa de Educação Permanente (PEP) para

médicos foi implantado em alguns municípios de Minas Gerais a partir de 2004, visando à padronização de práticas clínicas baseadas em evidências e à qualificação do cuidado (Silvério, 2008; D'Ávila et al., 2014). Em Belo Horizonte, o PEP foi adotado entre 2010 e 2015, em parceria com o governo estadual. A proposta pedagógica do programa inclui atividades presenciais estruturadas em pequenos grupos (GAPs), encontros coletivos e treinamentos práticos, com foco no desenvolvimento de habilidades clínicas e comunicacionais, além da valorização da aprendizagem colaborativa e da reflexão crítica sobre a prática.

Belo Horizonte, com mais de 2,3 milhões de habitantes e mais de 500 equipes de saúde da família, adotou adaptações específicas ao modelo do PEP, como a realização mensal dos GAPs em horários protegidos e a estruturação de encontros regulares entre facilitadores, coordenadores distritais e a coordenação municipal (Meinberg et al., 2013). Em 2012, cerca de 442 médicos estavam inseridos no programa, o que demonstra a abrangência da iniciativa no município.

Embora haja indícios de que o PEP contribua para o aprimoramento da prática clínica e o envolvimento dos usuários (Cruz et al., 2017), são poucos os estudos que analisam essa estratégia a partir da percepção dos médicos participantes. Este artigo busca preencher essa lacuna, ao investigar os desafios e as perspectivas da educação

permanente no contexto da ESF, a partir da experiência de médicos em Belo Horizonte. A escolha desse município se justifica tanto pela amplitude da implementação do programa quanto por seu potencial como referência para outros contextos urbanos. Ainda que os resultados não possam ser generalizados diretamente, eles oferecem subsídios relevantes para a formulação de políticas e práticas de qualificação profissional em diferentes realidades da APS no Brasil.

### **Materiais e Métodos**

Este estudo adotou uma abordagem metodológica mista, integrando procedimentos quantitativos e qualitativos com o objetivo de analisar a percepção de médicos sobre o Programa de Educação Permanente (PEP) implementado na Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte. Foram utilizados como técnicas de investigação: análise documental, questionário estruturado (com tratamento estatístico) e entrevistas semiestruturadas (com análise qualitativa de conteúdo). A adoção de métodos mistos permitiu triangulação de dados, contribuindo para o aprofundamento da compreensão sobre os efeitos e limitações do programa. A seguir apresentamos os instrumentos de coleta de dados que foram utilizados na pesquisa.

O presente trabalho foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o protocolo nº: 3.059.916.

### **Análise Documental**

Foi realizado um levantamento documental de fontes primárias produzidas pela Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte durante a vigência do PEP (2011 a 2015). Os documentos analisados incluíram registros de frequência dos participantes, temáticas discutidas nos encontros, relatórios de avaliação final e materiais de apoio utilizados nas atividades formativas.

### **Questionário Estruturado (abordagem quantitativa)**

A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio de um questionário estruturado, elaborado na plataforma Google Forms, contendo 16 questões divididas em duas partes: (1) perfil sociodemográfico e profissional dos respondentes (9 questões) e (2) avaliação do PEP com base em escala Likert (7 questões). O link do formulário foi amplamente divulgado entre os médicos participantes do PEP, por meio de redes sociais (e-mail, WhatsApp e Telegram) e por envio direto às gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com solicitação de repasse aos profissionais elegíveis.

Os critérios de inclusão foram: 1) Ser médico integrante de Equipes de Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte; 2) Ter participado do Programa de Educação Permanente para médicos generalistas. Foram excluídos profissionais que: 1) Não possuíam

formação médica; 2) Atuam exclusivamente nas áreas de Clínica Geral, Ginecologia ou Pediatria, sem vínculo com a Estratégia Saúde da Família.

Dos 68 questionários recebidos, 56 (82,4%) foram considerados válidos. Uma resposta foi excluída por inconsistência nas informações.

A análise quantitativa foi realizada inicialmente por meio de estatística descritiva (frequência simples e relativa). Para verificar associações entre variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, com auxílio do software *InfoStat* (versão gratuita). A amostra, apesar de não probabilística, permitiu levantar percepções representativas de um grupo expressivo de médicos vinculados ao PEP.

### **Entrevistas semiestruturadas (abordagem qualitativa)**

Na etapa qualitativa, foram entrevistados 14 médicos que atuaram como facilitadores do PEP nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte. Os participantes foram selecionados por critério de amostragem intencional, considerando sua experiência direta com o programa e a atuação em diferentes territórios da cidade, o que proporcionou diversidade de contextos.

