

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
**NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PERCEBIDAS POR**  
**PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE-RS**

**PAULO VINÍCIUS NASCIMENTO FONTANIVE**

**Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim**

Porto Alegre, Fevereiro de 2009.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PERCEBIDAS POR  
PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE-RS**

**PAULO VINÍCIUS NASCIMENTO FONTANIVE**

**Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil  
**2009**

## **BANCA EXAMINADORA**

Professor Dr. Sigisfredo Luís Brenelli, Programa de Pós-Graduação Universidade Estadual de Campinas. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Ministério da Saúde.

Professor Dr. Airton Tetelbom Stein, Programa de Pós - Graduação em Ciências Médicas, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Professor Dr. Odalci Pustai, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**DEDICATÓRIA**

A minha esposa que sempre esteve ao meu lado durante minha caminhada acadêmica e em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

A minha mãe e meu irmão Victor por terem papel importante na minha vida.

A minha família do coração: Gabriel, Sonia, Aline, Leandro, Ricardo e Renata pelos valorosos churrascos de final de semana, imprescindíveis à minha saúde mental.

Aos amigos e colegas João Henrique Godinho Kolling, Eno Dias de Castro Filho e Gisele Alsina Nader pela parceria e incansável vontade de fazer o melhor.

Aos estagiários e bolsistas de iniciação científica do Projeto Telessaúde RS pela dedicação a construção deste trabalho. Em especial a “Equipe de acompanhamento”, Giuliano Balardin, Letícia Nolde Melo e Ana Paula Borngraber.

A Mônica Maria Celestina de Oliveira, a primeira estatística de família e comunidade do Brasil, pela importante colaboração na construção deste trabalho.

Aos colegas Roberto Nunes Umpierre, Caren Bavaresco, Cristina Rolim Neumann, Valeska Pastore Dias, Aline Iara de Souza e Diogo Scalco por colaborarem para o sucesso do Projeto Telessaúde RS.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, por possibilitar a minha formação.

Ao Ministério da Saúde do Brasil pela oportunidade de contribuir para construção de conhecimento sobre ferramenta tão importante para Educação Permanente em Saúde que é o Telessaúde Brasil.

Aos membros da banca examinadora, professores Sigisfredo Luís Brenelli, Odalci José Pustai e Airton Tetelbom Stein, pelas importantes contribuições para este trabalho

E, finalmente, ao meu orientador colorado, Erno Harzheim, porque ninguém é perfeito, pelas boas risadas que demos e principalmente por ser um “cara” simples, acessível e sincero. Há... e pelos conhecimentos também...

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDIP	Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento da Atenção Básica
CEP	Código de Endereçamento Postal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
CPD	Continuous Professional Development
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EPS	Educação Permanente à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHS	Family Health Strategy
GM	Gabinete Ministerial
HACSC	Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à APS
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PE	Pernambuco
PHC	Primary Health Care
PHE	Permanent Health Education
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SF	Saúde da Família

SIAB .....	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIDA .....	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH .....	Sistema de Informações Hospitalares
SIS .....	Sistema de Informação em Saúde
SMS .....	Secretaria Municipal da Saúde
SSC-GHC .....	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição
SUS .....	Sistema Único de Saúde
TCLE .....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS .....	Unidade Básica de Saúde
UERJ .....	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFSPA .....	Universidade Federal de Ciências da Saúde e Porto Alegre
UFPEL .....	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS .....	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA .....	Universidade Luterana do Brasil
UNASUS .....	Universidade Aberta do SUS
UBS .....	Unidade Básica de Saúde
USF .....	Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

A Educação Permanente à Saúde (EPS) é um importante instrumento para garantir qualidade do cuidado em Atenção Primária à Saúde (APS). O Projeto Telessaúde RS objetivava avaliar as necessidades em EPS e qualificar a APS por meio de ferramentas de teleeducação e teleassistência. **Objetivo:** Avaliar necessidades em EPS percebidas por médicos das equipes de Saúde da Família dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS. **Método:** Estudo transversal do censo de profissionais médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 32 municípios do Rio Grande do Sul e Estudo Delphi de docentes de disciplinas em APS, preceptores de Residências de Medicina de Família e Comunidade, pesquisadores, gestores e profissionais da APS do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Os temas em EPS com maior necessidade percebida estão associados às áreas de saúde mental, doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas como Hipertensão e Diabetes. Observa-se concordância de leve à moderada ( $Kappa$  0,2-0,5) entre as necessidades em EPS de médicos do Projeto Telessaúde e o consenso do Estudo Delphi. A satisfação com o salário e a formação em Medicina de Família estão associados com maior concordância ( $p < 0,05$ ). Há pobre concordância entre necessidades percebidas e causas de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) mais frequentes. **Conclusão:** O estudo Delphi constitui-se em ferramenta de apoio para condução de políticas de EPS. A avaliação da efetividade da APS por meio das ICSAPs deve ser incluída no processo de planejamento do cuidado em APS pelas equipes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Estudo Delphi.



## ABSTRACT

The Continuous Professional Development (CPD) is an important instrument to guarantee quality of care in Primary Health Care (PHC). The Telessaúde Project objective to evaluate the necessities in PHE and to qualifying the PHC through teleeducation tools and teleassistance. Goals: To evaluate necessities in CPD perceived by medical doctors of the Family Health teams of participant cities of the Telessaúde RS Project. Method: Cross-sectional study with census of medical professionals of Family Health Strategy teams (FHS), within 33 cities of the Rio Grande do Sul and Delphi study with professors of disciplines about PHC, preceptores of residences of family practice, researchers, managers and medical professionals of Rio Grande do Sul PHC. Results: The subjects in CPD with major perceived necessity are associates to areas of mental health, cardiovascular disease and others chronic degenerative diseases like Diabetes and Hypertension . We observed fair to moderate agreement (Kappa 0,2-0,5) between the necessities in CPD of Telessaúde Project doctors and the consensus of Delphi Study. The wage satisfaction and the Family Medicine Graduate were associated with major agreement ( $p < 0,05$ ). Poor agreement was detected between perceived necessities and Hospitalizations for ambulatory care Sensitive conditions (HACSC) more frequent. Conclusion: The Delphi study, consists in a tool of support for conduction of PHE policies. The evaluation of the effectivity of the PHC by through of the HACSC must be enclosed in the process of planning the PHC care.

**Palavras-chave:** Primary Health Care, Family Health Strategy, Continuing Professional Development, Delphi Study.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	11
INTRODUÇÃO .....	12
REVISÃO DA LITERATURA .....	15
1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	15
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	16
2 a REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO .....	16
2 b RESULTADOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	18
3 DIMENSÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO .....	19
3 a ACESSO .....	20
3 b EFETIVIDADE .....	21
4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	22
4 a MARCO CONCEITUAL .....	22
4 b INSTRUMENTOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	24
5 NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	25
6 PRIORIZAÇÃO DE TEMAS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	28
6 a ESTUDOS DELPHI .....	28
6 b DEMANDA POR ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	28
6 c INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS .....	29
i EXPERIÊNCIAS EM OUTROS PAÍSES .....	29
ii PRINCIPAIS CONDICIONANTES .....	31
iii ESTUDOS NACIONAIS .....	32
7 JUSTIFICATIVA .....	33
OBJETIVOS .....	35
OBJETIVO GERAL .....	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
ARTIGO .....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
ANEXOS .....	80
ANEXO 1 PROJETO DE PESQUISA .....	81
ANEXO 2 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....	99
ANEXO 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	100
ANEXO 4 QUESTIONÁRIO E ANEXOS DELPHI .....	101
ANEXO 5 QUESTIONÁRIO DE LINHA DE BASE .....	111

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PERCEBIDAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES DA ESF DOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE-RS”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 08 de Dezembro de 2008.

O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais
4. Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, Termo de aprovação do Comitê de Ética, o Instrumento de coleta de dados (Formulário de linha de base Médico e Enfermeiro) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil significou grande avanço quanto à universalização da assistência à Saúde. A gestão e organização do Sistema foram radicalmente transformadas a partir da edição da Lei Orgânica da Saúde (LOS): de um sistema previdenciário, centrado na assistência hospitalar e de gestão predominantemente federal e estadual para um sistema universal, fundamentado, no controle social, na descentralização e na municipalização. Embora os documentos oficiais como portarias e leis façam uso freqüente do termo Atenção Básica, as bases conceituais dizem respeito a Atenção Primária à Saúde.

A Estratégia Saúde da Família surgiu em meados de 1994, com o nome de Programa Saúde da Família, concomitantemente com forte movimento de municipalização da saúde e de crescimento constante da capacidade gerencial do setor saúde pelos municípios. Propostas de estruturação de modelos de atenção em saúde proliferaram neste período, porém o Ministério da Saúde baseado em experiências como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de alguns municípios pioneiros decidiu reorganizar a APS através da formação de equipes multidisciplinares formadas por um médico generalista, ou de família, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Estas equipes seriam responsáveis por até 1.000 famílias, ou seja, aproximadamente 3450 indivíduos (portaria GM nº157/1998).

A edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - portaria nº648) ocorrida em 2006 foi reflexo de extraordinário aumento da cobertura populacional da ESF ocorrido entre 1998 e 2006, com aumento de mais de 1000% na cobertura populacional de 1998

(4,4%). Hoje, mais de 48,9% da população dispõe de Serviços de Atenção Primária orientados pelos parâmetros estabelecidos pela PNAB, correspondendo a mais de 88 milhões de pessoas.

Os resultados desta mudança de modelo foram divulgados através de inúmeros estudos, que serão citados na revisão de literatura, comprovaram a redução da mortalidade infantil, de internações por desidratação em crianças, por insuficiência cardíaca em adultos e outros desfechos em saúde. Além disto, o processo de trabalho e outros aspectos também avaliados demonstraram o melhor desempenho da ESF sobre o modelo convencional de APS.

Esta rápida expansão da ESF aprofundou a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos quanto à formação para atuar nestes serviços, determinando que enorme contingente de profissionais médicos especialistas focais atuasse na APS. A qualidade do cuidado pode ser medida através de duas dimensões: acesso e efetividade. Se por um lado, uma destas dimensões, o acesso, teve enorme avanço, de outra forma, a efetividade (do cuidado clínico e da relação profissional-usuário) tem sido questionada em alguns estudos sobre os desfechos da ESF no país. Esta problemática desencadeou discussões quanto ao processo de formação e educação permanente das equipes.

Um importante indicador de resolubilidade da APS é a avaliação das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP). As internações por condições sensíveis dizem respeito aos problemas e as complicações de agravos que se devidamente assistidos no âmbito da APS, seriam atenuados ou mesmo evitados. Este indicador corresponde a um conjunto de agravos que deve ser alvo das ações de qualificação da assistência das equipes da Saúde da Família, que demonstrem alto grau de orientação para uma efetiva APS.

Estudos apontam a relevância de uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da APS, as limitações e resultados dos principais instrumentos de EPS, seus efeitos sobre a saúde na população e na mudança de condutas clínicas dos profissionais. Um dos princípios da Educação Permanente é de que seu conteúdo deve ir ao encontro das necessidades percebidas pelos profissionais participantes, ou seja, o processo de educação deve ser contextualizado, contínuo e significativo aos participantes. Estas necessidades dos profissionais, definidas por Grant, podem ser referidas, expressadas e normativas e refletir aspectos individuais, subjetivos e coletivos do contexto dos serviços. A demanda por atenção à saúde em serviços de APS foi amplamente estudada, demonstrando que cerca de 30 problemas de saúde podem representar mais da metade das consultas. Assim sendo, estudos que avaliam as necessidades em EPS relacionadas à problemas de saúde tem importante função na construção de conhecimentos que subsidiem estas políticas e na avaliação de instrumentos para EPS.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema de Saúde implantado no Brasil a partir da edição da portaria nº 8.080 de 1990, e complementado pela portaria 8.142, foi o resultado de movimentos e discussões que antecederam a sua própria criação. A Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata de 1978 e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira influenciaram de forma decisiva a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As influências destes marcos podem ser comprovadas através dos princípios organizativos e diretivos que orientam um dos maiores Sistemas Nacionais de Saúde de caráter universal.

A Lei Orgânica da Saúde transformou em realidade o que a Constituição de 1988, tida como a “Constituição Cidadã”, já propunha para o setor saúde em seus artigos 196, 198, 200 e outros: a responsabilização do Estado pela saúde da população, sendo direito de cidadania, o conceito ampliado de saúde, o caráter universal e principalmente a vocação deste novo Sistema em vencer as iniquidades.

Atualmente, o desafio passou a ser como desenvolver um Sistema de Saúde que garanta tudo o que teórica e filosoficamente foi construído em seu arcabouço jurídico-legal, suplantando o modelo de atenção hospitalar, herança de uma medicina previdenciária (1). O processo de consolidação do Sistema de Saúde já soma mais de 18 anos e, mesmo hoje, o SUS possui realidades muito distintas, em muitos dos casos, carecendo ainda de um de seus princípios básicos: a equidade.

Na década de 90, dado a aspectos macroestruturais (economia e redesenho das zonas de influência internacionais) havia, por parte dos responsáveis pelo movimento de Reforma

Sanitária, grandes ressalvas ao desenvolvimento de uma Atenção Primária à Saúde no país. A consolidação da APS através do Programa Saúde da Família era entendida como um “pacote básico” do Banco Mundial, relatório “investing in health” de 1993, para os Sistemas de Saúde de países subdesenvolvidos. Ou seja, havia dúvidas quanto ao modelo de Atenção Primária que o país iria adotar: APS seletiva ou abrangente.

## **2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **a. REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO**

Como antecedentes ao SUS é necessário considerar o PREV-SAÚDE, proposta para o Sistema de Saúde que não saiu do papel, o desenvolvimento das Ações Integradas em Saúde (AIS) que no Rio Grande do Sul tiveram como experiências bem sucedidas os municípios de Ajuricaba, Tenente Portela, Rodeio Bonito, Alecrim e Braga e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDES).

Em paralelo a este processo, a “Medicina Familiar” iniciou no Brasil na década de 70 com experiências pontuais em serviços de saúde de algumas cidades como: o Serviço de Medicina Integrada da UERJ (Rio de Janeiro, RJ), o Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre, RS), o Projeto Vitória (Vitória do Santo Antão, PE) e Planaltina (Brasília, DF). Na década de 80, a adoção de um modelo de atenção em APS pautado na descentralização e no atendimento ambulatorial ocorreu de forma incipiente e não uniforme em municípios das regiões sul e sudeste, que implantaram ambulatórios e Unidades de Saúde.



Já na década de 90, com os resultados do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará e outras experiências em âmbito nacional, como em Niterói (RJ) e outros municípios, surge ainda em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Este conjunto de medidas de reorganização da APS foi incluído na Norma Operacional Básica de 1996 (2), citando o PSF entre as ações financiadas dentro da Atenção Primária, embora apenas em 1997 o financiamento do PSF fosse regulamentado pela portaria 1.886 (3). Este momento foi importantíssimo para o SUS, dado o fato de que o repasse dos recursos financeiros ficou atrelado a um piso nacional per capita (Piso da Atenção Básica – PAB fixo), invertendo a lógica do pagamento por produção assistencial ambulatorial, catalisando o processo de responsabilização da atenção e humanização do cuidado.

Hoje, o Programa é concebido como Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), portaria GM 648 de 2006 (4). Esta Estratégia foi apresentada como proposta de reestruturação do modelo de atenção para o Sistema Único de Saúde desde o princípio, fortalecendo a Atenção Primária e garantindo acesso e assistência resolutiva para maior parte dos problemas de saúde da população. A ESF tem também forte papel indutor sobre outros níveis de atenção, dado sua competência na coordenação do cuidado, e pelo tensionamento que gera na rede de serviços para adequação do número de exames complementares necessários, na quantidade de medicação para os usuários diagnosticados, na necessidade de uma referência e contra-referência efetivas, entre outros. Se esta indução partir da APS, cria-se um novo pressuposto, contrário a organização do Sistema de Saúde pela geração de demanda de serviços de atenção secundária e terciária e pela incorporação de tecnologias, nem sempre custo-efetivas e custo-eficientes.

Com o aumento verificado entre os anos de 2000 e 2008 na cobertura da população de 17,4% para 48,9%, hoje, mais de 88 milhões de pessoas são acompanhadas pelas equipes da ESF. Este movimento significou uma importante mudança no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde (1).

#### **b. RESULTADOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS) e a Coordenação de Acompanhamento da Atenção Básica (CAA-DAB) assumiram um importante papel indutor na realização de inúmeros estudos que tratam da avaliação de resultados da Estratégia Saúde da Família no Brasil (5). Estudos realizados através de editais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através da linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), ou ainda, realizados por centros de pesquisa em Saúde Coletiva/Epidemiologia, iniciaram de forma consistente o processo de avaliação do impacto da adoção da ESF como modelo de reorientação da APS.

Avaliações das características, ações e resultados da ESF como os indicadores de mortalidade infantil (6;7), de internações por insuficiência cardíaca congestiva e de acidente vascular cerebral em adultos (8), qualidade do cuidado domiciliar na ESF (9), acesso aos serviços(10), entre outros, demonstraram o efeito do conjunto de ações desenvolvidas por este modelo de atenção para os diferentes ciclos de vida.