As entrevistas foram conduzidas com base em roteiro semiestruturado, contendo perguntas sobre a trajetória profissional, motivações para participação no programa,

impactos percebidos na prática clínica e limitações observadas no PEP. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, com padronização dos sinais de pontuação e supressão de marcas de oralidade conforme protocolo de transcrição inspirado em Mortimer et al. (2007).

### **Análise qualitativa**

As entrevistas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (1977). Esse método permite o exame sistemático e objetivo das mensagens verbais, organizando os dados em categorias temáticas emergentes. A análise seguiu três etapas: pré-análise (leitura flutuante e definição do corpus), exploração do material (codificação e categorização) e tratamento dos resultados e interpretação.

Para embasar o processo interpretativo, foram considerados os pressupostos teóricos de Triviños (1987), Manzini (2004) e Chizzotti (2006), com ênfase na compreensão dos sentidos manifestos e latentes nas falas dos sujeitos.

### **Limitações do Estudo**

Entre as limitações desta pesquisa, destaca-se o fato de que os dados quantitativos foram obtidos por questionário autoadministrado online, o que pode implicar viés de seleção, dado o caráter voluntário da resposta. Além disso, o número de entrevistas qualitativas, embora suficiente para saturação

temática, não permite generalizações. Os resultados devem ser compreendidos no contexto específico de Belo Horizonte, embora possam inspirar reflexões e adaptações em programas semelhantes de Educação Permanente em outros municípios.

## **Resultados e Discussão**

### **Análise documental**

Com a análise dos documentos de frequência, temas discutidos nos encontros e relatório de avaliação final pudemos perceber que o PEP abrangeu todos os distritos sanitários de saúde de BH com frequência maior que 60 % por encontro. Além disso, constatamos que os temas discutidos foram concordantes com o que é mais frequente na prática clínica de médicos atuantes nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) de BH.

### **Perfil dos profissionais que responderam ao questionário**

Dos 55 médicos que responderam o questionário, 44 (80%) são funcionários efetivos da PBH, os demais 11 (20%) estão distribuídos da seguinte forma: 3 (5%) trabalham por contrato administrativo, 3 (5%) não têm mais vínculo com a PBH e 5 (9%) têm outros vínculos.

Foram obtidas respostas de médicos trabalhadores de todos os distritos sanitários de saúde da PBH e atuantes em 54 centros de saúde diferentes, com maior concentração de

respostas dos médicos trabalhadores da regional Pampulha.

Em relação ao sexo, dos 55 médicos que responderam, 30 (55%) são do sexo feminino e 25 (45%) são do sexo masculino.

Em relação à idade, obtiveram-se respostas de médicos desde 30 anos até idade superior aos 65 anos com concentração de respostas de médicos com média de 41 anos. Para fins de análise de dados estratificamos a idade em: (1) até 39 anos, com 19 médicos (35%); e (2) 40 anos ou mais (65%), com 36 médicos.

Em relação ao ano de conclusão do curso de medicina houve variação entre 1978 a 2014, sendo que 37 médicos (67%) se formaram até 2008, e 18 (33%) se formaram em 2006 ou depois.

Trinta e quatro médicos (62%) declararam ter feito residência médica e 21 (38%) declararam não a ter feito. Dos 34 médicos que fizeram residência médica, 17 (50%) a desenvolveram em Medicina de Família e Comunidade. Os demais a realizaram em outras especialidades como Ginecologia e obstetrícia, Clínica médica e Pediatria.

Quarenta e dois médicos (75%) declararam ter feito especialização, 5 (9%) declararam ter feito mestrado e 9 (16%) declaram não ter feito outras especializações. Dos 42 médicos que declararam ter feito especialização, 27 (64%) a realizaram em Medicina de Família e Comunidade. Dos 5 médicos que fizeram mestrado, 2 (40%) o cursaram em Medicina de Família, totalizando 29 médicos (53%) com

especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Em relação à participação no PEP, 30 (55%) desses médicos participaram do PEP por mais de 3 anos, 8 (15%) participaram de 2 a 3 anos, 9 (16%) participaram de 1 a 2 anos e 8 (12%) participaram do PEP por até 1 ano. Para fins de análise de dados, estratificamos o tempo de participação no PEP em médicos que participaram do PEP: (1) por até 2 anos (17 médicos, 31%), e (2) por 2 anos ou mais (38 médicos 69%).

### **Percepção dos médicos sobre o PEP**

As respostas referentes à questão acerca das contribuições do PEP para a melhoria no nível de resolubilidade das equipes de saúde da família, cujos médicos participaram desse programa, identificamos que dos 56 médicos: 32 (58%) concordam totalmente com a afirmação, 18 (33%) concordam, 5 (7%) não concordam e nem discordam, 1 (2%) discorda, porém, nenhum dentre eles, discorda totalmente da afirmação. Esses resultados evidenciam que para esse grupo de médicos, o PEP é um programa que ofereceu contribuições para melhorar o nível de resolubilidade das equipes de saúde da família (ESF).