Instrumentos para medir o grau de orientação à APS como o Primary Care Assessment Tool Brasil (PCATool) foram validados (11) e aplicados verificando o grau de orientação de serviços de atenção ambulatorial para os atributos da APS sistematizados por Starfield (12). Segundo estudo realizado entre os anos de 2000-2006, foram localizadas

109 pesquisas de avaliação da ESF concluídas ou em conclusão cujo foco foi avaliar a intervenção “conjunto de ações em APS”, suas fragilidades, custos e potencialidades para auxiliar a tomada de decisão (5).

### **3 DIMENSÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO**

A adoção da ESF no Brasil teve como efeito considerável aumento no acesso a serviços de APS. Mesmo que o acesso tenha sido ampliado, outros aspectos da qualidade da assistência como a efetividade do cuidado necessitam de instrumentos para contornar a carência na formação de médicos de família e comunidade no país e as distorções criadas dentro do Sistema de Saúde, quanto à localização destes profissionais.

Segundo Campbell, a qualidade do cuidado de usuários pode ser dividida em duas dimensões: acesso e efetividade. Como efetividade é possível identificar dois componentes fundamentais: efetividade do cuidado clínico e do cuidado interpessoal. Mesmo que o usuário acesse serviços de saúde, ele terá necessariamente um cuidado efetivo? Mesmo que se alcance resultados expressivos quanto à redução nas complicações de determinados agravos, os usuários avaliarão de forma positiva suas relações com o profissional médico? Mesmo que o acesso e a relação profissional-paciente sejam avaliados positivamente, isto se refletirá em melhores condutas clínicas assumida pelo profissional de saúde? A avaliação destas dimensões do cuidado deve considerar as condições de estrutura e dos processos envolvidos no cuidado, bem como os seus resultados (13).

### **a. ACESSO**

Há duas formas de se entender o acesso: o acesso aos serviços de saúde e o acesso a profissionais com formação em APS. Quanto a isto, alguns condicionantes da qualidade do cuidado em saúde devem ser considerados: 1) o volume da demanda por atenção primária, diminuindo o tempo de consulta. 2) o acesso a profissionais médicos com “formação em APS” (14). Estudo ecológico realizado nos Estados Unidos demonstrou que melhor acesso a APS está relacionada com a redução do efeito da desigualdade socioeconômica sobre a saúde (15).

A WONCA (World Organization of Family Doctors) define que o melhor médico para APS é o Médico de Família e Comunidade. No entanto, pesquisa realizada no Brasil, com mais de 3900 profissionais que atuavam em 41 municípios de estados do sul e nordeste, demonstrou que pouco mais de 45% apresentavam formação em Saúde da Família (13;16), proporção maior do que em Unidades de Saúde tradicionais (22%). Análise realizada na região centro-oeste, demonstrou, da mesma forma, que menos de 40% dos profissionais e de 27% dos médicos que atuam na ESF apresentavam residência ou especialização em Saúde da Família (17).

É indiscutível o avanço que a ESF oportunizou quanto ao acesso a serviços de saúde e ações de prevenção, promoção e reabilitação. Estes resultados são expressos no número de atendimentos clínicos ambulatoriais, números de consultas de pré-natal, puericultura e em saúde da mulher.

## **b. EFETIVIDADE**

O componente efetividade do cuidado clínico é avaliado, entre outros, por autores que associam o maior número de especialistas focais per capita com maiores taxas de mortalidade (15). Por outro lado, a maior proporção de especialistas em APS está associada com menores taxas de mortalidade. Dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade demonstram que apenas 1800 equipes da ESF contam com MFC (6,2%), de um total de 29.150 equipes implantadas no país. É importante considerar que, os profissionais médicos que mais atuam na APS são ginecologistas/obstetras, pediatras e profissionais de medicina interna, dado a características da pós-graduação lato sensu no Brasil. Nos Estados Unidos, estes profissionais representam mais da metade dos profissionais médicos em APS (19).

Estudo Delphi realizado em Alicante (Espanha) listou os fatores associados com a efetividade e eficiência do cuidado médico em APS. O consenso inclui os seguintes fatores: dificuldades na referência e contra-referência entre a APS e o nível secundário, programas de saúde verticais não realísticos ou mal coordenados, a medicalização (20) cada vez maior da sociedade, influências políticas no manejo, burocracia excessiva nas consultas, falta de metas pré-estabelecidas, Educação Permanente em Saúde (EPS) deficiente, diferentes níveis de formação e envolvimento entre os profissionais e acesso limitado a testes diagnósticos, além de limitado nível de educação em saúde na população (20). Segundo Bottari:

*“O acesso aos exames preventivos de câncer de colo uterino, ou mesmo, a incidência de câncer de colo de útero é uma condição marcadora da qualidade do cuidado. A utilização de condições denominadas marcadoras, ou traçadoras, pode ser uma forma de avaliar a qualidade da assistência à saúde... a utilização dessa técnica, fundada na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas condições ou patologias, pode-se inferir a qualidade*

*da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso a medicamentos ou a níveis mais complexos do sistema de saúde. ...o desenvolvimento de método avaliativo pautado no uso de condição marcadora facilita a definição dos focos nas avaliações das ações programáticas de saúde e aumenta o potencial de utilidade dos resultados das pesquisas”(16;18).*

O desequilíbrio entre o desenvolvimento profissional e as necessidades geradas pela transformação do Sistema de Saúde apontam para a EPS como alternativa para qualificação da assistência e o uso de condições marcadoras da qualidade do cuidado, ou traçadoras como as Internações por Condições Sensíveis à APS fundamentais neste processo.

## **4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

### **a. MARCO CONCEITUAL**

Para discussão dos conceitos e características da educação permanente, far-se-á uso do termo Educação Permanente como sinônimo de Desenvolvimento Profissional Continuado e como antônimo de Educação Médica Continuada Convencional. Outro ponto relevante é que as arguições sobre Educação Permanente se restringirão a área médica, foco desta dissertação.

Entre os problemas enfrentados com a implantação da ESF, um dos mais relevantes é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Não há Residências de Medicina de Família e Comunidade em número adequado e sua distribuição no país não acompanha as necessidades regionais de formação de profissionais especialistas em APS, como conseqüência, os profissionais que atuam na

APS, não possuem formação específica para atuar nestes serviços. Esta problemática aprofunda o desafio de se discutir o processo de formação e educação permanente destas equipes de saúde (21). O Ministério da Saúde, através do seu papel de ordenador da formação de recursos humanos, pode desenvolver ações fundamentais para transformação desta realidade em conjunto com os demais atores do SUS.

Uma destas iniciativas foi a criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria Ministerial nº198 de 2004). Segundo avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, 2ª etapa de avaliação dos pólos de educação permanente, até o presente momento os pólos ofereceram as seguintes formas de qualificação para a ESF: cursos para capacitação de agentes comunitários, cursos introdutórios em Saúde da Família, cursos sobre Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância e atualização para outros ciclos de vida. Ainda, de forma localizada, foram oferecidos cursos de especialização e residência integrada em saúde por pólos de alguns estados. O conjunto destas ações foi considerado insuficiente para qualificação dos recursos humanos, dado a magnitude do aumento de cobertura da ESF no país.

Diante deste cenário, novas medidas como a criação da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e a criação do Projeto Telessaúde Brasil, projeto que oferece teleeducação e teleassistência para o suporte de equipes da ESF, buscam desenvolver e avaliar novos instrumentos de EPS para qualificação das ações das equipes de Saúde da Família. Neste sentido, a Educação Permanente tem como desafio identificar as reais necessidades de aprendizagem dos profissionais da APS e oferecer estratégias de suporte e qualificação destas necessidades ( PROMED, PET-SAÚDE, entre outros).

## **b. INSTRUMENTOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A Teleducação é um dos instrumentos com maior potencial de universalização e crescimento em inúmeras áreas, entre elas a Saúde. É necessário ponderar, no entanto, que algumas experiências em teleducação em saúde demonstraram que a participação simultânea em grupos de teleconsulta e teleconsultoria (envolvendo profissionais da APS, especialistas focais e pacientes) não teve, no entanto, o efeito esperado de aprendizagem (22). As causas para esta limitação são: o aspecto inibidor do paciente na interface médico-médico, a falta de clareza do clínico quanto sua função e conduta e aspectos motivacionais (22).

Já a proposta de uso de materiais e artigos produzidos por especialistas não atende, em geral, as necessidades de aprendizado de profissionais da APS e pode, de outra forma, gerar insatisfação com o modo de se fazer EPS (23). O desenvolvimento de estratégias de EPS deve necessariamente envolver no processo de aprendizado a escolha dos conteúdos pelos próprios profissionais (selecionando tópicos com relevância, importância e aplicabilidade no dia a dia) e a efetiva interação entre facilitadores e participantes – princípios da Andragogia (24).