Em relação à afirmativa de que o PEP contribui para a melhoria da autoestima profissional do médico participante do programa, 40 médicos (73%) concordam totalmente, 9 (15%) concordam, 4 (7%) não

concordam e nem discordam, 1 (2%) discorda e 1 (2%) discorda totalmente da afirmação. Esses resultados nos permitem afirmar que a grande maioria dos médicos consideram que o PEP contribuiu para a melhoria da sua autoestima profissional.

Em relação à afirmativa de que o modelo do PEP tem um potencial de se configurar como um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional, 48 médicos (87%) concordam totalmente, 6 (11%) concordam, nenhum assinalou que não concorda e nem discorda, 1 (2%) discorda e nenhum discorda totalmente da afirmação. Nesse sentido, a grande maioria (98%) dos médicos avaliam que o PEP tem potencial para se configurar como um sistema de aperfeiçoamento da prática profissional.

As respostas referentes à afirmativa de que O PEP contribui para o rompimento do isolamento profissional destacam que 49 médicos (89%) concordam totalmente com a afirmação, 4 (7%) concordam, 1 (2%) não concorda e nem discorda, 1 (2%) discorda e nenhum médico discorda totalmente da afirmação. Portanto, a grande maioria dos médicos (96%) avaliam que o PEP contribui para o rompimento do isolamento profissional comum ao exercício da profissão.

Sobre a afirmativa de que o PEP contribuiu para reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias, 22 médicos (40%) responderam que concordam totalmente com a afirmação, 23 (42%)

concordam, 8 (14%) não concordam e nem discordam, 2 (4%) discordam, mas nenhum dos médicos discorda totalmente da afirmação. A análise das respostas nos permite constatar que a maioria dos médicos respondentes avalia que o PEP contribuiu para reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias.

As respostas à afirmação de que O PEP contribui para a melhoria na assertividade das prescrições de medicamentos, destacam 29 médicos (53%) que concordam totalmente, 21 (38%) concordam, 3 (5%) não concordam e nem discordam, 1 (2%) discorda e 1 (2%) discorda totalmente da afirmação. Logo, a maioria dos médicos avaliam que o PEP contribui para a melhoria na assertividade das prescrições de medicamentos.

Em relação à afirmativa de que o PEP contribuiu para reduzir a variabilidade da prática profissional entre as equipes de saúde da família, 26 médicos (47%) concordam totalmente com a afirmação, 17 (31%) concordam, 6 (11%) não concordam e nem discordam, 5 (9%) discordam e 1 médico (2%) discorda totalmente da afirmação. Por conseguinte, a maioria dos médicos também concordam que o PEP contribuiu para reduzir a variabilidade da prática profissional entre as ESF.

Em relação à afirmativa de que o PEP contribuiu para reduzir a rotatividade dos médicos no PSF, 6 médicos (11%) concordam totalmente com a afirmativa, 17 (31%) concordam, 20 (36%) não concordam e nem

discordam, 2 (4%) discordam e 10 (18%) discordam totalmente. Em linhas gerais, podemos afirmar que não houve consenso entre os médicos acerca dessa questão, uma vez que 43% concordaram que o PEP contribuiu para reduzir a rotatividade dos médicos no PSF, ao passo que, 35 % não se posicionaram e 22 % discordaram.

A partir desses dados, podemos afirmar que as percepções dos médicos sobre os efeitos do PEP são majoritariamente positivas. Assim, sintetizando esses resultados agrupando as respostas aos itens “concordo totalmente com a afirmação/”, e “concordo”, destacamos que:

- 91% avaliaram que o PEP contribuiu para melhorar a resolubilidade das ESF.
- 88% consideraram que o programa impactou positivamente na autoestima profissional.
- 98% reconhecem o PEP como potencial sistema de aperfeiçoamento contínuo.
- 96% apontaram que o programa contribui para romper com o isolamento profissional.
- 82% avaliaram que o PEP reduz investigações diagnósticas desnecessárias.
- 91% afirmaram que contribui para a assertividade na prescrição de medicamentos.
- 78% concordaram que reduz a variabilidade na prática profissional entre equipes.
- Quanto à rotatividade de médicos, as opiniões se dividiram: 43% concordaram com o impacto positivo, 35% não se posicionaram e 22% discordaram.