Então, as estratégias necessárias para o desenvolvimento de ações de educação permanente para prover cuidados de alta qualidade na APS, devem compreender a avaliação das necessidades de aprendizado e a construção de “planos de aprendizagem” (25). Revisões sistemáticas demonstram que intervenções educacionais como EPS podem melhorar a qualidade clínica e os desfechos em pacientes pela mudança do comportamento/conduta do profissional. Os métodos que apresentaram maior efetividade foram aqueles que aliavam aprendizado teórico, prática clínica supervisionada,



intervenções educacionais múltiplas (lembreadores, discussões de caso, visitas de suporte assistencial, intervenções multifacetadas) em um modelo interativo (26;27).

Revisão sistemática de ensaios controlados, para avaliar o impacto de modelos de aprendizagem baseados em problemas propostos para clínicos gerais, sobre desfechos em saúde dos pacientes, demonstra que esta relação não está bem estabelecida. Porém, este mesmo estudo demonstra que a satisfação dos profissionais com estes modelos é maior quando comparada com os modelos de aprendizados convencionais (28), como é o caso do Programa de Educação Médica Continuada (PEMC) da Faculdade de Medicina da UFRGS.

## **5 NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A avaliação das necessidades de aprendizagem é uma etapa fundamental no processo educacional que conduz às mudanças na prática clínica. Atualmente este processo faz parte de políticas governamentais na área da saúde em inúmeros países como método adequado para o desenvolvimento profissional contínuo.

Grant (29) propôs uma classificação para as necessidades de aprendizado resumindo-as em: necessidades que os profissionais dizem que eles precisam (necessidade referidas), as necessidades expressadas (expressadas nas ações, identificáveis através de indicadores de processos e resultados), necessidades normativas de Educação Continuada Convencional (definidas por experts) e as necessidades comparativas entre grupos. Quanto às necessidades referidas, há a distinção entre as necessidades individuais,

subjetivas, organizacionais e grupais ou de equipe. As origens destas necessidades de aprendizagem são decorrentes dos atendimentos aos usuários (30), onde a tomada de decisão é fortemente influenciada pela medicina baseada em evidência, favorecendo a segurança nas condutas, quando este paradigma está associado às ações desenvolvidas por profissionais da APS.

Embora a avaliação das necessidades em EPS deva seguir os pressupostos expostos acima, ela deve redundar também no aumento da satisfação do usuário de serviço de saúde quanto à consulta com o médico, ou outro profissional da APS. Assim como devem ser reconhecidos os conteúdos para qualificação dos profissionais, os usuários devem ter as causas de suas consultas reconhecidas pela equipe da APS (31).

Estudo da acuracidade de métodos de avaliação de temas para educação permanente, tendo como desfecho a satisfação do profissional, demonstrou que a metodologia de construção desta lista de temas é crucial para a boa avaliação e sucesso de um programa de EPS (32). Este estudo verificou que a melhor forma de coletar as necessidades de aprendizagem foi o preenchimento de ficha de bolso no decorrer dos atendimentos clínicos, quando comparado a outros métodos tradicionais como reuniões fora do ambiente de trabalho, entre outros. Considerando as características deste método e a magnitude da ocorrência de dúvidas durante o cuidado clínico, onde a cada três consultas são geradas duas dúvidas consistentes, segundo estudo realizado por Covell (33), vê-se o imenso potencial que o aprendizado baseado em problemas tem de abranger as necessidades dos profissionais da APS.

Estudos identificaram os principais temas que os profissionais (médicos e enfermeiros) da APS na Holanda e Estados Unidos relacionam como necessidades em APS

(34). Entre os conteúdos que foram citados como necessidades de aprendizado, foram listadas questões como: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, nutrição em crianças e idosos, saúde mental, terapêutica medicamentosa, diagnósticos clínicos específicos, saúde do adulto, diagnóstico clínico, manejo e farmacoterapia (35). Quanto ao desenvolvimento de habilidades, foi referida a necessidade de técnicas de comunicação, da avaliação das necessidades em saúde, efetividade (36) e o reconhecimento das necessidades dos usuários nas consultas (31).

No Brasil, as necessidades quanto a organização do processo de trabalho referidas em estudo realizado em Minas Gerais demonstraram que os profissionais de nível superior que compõe a equipe da ESF necessitavam principalmente de capacitações para o planejamento das ações, análise do Sistema de Informações da Atenção Básica e diagnóstico de problemas. Quanto as necessidades em temas clínicos, foram citados pelos profissionais em ordem: capacitação em geriatria, saúde mental, drogas/álcool/tabaco e saúde da mulher (37).

A avaliação das necessidades de aprendizagem tem, portanto, inúmeras dimensões a serem consideradas: as necessidades percebidas, as expressadas em indicadores de desempenho e as determinadas por experts de forma normativa. Salienta-se que os problemas em saúde citados por Ebell (35) como conteúdo de EPS estão entre aqueles com maior demanda por assistência de rotina em serviços de APS avaliados em estudos de demanda (52).

## **6 PRIORIZAÇÃO DE TEMAS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A avaliação das necessidades de aprendizagem pode ser empreendida por muitas razões, assim sua finalidade deve determinar o método usado e a utilização dos mesmos. Entre as fontes de necessidades de aprendizagem podemos citar o consenso de experts na área de interesse, temas oriundos da rotina de atendimento (demanda por assistência) e da análise de indicadores como as ICSAPs que expressam o resultado do conjunto de ações desenvolvidas em APS.

### **a. ESTUDOS DELPHI**

Estudos Delphi, usando sistemas informatizados para avaliação de necessidades de aprendizagem, tem se mostrado um bom método para determinar os temas em teleeducação, ou em educação convencional, mais necessários para o desenvolvimento e escolha de conteúdos para profissionais da atenção primária (34). As necessidades de EPS normativas consensuadas por “experts”, através de estudo Delphi, são resultados de processo iterativo entre indivíduos que participam das ações de educação permanente, os responsáveis pela Educação Permanente e da opinião de gestores e pesquisadores na área. Estas necessidades identificadas e consensuadas devem ser entendidas como prioridade de conteúdos para EPS.

### **b. DEMANDA POR ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Uma das formas de se identificar as necessidades de aprendizagem expressadas pelas ações dos profissionais nos serviços de APS é verificar as principais demandas por assistência. O desenvolvimento de programa de Educação Permanente incorporando os problemas de saúde mais frequentes é uma forma de priorizar temas para aprendizagem e

capacitação. A avaliação da demanda por assistência em serviços de APS demonstra a dinâmica de funcionamento das equipes e sua relação com os demais níveis de assistência.

A disponibilidade de serviços em Sistemas de Saúde deve envolver um conjunto articulado de recursos e conhecimentos para responder de forma organizada às necessidades de saúde da população. Estudo de Green et al (38), replicando metodologia de estudo clássico de White et al (1961), demonstrou que a maioria dos indivíduos, no período de um mês, apresentou sintomas referentes a problemas de saúde, destes cerca de 25% buscaram atenção em serviços de saúde. Dos indivíduos que buscaram serviços de saúde (ambulatorios gerais) apenas 2% foram encaminhados para serviços especializados e 4% foram internados.

Esta demanda por cuidado em serviços de APS representa ampla variedade de problemas de saúde. No entanto, metade das consultas deve-se, freqüentemente, a cerca de 30 diferentes problemas de saúde, segundo estudo realizado em Porto Alegre, Brasil (39). Ou seja, os 30 problemas de saúde mais freqüentes são responsáveis por mais de 50% da demanda por assistência em serviço de APS (39).

A priorização em EPS de problemas de saúde freqüentes vem ao encontro das necessidades expressadas pelos serviços de APS e da rotina de assistência dos profissionais de saúde.

### **c. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS**

#### **i. EXPERIÊNCIA EM OUTROS PAÍSES**

As Condições Sensíveis à APS são um conjunto de problemas de saúde que podem ser manejados adequadamente em serviços de atenção primária reduzindo as necessidades

de hospitalização (40). São exemplos destes problemas de saúde as internações por: hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, asma, entre outros. Inúmeros autores consideram que a avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são importante instrumento para medir o acesso, qualidade e desempenho de serviços e sistemas de APS (41-45).

A utilização das ICSAP como um indicador de acesso e qualidade da APS é muito recente e pouco utilizado no Brasil, embora amplamente discutida e aplicada em outros países (46-48), principalmente nos Estados Unidos, pioneiro quanto ao desenvolvimento e uso (49).

A seleção de causas consideradas como ICSAP é ponto inicial e de maior relevância para validar uma lista padronizada, pois as causas das internações variam de acordo com o país, regiões geográficas e organização do modelo do sistema de saúde. A Lista das condições sensíveis à APS é construída baseada na realidade da rede de assistência, no perfil demográfico/epidemiológico e na concordância de “experts” quando da aplicação ou composição de critérios sobre as internações por causas. As listas variam conforme o país: na Espanha (50;51) a lista é constituída por 35 grupos entre as quais estão as patologias infecciosas preveníveis por imunização, deficiências alimentares, complicações do diabetes, anemias, convulsões, agravos cardiovasculares (cardiopatia isquêmica e doença cerebrovasculares), úlceras, o diagnóstico de apendicites aguda, falha cardíaca e insuficiências cardíacas, infecções otorrinolaringológicas, entre outros.

No Brasil, lista utilizada até muito recentemente envolvia aproximadamente 20 grupos de agravos (52). Hoje, após consulta pública, nova lista foi produzida pelo

Ministério da Saúde do Brasil e publicada em portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, esta inclui 19 grupos agravos com mais de 71 condições relacionadas.

As proporções de ICSAP do total de internações variam de acordo com o país. Na Itália a proporção de Internações por CSAP é de 31,5% (40), na Espanha é de 27,5% em adultos e de 16,5% em idosos (45). No Brasil, mais especificamente em Minas Gerais, a proporção de internação é de 29,3% do total de internações (52).

As intervenções-chave para reduzir ICSAP são o cuidado primário preventivo, o diagnóstico precoce e o tratamento correto, segundo estudo Delphi realizado na Espanha. Neste mesmo estudo, verificou-se também que 50% das hospitalizações por doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes e acidente cérebro-vascular poderiam ser evitadas através de uma APS com estas características (53).

## **ii. PRINCIPAIS CONDICIONANTES**

As ICSAPs apresentam como condicionantes: a política de atenção primária, as características do Sistema de Saúde, as características da demanda por assistência nos serviços e a situação demográfica e epidemiológica.

Estudos relacionam entre os fatores condicionantes para maiores proporções de ICSAP: ter como profissionais de referência especialistas em medicina interna na APS e maior razão de pediatras per capita na região (54), populações com predominância de idosos ou crianças (55), desempregados (55), minorias étnicas e indivíduos com baixa renda ou em situação de vulnerabilidade (47;49;54), o sexo masculino (45), falta de continuidade do cuidado (longitudinalidade) em APS para idosos (56), porte do hospital,

número de leitos e número total de hospitalizações (52), não ter acesso a médicos de atenção primária e não estar em área próxima de um centro de saúde (57).

Da mesma forma, a população sob a cobertura de serviços de APS apresenta menor coeficiente de ICSAPs (58). Na verdade, países com um Sistema de Saúde com acesso universal e/ou com oferta de uma APS consistente e responsável apresentam menores taxas de ICSAPs (59). As disparidades entre os desfechos em saúde de indivíduos com baixa ou alta renda são verificadas, também para o coeficiente de ICSAP nos Estados Unidos (49). Porém, no Canadá, onde a cobertura da APS é universal, estas diferenças são minimizadas (49). Altas taxas de internação por estas condições em áreas, ou em subgrupos, podem ser a indicação de sérios problemas de acesso ou de desempenho na resolubilidade de problemas de saúde.

Desde 2001, estudo realizado nos Estados Unidos (60) demonstra associações negativas (inversamente proporcionais) entre a distância da população aos hospitais e a proporção de internações por CSAP, e também entre a disponibilização de serviços de APS e o mesmo indicador.

### **iii ESTUDOS NACIONAIS**

O percentual das hospitalizações por CSAP do total de internações é muito significativo no Brasil. Em 1988 cerca de 50% das hospitalizações em crianças de até 5 anos eram por ICSAP (61). Em população de característica idosa as ICSAP são maiores e menor é o efeito da melhoria de acesso a APS sobre a diminuição deste tipo de internação.

Quanto ao impacto financeiro (61), estudo realizado no Brasil demonstra que mais de 30% das Internações são por CSAP, gerando um total de 3.500.000 de hospitalizações. No



ano de 2001, essas internações evitáveis custaram ao SUS R\$ 1,036 bilhão do total de R\$ 6,675 bilhões. Isso representou um gasto per capita/ano de aproximadamente R\$ 6,00, ou seja, 60% do valor PAB fixo estabelecido no período.

Estudos comprovam a associação entre o porte dos hospitais e o percentual de internações por CSAP, onde, em hospitais com até 30 leitos, mais de 55% das hospitalizações eram por CSAP. O que demonstra a necessidade de qualificação da APS em intervir sobre estes grupos de condições tendo em vista o perfil de municípios com hospitais deste porte, mesmo que os percentuais de ICSAP estejam gradativamente diminuindo em alguns casos (47;61). No entanto, é necessário considerar que as ICSAPs devem ser avaliadas considerando suas limitações quanto a qualidade da informação contida no Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

No estado do Rio Grande do Sul, estudo realizado na cidade de Pelotas demonstrou que a taxa de internação por algumas condições sensíveis à APS selecionadas (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis - poliomielite, difteria, tétano, coqueluche e sarampo) diminuiu de 1997 a 2004 (último ano de análise) e que este decréscimo foi acompanhado pelo decréscimo dos custos em internações (42).

## **7 JUSTIFICATIVA**

Programas de educação permanente devem avaliar as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde participantes utilizando metodologia pautada na realidade dos serviços, nos princípios da andragogia (24) e da problematização, através de uma linha

democrática, solidária e político-sociológica no contexto da educação de adultos, como discutida por Kohlberg (62). Por outro lado, a maioria dos profissionais médicos da ESF não tem formação específica, podendo ter dificuldade em identificar de maneira adequada tanto os problemas de saúde prioritários, como seu campo de atuação. Verificar em que medida os problemas de saúde priorizados pelos profissionais que serão tema de EPS (necessidades percebidas) se aproximam de lista de conteúdos que outras metodologias como Estudos Delphi (necessidades normativas) e avaliação de condições marcadoras de qualidade do cuidado como as ICSAPs (necessidades expressadas) é de suma importância (29). Neste sentido, as intervenções em teleeducação e teleassistência ofertadas pelo projeto Telessaúde RS devem ser avaliadas haja vista número reduzido de estudos com boa qualidade metodológica realizados.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Avaliar as necessidades em Educação Permanente percebidas pelos profissionais médicos das equipes de Saúde da Família dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS.

### **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Verificar a concordância entre a situação dos indicadores epidemiológicos, de Estudo Delphi sobre o tema e das necessidades em educação permanente em saúde percebidas dos profissionais médicos das equipes da ESF dos municípios;
- Identificar características no nível do profissional e do serviço que favorecem a maior concordância;
- Identificar potenciais demandas de EPS para profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família através das ICSAP;
- Identificar potenciais demandas de EPS para profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família através de consenso de expertos;

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Escorel S, Giovanella L, Magalhaes de Mendonca MH, de Castro Maia SM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2-3): 164-76.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 1996 (NOB-96). Brasília; 1996.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. Brasília; 1997.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 648 de 2006. Brasília; 2008.
- (5) de Almeida PF, Giovanella L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(8): 1727-42.
- (6) Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10): 2070-80.
- (7) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 13-9.
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília; 2006.
- (9) Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Silveira DS, et al. Use of outpatient services by the elderly in the South and Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(10): 2267-78.

- (10) Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3): 657-667.
- (11) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:156.
- (12) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, 1-725. 2002. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde.
- (13) Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51(11): 1611-25.
- (14) Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* 2004; 11; 4(1): 12.
- (15) Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48(4): 275-84.
- (16) Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E, da Silveira DS, Siqueira FV, et al. Epidemiological and socio-demographic profile of primary care workers in the South and Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (1): 193-S201.
- (17) Canesqui AM, Spinelli MA. Family health in Mato Grosso State, Brazil: profile and assessment by physicians and nurses. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9): 1881-92.
- (18) de Sousa Bottari CM, Vasconcellos MM, de Mendonca MH. Cervical cancer as a tracer condition: a proposal for evaluation of primary health care. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1): 111-S122.

- (19) Fryer GE, Jr., Consoli R, Miyoshi TJ, Dovey SM, Phillips RL, Jr., Green LA. Specialist physicians providing primary care services in Colorado. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17(2): 81-90.
- (20) Simo MJ, Garcia AM. Factors related with the family y physician work's effectiveness and efficiency: a Delphi study in the province of Alicante. *Gac Sanit* 1999; 13(4): 282-91.
- (21) Campos F, Belisário S. The Family Healthcare Program and the challenges involved in training professionals and continuing education. *Interface comun.saude educ* 5(9), 133-142. 2001.
- (22) MacFarlane A, Harrison R, Murray E, Berlin A, Wallace P. A qualitative study of the educational potential of joint teleconsultations at the primary-secondary care interface. *J Telemed Telecare* 2006; 12 (1): 22-4.
- (23) Gercenshtein L, Fogelman Y, Yaphe J. Increasing the satisfaction of general practitioners with continuing medical education programs: a method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction. *BMC Fam Pract* 2002; 20; 3:15.
- (24) Knowles M. *The Adult Learner - A Neglected Species*. Houston: Gulf Publishing company; 1973.
- (25) Fraser J. How to plan, deliver and evaluate a training session. *Aust Fam Physician* 2004; 33(6): 453-5.
- (26) Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 6; 274(9): 700-5.
- (27) Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002; 4; 288(9): 1057-60.
- (28) Smits PB, Verbeek JH, de Buissonje CD. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002; 19; 324(7330): 153-6.