Esses resultados se assemelham aos encontrados por Alves e Farah (2023), que ressaltam a importância de espaços de educação permanente na redução do isolamento profissional e na qualificação da prática clínica. Os autores também evidenciam as contribuições de programas com abordagem coletiva e foco na prática profissional para o aumento da resolubilidade das equipes. De forma complementar, o estudo de Ferreira et al. (2019) aponta que as iniciativas de Educação Permanente em Saúde favorecem a aproximação entre ensino e serviço, além de promoverem a construção de espaços coletivos de aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho. Esses autores ainda destacam a necessidade de legitimar a Educação Permanente em Saúde como movimento e política educativa no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, com vistas à melhoria da qualidade da gestão e da atenção.

Para estabelecer as relações entre as respostas consideramos as seguintes variáveis: a) relações: autoestima profissional, rotatividade profissional, tempo no PEP, autoestima profissional, rotatividade profissional; b) Grupos comparados: idade, tempo de formação; residência médica e especialização; c) Tendência de concordância: por idade, tempo de serviço, residência e especialização, conforme o Quadro 1.

Os médicos com 40 anos ou mais têm um nível de concordância maior que os médicos de até 39 anos; com a afirmativa que o PEP contribuiu para melhorar a autoestima profissional, com média de concordância em 4,75 para os médicos de 40 anos ou mais e 4,21 para os de até 39 anos. ( $p = 0,0191$ ). Embora ambas as faixas etárias tenham médias de concordância maiores que 4 há uma tendência em maior concordância para os médicos com mais de 40 anos.

Médicos até 39 anos tendem a discordar ou não verem relação entre o PEP e a rotatividade profissional enquanto médicos com 40 anos ou mais tendem a concordar que o PEP possa contribuir para a redução da rotatividade profissional ( $p = 0,0146$ ).

Quadro 1: Relações entre as respostas de diferentes grupos de médicos participantes do PEP

Relação Observada	Grupos Comparados	Tendência	Significância (p)
Autoestima profissional	Idade $\geq 40$ vs. $< 40$	Maior concordância dos mais velhos	0,0191
Rotatividade profissional	Idade $\geq 40$ vs. $< 40$	Jovens tendem a discordar da relação	0,0146
Tempo no PEP	Formados $\leq 2005$ vs. após 2005	Mais antigos permanecem mais tempo	0,0342
Autoestima profissional	Formados $\leq 2005$ vs. após 2006	Maior concordância entre os mais antigos	0,0108
Rotatividade profissional	Formados $\leq 2005$ vs. após 2006	Mais antigos tendem a concordar	0,0177
Tempo no PEP	Com vs. sem Residência em MFC	Com residência permanecem mais	0,0417



Autoestima profissional	Com vs. sem especialização em MFC	Maior concordância entre os especializados	0,0099
Rotatividade profissional	Com vs. sem especialização em MFC	Especializados tendem a concordar	< 0,05

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto maior o tempo de formação mais tempo os médicos participaram do PEP. Quando comparamos a participação de médicos que formaram até 2005 com médicos que formaram depois de 2005, observamos que médicos formados até 2005 declararam terem participado do PEP por 2 anos ou mais enquanto que aqueles formados depois de 2005 participaram do PEP por até 2 anos ( $p = 0,0342$ ).

Embora ambos os grupos concordem com a afirmação de que o PEP contribuiu para melhorar a autoestima profissional, houve maior média de concordância entre os médicos com carreira mais longa, ou seja, formados até 2005 quando comparado aos médicos que se formaram em 2006 ou depois. ( $p = 0,0108$ ). Médicos formados até 2005 não veem relação entre o PEP e a redução da rotatividade dos médicos no PSF ou tendem a concordar com essa questão. Por outro lado, aqueles formados em 2006 ou depois ou não veem relação ou tendem a discordar que o PEP contribui para reduzir a rotatividade dos médicos de PSF ( $p = 0,0177$ ).

Os médicos que tinham Residência em Medicina de Família e Comunidade tenderam a ficar mais tempo participando do PEP que os médicos que não possuíam residência nessa

especialidade ( $p = 0,0417$ ).

Embora ambos os grupos tenderam a concordar com a afirmativa de que o PEP contribui para melhorar a autoestima do profissional médico que participou desse programa, houve um nível de concordância maior entre os profissionais que fizeram algum tipo de especialização em MFC quando comparados aos médicos que não a fizeram ( $p = 0,0099$ ).

Os médicos com algum tipo de especialização em MFC tendem a concordar que o PEP contribuiu para reduzir a rotatividade dos médicos no PSF, enquanto os médicos que não têm especialização em MFC tendem a não ver relação ou discordar que o PEP possa contribuir para reduzir a rotatividade dos médicos que trabalham no PSF.