- (29) Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002 19; 324(7330): 156-9.
- (30) Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Fam Pract* 1999; 16(6): 627-32.
- (31) Albertson G, Lin CT, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Anderson RJ. Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. *Am J Manag Care*. 2002; 8(4): 375-81.
- (32) Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van HR, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006; 6; 296(9): 1094-102.
- (33) Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med*. 1985 Oct;103(4):596-9.
- (34) Maiburg BH, Rethans JJ, van Ree JW. GPs' needs for practice-oriented nutrition education; a Delphi study among Dutch GPs. *Fam Pract* 2004; 21(4): 425-8.
- (35) Ebell MH, White L. What is the best way to gather clinical questions from physicians? *J Med Libr Assoc* 2003; 91(3): 364-6.
- (36) Murie J, Hanlon P, McEwen J, Russell E, Moir D, Gregan J. Needs assessment in primary care: general practitioners' perceptions and implications for the future. *Br J Gen Pract* 2000; 50(450): 17-20.
- (37) Farah B, Teixeira M. Educação permanente em saúde: uma experiência bem sucedida na integração ensino-serviço-comunidade. São Paulo, UFJF; 2006.
- (38) Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*. 2001; 28, 344(26):2021-5.
- (39) Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Núcleo de Epidemiologia. Estudo da demanda ambulatorial 2002. Porto Alegre (RS); 2002.

- (40) Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:134.
- (41) Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.* 2006; 63(6): 719-41.
- (42) as-da-Costa JS, de Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Quality of primary care as measured by preventable hospitalizations in the South of Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(7): 1699-707.
- (43) Gervas J, Homar JC. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. *Rev Esp Salud Publica.* 2007; 81(1): 7-13.
- (44) Laditka JN, Laditka SB. Race, ethnicity and hospitalization for six chronic ambulatory care sensitive conditions in the USA. *Ethn Health.* 2006; 11(3): 247-63.
- (45) Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:42.
- (46) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health.* 2004; 14(3): 246-51.
- (47) Pirani M, Schifano P, Agabiti N, Davoli M, Caranci N, Perucci CA. Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. *Epidemiol Prev.* 2006; 30(3):169-77.
- (48) Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. *Health Serv Res.* 2005; 40(4): 1167-85.
- (49) Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood ).* 1996; 15(3): 239-49.



- (50) Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. *Gac Sanit.* 2001; 15(2): 128-41.
- (51) Caminal J, Sanchez E, Morales M, Peiro R, Marquez S. Advances of the investigation of "Ambulatory Care Sensitive Conditions" in primary care in Spain. *Rev Esp Salud Publica.* 2002; 76(3): 189-96.
- (52) Perpetuo I, Wong L. Atenção Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. *Jornal do XII Seminário sobre a Economia Mineira* 2007; 1-14.
- (53) Valenzuela Lopez MI, Gaston Morata JL, Melguizo JM, Valenzuela Lopez MM, Bueno CA. To identify primary care interventions that reduce hospitalisation of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria.* 2007; 39(10): 525-32.
- (54) Derose KP. Do Bonding, Bridging, and Linking Social Capital Affect Preventable Hospitalizations? *Health Serv Res.* 2008; 12.
- (55) Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factors associated with hospitalization for ambulatory care sensitive conditions in municipalities. *Gac Sanit.* 2003;17(5): 360-7.
- (56) Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J Health Serv Res Policy.* 2006; 11(4): 196-201.
- (57) Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res.* 2005; 40(4): 1148-66.
- (58) Epstein AJ. The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations. *Health Serv Res.* 2001; 36(2): 405-20.

(59) Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv.* 1995; 25(2): 283-94.

(60) Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. *Am J Manag Care.* 2001; 7(5): 473-81.

(61) Alfradique M, Mendes E. As Internações por condições sensíveis à Atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte: Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais; 2002. mimeo.

(62) Freitag B. Itinerários de Antígona, a questão da moralidade. Campinas:Papirus, 1992. p.191-229. cap. VII. Moralidade e educação Moral.

**ARTIGO****NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PERCEBIDAS POR  
PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE-RS**

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive 1

Eno Dias de Castro Filho 1

João Henrique Godinho Kolling 1

Erno Harzheim 2

- 1- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- 2- Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Estudo Delphi.

Correspondência

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive  
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Rua Coronel Vicente, nº 451/apto 401. Canoas - Rio Grande do  
Sul  
CEP:92430-310

[paulofontanive@gmail.com](mailto:paulofontanive@gmail.com)

Fonte de Financiamento: MS/OPAS e CNPq  
Declaramos não haver conflito de interesse no desenvolvimento  
desta pesquisa

\* Artigo no modelo da revista Atención Primaria - Elsevier España, S.L.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar necessidades em Educação Permanente em Saúde (EPS) percebidas por médicos das equipes de Saúde da Família dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS. **Desenho e participantes:** Estudo transversal do censo de profissionais médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 32 municípios do Rio Grande do Sul e Estudo Delphi de docentes de disciplinas em APS, preceptores de Residências de Medicina de Família e Comunidade, pesquisadores, gestores e profissionais da APS do Rio Grande do Sul. **Medições principais:** concordância entre necessidades percebidas e normativas medida por Kappa, Proporção de Concordância e estatística J. **Resultados:** Os temas em EPS com maior necessidade percebida estão associados às áreas de saúde mental, doenças cardiovasculares, e outras doenças crônico-degenerativas como Diabetes e Hipertensão. Observa-se concordância de leve à moderada (Kappa 0,2-0,5) entre as necessidades em EPS de médicos do Projeto Telessaúde e o consenso do Estudo Delphi. A satisfação com o salário e a formação em medicina de família estão associados com maior concordância ( $p \approx 0,05$ ). Há pobre concordância entre necessidades percebidas e causas de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) mais frequentes (kappa  $< 0,2$ ). **Conclusão:** O estudo Delphi constitui-se em ferramenta de apoio para condução de política de EPS. A avaliação da eficiência da APS por meio das ICSAPs deve ser incluída no processo de planejamento do cuidado em APS pelas equipes.

## ABSTRACT

**Goals:** To evaluate perceived necessities in Permanent Health Education by doctors of the Family Health teams from participant cities of the Project Telessaúde RS. **Design and participants:** Cross-sectional study with census of medical professionals of Family Health Strategy teams (FHS), within 32 cities of the Rio Grande do Sul and Delphi study with professors of primary health care disciplines in PHC, support teachers of residences of Family Medicine, researchers, managers and professionals of Rio Grande do Sul PHC. **Main measures:** agreement between perceived and normative necessities measured through Kappa, Ratio of Agreement and J statistics. **Results:** The subjects in EPS with major perceived necessity are associates to areas of mental health, cardiovascular disease and others chronic degenerative diseases like diabetes and Hypertension. We observe fair to moderate agreement (Kappa 0,2-0,5) between the perceived necessities in PHE of Telessaúde Project physicians and the consensus of Delphi Study. The satisfaction with the payment and the Family Medicine Graduate were associated with major agreement ( $p \approx 0,05$ ). It was detected poor agreement between perceived necessities and causes of Hospitalizations for Ambulatory care sensitive conditions (HACSC) more frequent. **Conclusion:** The Delphi study consists in a tool of support for conduction of PHE policies. The evaluation of the effectivity of the PHC through of the HACSC must be enclosed in the process of planning the PHC in FHS.

## **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS), após longo processo que se iniciou a partir da reforma sanitária, foi consagrada como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo se acelerou com o estímulo político-financeiro a um programa, num primeiro momento (Programa Saúde da Família - PSF), hoje considerado pelo Ministério da Saúde (MS) uma estratégia de reorganização da atenção (1).

Esta Rápida expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) aprofundou a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos quanto à formação para atuar nestes serviços, determinando que enorme contingente de profissionais médicos especialistas focais - profissionais com especialidades cujo foco são órgãos ou sistemas orgânicos e não a integralidade do cuidado ao indivíduo - atuasse na APS (1).

A qualidade do cuidado pode ser medida através de duas dimensões: acesso e efetividade (2). Se por um lado uma destas dimensões, o acesso, teve enorme avanço pela indução político-financeira, de outra forma, a efetividade (do cuidado clínico e da relação profissional-usuário) tem sido questionada em alguns estudos sobre os desfechos da ESF no país (3). Esta problemática desencadeou discussões quanto à qualificação dos profissionais da ESF que pode ser fruto do inadequado processo de formação e educação permanente das equipes (4).

Inúmeros estudos (5-13) apontam a relevância de uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da APS, mas também as falhas no seu desenvolvimento e os resultados limitados encontrados em sua implementação, tanto na mudança de conduta dos profissionais, quanto na mudança de indicadores de saúde da população sob responsabilidade da equipe (5-13). Relatórios produzidos

pelos pólos de educação permanente, núcleos produtores de projetos em EPS que associavam Universidades e instituições de formação de recursos humanos para o SUS, em conjunto com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, evidenciaram o subdimensionamento das ações governamentais neste sentido, apontando como saída o desenvolvimento de novos modelos e instrumentos.

Um importante indicador de resolubilidade da APS amplamente desenvolvido (14) e usado é a avaliação das interações por condições sensíveis a Atenção Primária (ICSAP). As interações por este grupo de condições poderiam ser prevenidas ou mesmo controladas pelas ações desenvolvidas pela APS (14). Este indicador corresponde a um conjunto de agravos que devem ser alvos das ações de qualificação da assistência das equipes da Saúde da Família, e ao mesmo tempo demonstra a efetividade em APS (15-18).

Assim, dentro deste cenário de necessidade de qualificação e aumento da resolubilidade da ESF, o MS, através da portaria nº 35 de janeiro de 2007, criou o Projeto Telessaúde Brasil, com o objetivo de fornecer suporte por meio de teleassistência e teleducação para as equipes da ESF. Com tudo isto, o presente estudo, que é parte dos estudos de linha de base do Projeto Telessaúde RS, tem como objetivo avaliar as necessidades em educação permanente de profissionais da ESF. O levantamento junto aos profissionais de temas clínicos que correspondem a necessidades percebidas relacionadas a problemas de saúde, bem como a avaliação do grau de resolubilidade das equipes da ESF por meio das interações por CSAP e do resultado de Estudo Delphi sobre o tema determinarão o grau de concordância entre as necessidades percebidas pelos profissionais médicos em termos de EPS e as apontadas pela realidade epidemiológica e a opinião de "experts" em APS.

## **Materiais e Métodos**

Estudo transversal de 32 municípios participantes do Projeto Telessaúde RS. Foram estudados todos os profissionais médicos das Unidades de Saúde da Família (USF) que consentiram em participar preenchendo o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo. A população amostral foi todo o universo populacional dos profissionais médicos dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS (TelessaúdeRS).

O estudo ocorreu como parte de avaliação realizada pelo núcleo do Rio Grande do Sul do Projeto Telessaúde Brasil. Os municípios foram selecionados por critérios de inclusão, e após, foram ranqueados por critérios classificatórios. O número de municípios foi determinado pela "finitude" dos kits de computador, câmera e outros disponíveis, até um total de 80 (equipamentos de telessaúde).

Os critérios de inclusão dos municípios para a participação no projeto se referiam ao porte populacional, onde apenas municípios com menos de 100 mil habitantes foram selecionados; à cobertura populacional da ESF, onde os municípios deveriam ter uma proporção de 70% ou mais da população coberta por equipes da ESF e à rotatividade da equipe, cuja razão média da rotatividade não deveria ser superior a dois profissionais (médico e enfermeiro) por Unidade da ESF por ano, baseado na série histórica de 2005-2007, usando como referência a inativação dos profissionais no Sistema de Informações da Atenção Básica para o período.

Para o Estudo Delphi foram selecionados 36 profissionais que representavam os seguintes grupos: especialistas (Graduação e Residência em APS e Sociedades), população-alvo das ações de educação permanente (médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade, com especialização em Saúde

da Família ou Saúde Pública e sem titulação na área de APS) e responsáveis pelas políticas (pesquisadores e gestores municipais e estaduais de APS). Para o Estudo Delphi foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a seleção da amostra:

- i.** Professores de disciplinas com foco na APS de cursos de graduação em Medicina da UFRGS, ULBRA ou UFCSPA deviam ter experiência mínima de três anos;
- ii.** Preceptores das Residências de MFC do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) e da UBS Santa Cecília/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com pelo menos 3 anos na função;
- iii.** A Sociedade convidada foi a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade através de seus representantes;
- iv.** Os médicos, independentemente de sua formação, deviam ser de municípios com menos de 100.000 habitantes, com mais de 50% de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e com baixa rotatividade dos profissionais de saúde não superior a dois profissionais por equipe/ano em junho de 2007. Os municípios participantes foram: Osório, São Luiz Gonzaga, Carazinho e Panambi.
- v.** Os pesquisadores foram indicados por pessoas-chave nos Centros de Pesquisa em Saúde Coletiva/Epidemiologia da ULBRA, UFPEL e UFRGS. Os mesmos deviam ter produção científica na área de APS;
- vi.** Os gestores municipais da APS foram os Coordenadores da ESF dos municípios de Osório, São Luiz Gonzaga, Carazinho e Panambi. Os gestores estaduais foram profissionais médicos que atuavam na Coordenação da ESF e na Coordenação de avaliação e monitoramento /PROESF da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;



A coleta dos dados do estudo transversal foi realizada durante capacitação dos profissionais de nível superior em Porto Alegre através de formulário estruturado com questões abertas (identificação, características de formação e dos serviços) e fechadas (características da assistência e das necessidades de educação permanente). Todos os profissionais de nível superior das USF dos municípios que aderiram ao projeto até junho de 2008 passaram por sensibilização e capacitação na utilização dos recursos do projeto. A aplicação do instrumento ocorreu durante o momento presencial de treinamento para manuseio e apresentação do Projeto Telessaúde RS entre os meses de Outubro de 2007 e maio de 2008. O tempo estimado para auto-aplicação do instrumento não foi superior a 20 minutos.

Estudo ecológico das ICSAPs dos 32 municípios do TelessaúdeRS foi realizado por meio de dados secundários para avaliação. A coleta se iniciou no mês de julho de 2007, considerando o triênio 2005-2007. Os dados foram obtidos por meio das bases de dados disponíveis do Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS (SIH).

Necessitou-se de 5 rodadas do estudo Delphi para que o conjunto de 57 problemas de saúde fossem incluídos ou excluídos de lista de temas prioritários para um programa de Educação Permanente e para que suas respostas fossem estabilizadas, segundo consenso de "experts".

O questionário elaborado pela coordenação do Delphi foi enviado por meio eletrônico para cada um dos participantes selecionados que teve o prazo estabelecido em cronograma (10 a 15 dias entre cada rodada) para ser respondido e enviado por e-mail ou fax. As respostas foram avaliadas e o questionário retornou para o participante sempre ao final de cada rodada (com a resposta do participante e a estatísticas gerais - mediana, média e desvio padrão). Neste momento,

iniciava-se nova rodada de resposta ao questionário agora tendo como subsídio as informações do "coletivo" de participantes e as observações enviadas por participantes ou mesmo sugestões de inclusão de novos itens (sumarizadas e não identificadas).

A cada início de rodada podiam ser excluídas da lista de problemas alguns itens por já terem alcançado na rodada anterior consenso sobre a inclusão do item ou não.

As respostas dadas para cada problema tenderam, a cada rodada, a se concentrar, diminuindo sua dispersão. O consenso, quanto à inclusão ou não do problema, ocorreu quando esta oscilação diminuiu. Ou seja, quando ocorreu pequeno número de mudanças de opinião quanto ao indicador entre duas rodadas.

Para a estabilização das respostas, definindo a inclusão ou não do problema de saúde como tema prioritário, foi realizado o seguinte cálculo: a diferença na variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas deveria ser inferior a 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade. Para definir o número de rodadas de iteração do estudo se convencionou que a proporção de mudança na opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior a final, deveria ser inferior a 10% dos participantes.

### **Variáveis**

A relação de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) usada para análise está em acordo com a produzida por portaria do MS nº 221 de 17 de abril de 2008 (19). Os dados coletados para a análise foram extraídos do Sistema de Informações da Atenção Hospitalar (SIH) no período de 2004 a 2007, série histórica dos últimos três anos. O coeficiente de internação por CSAP médio por ano foi estabelecido de acordo com a unidade de análise (municípios) para cada grupo de

causas. Para construção da concordância entre as necessidades referidas por cada profissional médico, e as ICSAP de maior magnitude de seu respectivo município foi utilizada média da série histórica dos últimos três anos, para cada grupo de causas, de cada Município. Foi considerado como condição elegível à EPS, o conjunto de ICSAPs de maior magnitude (frequência) que correspondem a 75% do total de internações por condições sensíveis, que variou de acordo com cada município do TelessaúdeRS.

O formulário para avaliação das necessidades em educação permanente em saúde usa como referência estudos de diagnóstico de demanda (20;21), e a lista nacional de ICSAP do MS. Este instrumento faz parte do estudo de linha de base do projeto Telessaúde RS que busca estabelecer os temas prioritários para teleeducação pelos profissionais.