### Entrevistas narrativas

Entre os fatores que motivaram os médicos a serem facilitadores do PEP, a possibilidade de troca de experiência entre os colegas foi o fator mais presente, seguido pela oportunidade de lidar com a educação, desejo de envolvimento com a docência e interesse em se familiarizar com o método, como podemos observar nos trechos das narrativas a seguir:

A motivação principal foi a necessidade de educação permanente que a gente tem / de atualização /e a possibilidade de ter vínculo e troca de experiência com colegas que atuam na mesma função. [...] (Facilitador 9)

O PEP foi avaliado como sendo uma ferramenta de educação permanente eficaz e com potencial de mudança da prática profissional, como podemos exemplificar na fala a seguir:

[...]durante o tempo que a gente participou achei muito mais efetivo do que qualquer outra técnica de educação permanente que a prefeitura tinha / eu via os colegas assim se interessando / mudando prática / fazendo coisas que não faziam antes / baseado no que os colegas estavam fazendo e levando as informações. (Facilitador 1)

Os facilitadores citaram como principais pontos positivos do programa: o horário protegido; a escolha democrática de temas baseada na prática; a troca de experiências e o rompimento com o isolamento profissional.

É o fato da gente estar entre colegas, o fato de a gente ter uma agenda protegida para isso pela prefeitura, o fato de/os assuntos serem levantados por colegas que enfrentam uma população/parecida com a nossa problemas parecidos com os nossos e aí, normalmente a dúvida de um é muito pertinente para atuação do outro / e acho que principalmente o ambiente / o ambiente que a gente cria num grupo de revisão de pares. (Facilitador 4)

Dentre os principais pontos negativos ou dificultadores do programa, os facilitadores citaram: a dificuldade de liberação do profissional pela gerência; a falta de envolvimento de alguns médicos; a dificuldade de implantação da metodologia; a rotatividade dos profissionais e a falta de infraestrutura, como é mostrado nas narrativas a seguir:

A dificuldade maior seria a liberação dos profissionais, porque muitas vezes equipes desfalcadas/ seja por questão de férias, adoecimento ou mesmo pelo fato de ser uma unidade mais difícil / às vezes isso fazia com que fosse difícil o gerente liberar aquele profissional para poder participar. (Facilitador 10)

Dos 14 entrevistados, 10 (71%) não consideraram o recebimento da bolsa como

fator determinante da participação no PEP como facilitador, ao passo que os outros 4 (29%) o consideraram como fator determinante. Treze dos entrevistados (93%) afirmaram que participariam do PEP novamente como facilitador e apenas 1 (7%) declarou que não o faria novamente.

Ao serem questionados sobre o impacto do PEP em sua prática profissional pessoal os facilitadores citaram terem tido ganho de performance clínica e oportunidade de atualização e que a metodologia do PEP pode ser estendida a outras atividades, como narrado a seguir:

Muito / muito claramente. Acho que / basicamente / pelo fato de os médicos que participam do GAP terem a mesma realidade e provavelmente dúvidas muito pertinentes para prática do outro / e as dúvidas comuns eram resolvidas / e a gente conseguia levar até uma determinada profundidade que esse conhecimento se sedimenta. (Facilitador 4)

De modo geral, os relatos dos facilitadores evidenciam que o PEP se configura como uma estratégia potente de educação permanente, capaz de promover atualização profissional, fortalecimento de vínculos entre colegas e transformação da prática clínica. A troca de experiências, o espaço protegido para discussão e a construção coletiva do conhecimento emergem como elementos valorizados, contribuindo para o rompimento do isolamento profissional e para a ressignificação do processo formativo no cotidiano do trabalho. Apesar de desafios como a liberação dos profissionais pelas gerências, a rotatividade de médicos e

limitações estruturais, os participantes reconhecem os impactos positivos do programa em sua performance clínica e no modo de enfrentar problemas comuns da Atenção Primária. A alta taxa de intenção de continuidade como facilitadores reforça a relevância do PEP como política formativa sustentada na realidade dos serviços e nas necessidades dos profissionais.

A participação no PEP no município de Belo Horizonte foi compulsória e o médico que não desejasse participar deveria se manifestar por escrito justificando suas razões. Isso foi um ponto positivo uma vez que o PEP contemplou todos os médicos generalistas atuantes nas equipes de BH. Contudo, isso também foi um ponto negativo porque a falta de interesse e envolvimento de alguns profissionais contribuiu para que o programa não alcançasse seus objetivos de forma plena. Tal fato foi evidenciado nas entrevistas com os facilitadores quando eles expressaram a variabilidade que houve quanto ao interesse dos participantes.

O fato de o PEP ser em horário de trabalho protegido vai ao encontro da Portaria GM/MS nº 1.996 de 02/08/2007 que regulamenta a Política Nacional de Educação Permanente e prevê que parte da carga horária dos profissionais de saúde seja destinada à educação permanente.

Isso facilitou o incentivo à educação, tanto que esse foi um dos pontos positivos mais valorizados pelos facilitadores. A carga horária

preconizada para o trabalho nas ESF é de 40 horas semanais. Porém, muitas vezes o médico trabalha em mais de um local, logo isso dificulta a busca por educação permanente em horários de descanso. Esse fato é corroborado por um estudo realizado em 2015 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo o qual, apenas 22% dos médicos têm um único empregador. Constatou-se também que 75,5% dos médicos trabalham mais de 40 horas por semana, sendo que 43,1% dedicam de 40 a 60 horas semanais à medicina; 15,5% trabalham de 60 a 80 horas e 16,9% conseguem ter uma jornada superior a 80 horas semanais. (Scheffer et al, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é preconizada como porta de entrada para o Serviço Público de Saúde com o compromisso de acolher e resolver a maioria das demandas de saúde da população no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde. (Figueiredo, 2011). Alguns estudos sobre o trabalho do médico da APS evidenciam a sobrecarga de trabalho grande a pressão por aumento de produtividade. (Ferreira et al; 2019; Albuquerque, 2018; Ney, 2012). Um dos pontos negativos listados pelos facilitadores do PEP/BH, quando entrevistados, foi a dificuldade de liberação do médico para as atividades de educação. Esse fato pode ter relação com a grande demanda do serviço público de saúde, principalmente da APS; com a dificuldade de entendimento da gestão em relação ao potencial ganho de performance e

de resolubilidade profissional com a educação; e do equivocado entendimento de uma UBS como serviço de urgência. Por outro lado, esse ponto negativo não se relaciona diretamente à eficácia do PEP como metodologia de educação e sim com a operacionalização do programa.

Os temas elegidos para as discussões durante os GAPs foram concordantes com os principais motivos de procura da população ao serviço, indo ao encontro dos objetivos da educação permanente que é a especialização da mão de obra para o trabalho de acordo com a epidemiologia local. (Belo Horizonte, 2014). A organização do PEP foi regionalizada por distritos sanitários e isso facilitou o intercâmbio entre os profissionais atuantes em áreas geográficas próximas.

Consoante os facilitadores, o ponto positivo do PEP foi o fato de ele ser realizado em horário protegido, tornando-o um espaço de atualização e trocas profissionais, fato esse que confirma os resultados obtidos dos questionários dos médicos participantes que concordam que o PEP possa se configurar como um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional. Ademais, os temas são democraticamente escolhidos de acordo com a dificuldade dos participantes e de acordo também com as enfermidades mais presentes na APS (epidemiologia local) o que contribui para a aquisição de *expertise* no trabalho.

A maioria dos médicos respondeu que o PEP proporcionou melhorias no nível de

resolubilidade das equipes de saúde da família cujos médicos participaram do programa, contribuiu para reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias, contribuiu para a melhoria na assertividade das prescrições de medicamentos, e contribuiu para reduzir a variabilidade da prática profissional entre as equipes de saúde da família. Todas essas afirmações corroboram o que foi respondido pelos facilitadores que citam que o PEP teve como ponto positivo o ganho de performance profissional.

Há também maior concordância entre os participantes de que o PEP contribuiu para romper o isolamento profissional e para melhorar a autoestima do profissional que participou do programa. Essas afirmações estão também presentes na fala dos facilitadores que citam o PEP como momento de troca profissional. Nesse sentido, é importante lembrar que, mesmo trabalhando em equipe, o trabalho do médico tem como característica o atendimento individual, a consulta médica é um momento de interação entre o médico e o paciente, que se configura em uma relação sigilosa e de confiança. Sendo assim, muitos profissionais médicos relatam sentimento de isolamento e solidão. Dessa forma, a interação profissional proporcionada pelo PEP contribui para que essa sensação de isolamento seja amenizada.

Não houve concordância entre os entrevistados de que o PEP contribuiu para reduzir a rotatividade dos médicos no PSF o

que é possível observar também nas entrevistas dos facilitadores que colocam como uma dificuldade operacional do PEP a grande rotatividade profissional.

A rotatividade de médicos é um grande problema enfrentado pelos municípios para manutenção dos serviços da APS. Diversas estratégias são criadas para promover a fixação do profissional médico nas ESF. Como já descrito, a formação médica está, na maioria das vezes, voltada para a superespecialização. Logo, a formação de Médicos de Família é insuficiente e tem baixa procura entre os profissionais. Por isso, o trabalho nas ESF não exige que o profissional seja especialista na área. (Barros, et al, 2011). Além da deficiência na formação profissional, alguns fatores são citados como dificultadores para a fixação do profissional como: a insatisfação com o trabalho, a falta de infraestrutura, a carga de trabalho excessiva, sensação de isolamento, remuneração baixa, falta de plano de carreira e o descaso com médicos de família/generalistas. Em relação aos fatores que estimulam a fixação do médico estão: vínculo estabelecido com a comunidade e identificação com a estratégia. (Ney, et al, 2012).

Embora a análise de frequência demonstre que não houve consenso sobre a afirmativa de que o PEP poderia contribuir para a diminuição da rotatividade do profissional médico nas ESFs, quando relacionamos esse dado com a idade dos profissionais e com o tempo de

formação usando o teste estatístico de Kruskal Wallis, podemos observar que os médicos com mais de 35 anos e com mais de 10 anos de formados tendem a concordar com essa afirmativa enquanto que os médicos com até 35 anos e com menos tempo de formados tendem a discordar. Esses resultados corroboram um estudo da demografia dos médicos do Brasil de 2018, no qual os médicos mais jovens (com até 35 anos) ainda não se estabeleceram profissionalmente e estão mais sujeitos a mudanças demográficas. (Scheffer, et al, 2018).

Um estudo que correlacionou a rotatividade de médicos de ESF em um município de SP com características profissionais encontrou maior correlação entre a rotatividade e a capacitação, ou seja, quanto mais capacitados os profissionais estão para exercer suas atividades, menor é a rotatividade. O mesmo estudo constatou que os profissionais com zero a 4 anos de formados ou com menos de 29 anos, demonstram maior rotatividade enquanto os que têm de 4 a 15 anos de formados e 30 anos ou mais apresentaram menor rotatividade. (Campos, 2005).

Ao analisarmos as relações entre as respostas com o teste estatístico de Kruskal Wallis percebemos que os médicos com mais de 35 anos e formados há mais de 10 anos tendem a concordar mais fortemente que o PEP tenha contribuído para melhorar a sua autoestima profissional, o que poderia estar

relacionado à metodologia do PEP que proporciona a troca de experiências profissionais conforme também foi citado nas entrevistas semiestruturadas.

Ainda de acordo com a análise de Kruskal Wallis verificamos que os médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade através de residência médica participaram do PEP por mais tempo. Esse fato pode estar relacionado à maior adesão desses médicos como facilitadores do PEP e também porque eles têm maior familiaridade com a especialidade que resulta em valorização da educação permanente.

Ao analisarmos a variável “médicos com especialização em medicina de família e comunidade” observamos que existe uma tendência maior que esses profissionais concordem mais fortemente que o PEP contribuiu para melhorar a autoestima profissional do médico que participou do programa e para reduzir a rotatividade dos médicos no PSF, o que nos leva a pensar que profissionais com maior conhecimento da especialidade valorizem mais a educação permanente.

Assim, médicos com maior *expertise* medidas pela idade, tempo de formação e maior qualificação tendem a valorizar mais o PEP.

Nas demais relações entre grupos testadas não houve diferenças estatisticamente significativas. Isso demonstra que entre esses grupos as respostas não variaram de acordo

com o grupo testado e que de um modo geral podemos ver que o PEP foi avaliado como uma ferramenta eficaz na educação permanente de médicos atuantes na ESF.

Esse trabalho dá base para garantir que o PEP tem uma função importante enquanto ferramenta de educação permanente em saúde sendo e que sua manutenção pode contribuir para a especialização da mão de obra das ESFs, para a fixação de médicos nas equipes e para melhor uso dos recursos em saúde.

## Conclusão

O Programa de Educação Permanente (PEP) em Belo Horizonte contou com a participação de um número expressivo de profissionais atuantes na APS, que se reuniu para discutir temas de muita relevância e prevalência na prática clínica diária. Nesse contexto, o PEP demonstrou ser uma estratégia eficaz para a qualificação dos médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), ao promover espaços regulares de discussão clínica, atualização profissional e troca de experiências baseadas nas necessidades do território e na epidemiologia local. Os resultados desta pesquisa apontam que, embora o caráter compulsório da participação tenha garantido ampla cobertura, a falta de envolvimento de alguns profissionais evidenciou a necessidade de estratégias que fortaleçam o engajamento e o compromisso com a Educação Permanente.

Dentre os desafios destacados, ressaltam-se: a sobrecarga de trabalho, a dificuldade de liberação dos profissionais para participação nas atividades do PEP, a rotatividade de médicos nas ESF e a baixa valorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade. Para enfrentá-los, acreditamos ser importante:

- Garantir a continuidade das atividades do PEP em horário de trabalho protegido, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996/2007), reforçando seu caráter institucional;
- Fortalecer o papel da gestão no apoio à formação em serviço, com sensibilização dos gestores locais sobre os impactos positivos da Educação Permanente na resolubilidade e desempenho das equipes;
- Estabelecer incentivos à fixação de profissionais nas ESF, vinculando a participação em programas de Educação Permanente a planos de carreira, bonificações ou reconhecimento institucional;
- Ampliar o número de facilitadores com formação específica em Medicina de Família e Comunidade, promovendo a valorização dessa especialidade como estratégica para o SUS;
- Estimular a cultura da Educação Permanente entre os profissionais mais jovens, criando estratégias de tutoria e mentoria com profissionais mais

experientes para promover maior identificação com a prática da APS.

A pesquisa reforça que o PEP é uma tecnologia de educação entre pares, autogerida e de baixo custo, que pode contribuir não apenas para o aperfeiçoamento técnico, mas também para a autoestima profissional, a redução do isolamento no exercício da medicina e, potencialmente, para a redução da rotatividade médica. A valorização da Educação Permanente como política estruturante é essencial para consolidar um modelo de atenção centrado na integralidade, na continuidade do cuidado e no fortalecimento das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família.

## Referências

- ALBUQUERQUE, G.S.; CORDEIRO, G, CUCATTI, M.V.Y, SOUZA TAVEIRA, B.L, FERREIRA DE CARVALHO, I.L, DE LIMA, R.L, et al. Satisfação De Médicos No Trabalho Da Atenção Primária À Saúde. *Rev APS*. 2018;20(2):221–30.
- ALVES, Ana Paula V B; FARAH, Beatriz Francisco. Educação permanente em saúde para médicos da Estratégia Saúde da Família: percepções e necessidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*,47(4) 2023.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005;29(2):136–46.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARROS, K.B.C, GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado Education of Health Professionals for the SUS: meaning and. *Rev Saúde e Soc*. 2011;884–99.
- CAMPOS, C.V.D.A. Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. *Rev Adm Pública*. 2005;42(2):347–68.
- CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; Silva, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4):e20160317.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais (8a ed.). São Paulo: Cortez, 2006..
- CRUZ, C.A.S.S; FERNANDES, D. R.F; MARTINS, S.R.R; SILVA, E.J.; SILVÉRIO, J.B; OLIVEIRA, L.C. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha - MG. *Gerais Rev Saúde Pública do SUS/MG*

[Internet]. 2017;2(1):105–14. Available at: <http://revistageraisaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/296/147>

D'ÁVILA, L.S.; ASSIS, L.N.; MELO, M.B.; BRANT, L.C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(2):401–16.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate* 43 (120), Jan-Mar 2019.

FIGUEIREDO, E.N. A estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. *Polít Nac Atenção Básica* [Internet]. 2011; 1: 6. Available at: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_contudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_contudos/unidade05/unidade05.pdf)

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde-Relatório de Gestão de 2014. 2014;

JÚNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. *Rev Bras Pesqui Mark Opinião e Mídia*. 2014;15:1–16.

MEINBERG, N. L. S.; ARAÚJO, A. C. L.; SANTOS, L. L., ALVES, A.C. S. Particularidades do PEP em Belo Horizonte [Internet]. *An Congr Bras Med Fam Comunidade*. Belem. 2013 [citado 30 de abril de 2018]. p. 1161. Available at: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/931/923>

MORTIMER, E. F. et al. Uma metodologia para caracterizar os gêneros de discurso como tipos de estratégias enunciativas nas aulas de ciências. In: NARDI, R. (ed.). *A pesquisa em Ensino de Ciências no Brasil: alguns recortes*. São Paulo: Escrituras, 2007. p. 53–94.

NEY, S; HENRIQUE, P.; RODRIGUES, A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;22.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A.G.A; MIOTTO, B.A.; MAINARD, G.M. *Demografia Médica no Brasil 2018* [Internet]. 2018. 286 p. Available at: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>

SCHEFFER, M. CASSENOTE, A; POZ, M.R.D, MATIJASEVITCH, A.; CASTILHO, E.A. *Demografia Médica no Brasil 2015* [Internet]. Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; 2015. 284 p. Available at: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov20153.pdf>

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18: 60 - 6.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências Sociais. *A pesquisa qualitativa em educação*. 1928. 158–173 p. Manzini J, Eduardo. *Entrevista Semi-Estruturada: análise Objet e roteiros*. 2004.