As variáveis que se encontravam no instrumento inicial do estudo Delphi eram a relação de ICSAPs do Ministério da Saúde e a relação de problemas de saúde de maior ocorrência em Unidades de Saúde Básicas, segundo o mesmo estudo de diagnóstico de demanda (20;21). A cada rodada os participantes deveriam assinalar se o problema de saúde deveria ser incluído em um programa de educação permanente para profissionais de APS considerando neste processo a magnitude, a vulnerabilidade às ações da APS e a transcendência dos mesmos.

Os participantes deveriam assinalar também qual era o grau de importância do tema dentro de um programa de educação permanente para médicos de APS em uma escala likert de três pontos: "certamente importante", "importância moderada" e "certamente não importante".

Dentro de um plano de análises foram realizadas as seguintes operações e avaliações.

Análises descritivas de problemas de saúde percebidos como necessidades em EPS, da proporção de internações por condições sensíveis e das características da população amostral; teste de concordância Kappa (K), proporção de Concordância, Proporção de concordância Positiva, Estatística J para avaliar o grau de concordância entre as informações obtidas do Estudo Delphi e avaliação das internações por CSAP. Quanto à avaliação das características de formação dos profissionais e da estrutura de serviços, não se fará necessário o uso de testes de comparação de médias, haja vista se tratar de um estudo de censo destes profissionais.

Para análise dos desfechos (concordância), os valores encontrados foram categorizados em dois grupos: de maior concordância (grupo de profissionais médicos com valores de concordância com o estudo Delphi do tercil superior de distribuição - Kappa entre 0,200 e 0,422) e de menor concordância (grupo de valores dos tercis médio e inferior - Kappa entre 0,199 e -0,109). Para análise descritiva, as informações foram estratificadas pelos tercis de porte municipal. Análises univariadas dos descritores categóricos e dos grupos de maior ou menor concordância foram realizadas através do cálculo de qui-quadrado. A identificação de variáveis relacionadas aos profissionais com possível associação com o grupo de maior concordância foram: características profissionais (pós-graduação, tempo de formado, local de formação) e características dos serviços foram realizadas através de modelo de regressão Poisson Robusta para o desfecho dicotomizado (maior ou menor concordância).

## Resultados

Participaram do estudo profissionais médicos de 32 municípios, de 98 equipes de Saúde da Família, totalizando 99 profissionais. Os municípios foram estratificados de acordo com o porte populacional, por tercís do número de habitantes, segundo estimativa do IBGE 2007. O grupo 1 abrange os municípios com até 7.000 habitantes e até 2 equipes de SF. O grupo 2 envolve os municípios de tamanho intermediário, com população entre 7 a 20.000 habitantes. O grupo 3 é constituído por municípios com mais de 20.000 habitantes.

Nos municípios com até 7.000 habitantes a proporção de mulheres entre os médicos foi de 22,6%, já nos municípios com mais de 20.000 habitantes, este percentual foi 75% maior (39,4%). Há, entre os três grupos de municípios, clara distinção quanto ao quadro de seus recursos humanos. Enquanto em municípios com mais de 20.000 habitantes, 66,7% dos médicos tem pós-graduação e 39,4% tem residência ou título de médico de família e comunidade, no grupo de municípios de menor porte (< 7.000), apenas 44,8% dos médicos tem alguma pós-graduação e não há médicos de família e comunidade.

Quanto ao tempo de vinculação à ESF, os profissionais do grupo 1 atuam em média a 57(±47) meses, enquanto que nos grupos 2 e 3 a média é de 51(±41) e 52(±42) meses respectivamente. Os médicos no grupo de municípios entre 7 e 20.000 habitantes, apresentam média superior de tempo de atuação no município que de tempo de atuação na ESF (respectivamente 55 e 51 meses). É necessário pontuar que a média de idade é superior nestes municípios (41 anos ±14,2), 15% maior que nos municípios com mais de 20.000 habitantes (36 anos ±12,5). Além disto, a média de tempo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família decresce de acordo com o porte do município, com respectivamente média de 43, 33 e 25 meses nos grupos 1, 2 e 3.

Quanto à organização das Unidades de Saúde, nos municípios com até 7.000 habitantes mais de 70% das unidades são mistas (apresentam Unidades Básicas Tradicionais, Pronto Atendimento ou até mesmo Hospitais na mesma área física das Unidades da SF). Esta proporção, no entanto, é de apenas 3% nos municípios do grupo 3. Destaca-se ainda que cerca de 74,2% das Unidades de Saúde dos municípios de menor porte apresentam na sua área física a presença da Secretaria Municipal de Saúde (área administrativa da secretaria da saúde), enquanto que nos municípios com mais de 20.000 habitantes esta proporção é de apenas 6,1%.

Quanto às relações trabalhistas, nos municípios de menor porte, 76% dos médicos são contratados temporariamente, 41,3% trabalham na ESF e em 2 ou mais locais, trabalhando em média uma carga horária total de trabalho semanal 20% maior que no grupo de municípios com mais de 20.000 habitantes (61±15 horas semanais). Já nos municípios com maior população (grupo 3), 42,4% dos médicos são estatutários e 18,2% tem contratos temporários. Nestes, apenas 21% dos profissionais trabalham na ESF e em 2 ou mais locais, possuindo uma carga horária total de trabalho semanal média mais baixa que nos outros grupos (50,±11,1).

As internações por Condição Sensível à APS no Rio Grande do Sul corresponderam a uma proporção de 27,1% do total de internações (cerca de 200 mil hospitalizações). A proporção de ICSAP nos municípios participantes do Projeto Telessaúde foi aproximadamente 42% do total de internações (11.284 internações). Entre os municípios do grupo 2, destaca-se a proporção de ICSAP, 63% maior que a proporção estadual (44,9%), onde apenas as internações por pneumonias bacterianas correspondem a mais de 11,3% do total de internações. As internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doenças Cerebrovasculares, Angina, Hipertensão e

Diabetes e as por problemas respiratórios (Asma, Bronquites, DPOC e Pneumonias) correspondem a mais de 70% das ICSAPs. Destaca-se também que nos municípios com menos de 7.000 habitantes, a proporção de internação por Asma é 71% maior que a proporção de ICSAP do estado.

Dado as características de organização dos sistemas municipais de saúde de áreas rurais, as ICSAPs podem apresentar considerável limitação quanto a avaliação da resolutividade e qualidade do cuidado da APS, por apresentar internações espúrias. Isto se deve, pela maior vulnerabilidade do usuário rural frente ao conhecimento médico e a necessidade de equilíbrio financeiro-contábil de pequenos hospitais que não apresentam necessidades reais de utilização pela população referenciada dimensionadas para manutenção destas instituições e de seus leitos.

O estudo elaborou lista de problemas de saúde caracterizados como necessidades percebidas em educação permanente pelos médicos dos municípios do Projeto TelessaúdeRS. Problemas de saúde associados à área de saúde mental apresentaram as maiores proporções de necessidade (Abuso de Álcool e outras drogas (74,5%), Depressão e outros transtornos de humor (62,7%), Psicoses (57,8%), Demências (52,9%), Transtorno de ansiedade (45,1%) e violência (35,3%).

A exceção de DPOC e enfisema (34,3%) e asma (20,6%), as demais: infecções das vias aéreas superiores (9,8%), as sinusites (5,9%) e as pneumonias bacterianas (7,8%), tiveram pequena proporção de participantes que pontuaram estes itens como necessidade de educação permanente.

De outra forma, os problemas cardiovasculares e cerebrovasculares (insuficiência cardíaca (46,1%), cardiopatia isquêmicas (46,1%), doenças cerebrovasculares (44,1%) e distúrbio do metabolismo lipídico (31,4%)) foram sinalizados como temas relevantes para EPS.

O Estudo Delphi determinou os temas relacionados a problemas de saúde que grupos de profissionais, pesquisadores, gestores municipais e estaduais, representantes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, preceptores de residência e professores de graduação elencaram como prioritários para um programa de EPS dirigido à médicos da APS. Cerca de 40 problemas de saúde tiveram alto grau de consenso, após 3 a 5 rodadas de opinião. Salienta-se que a lista de temas que o subgrupo profissionais da ESF pontuou como prioritário foi menor, com apenas 31 temas. O Estudo Delphi realizado no Rio Grande do Sul verificou lista de necessidades em EPS com base em problemas de saúde de acordo com médicos de APS e a realidade loco-regional.

Houve concordâncias discretas entre as necessidades percebidas pelos profissionais médicos da ESF do TelessaúdeRS e pelo Estudo Delphi (Kappa médio = 0,163). Este valor foi maior quando se comparou apenas com o subgrupo de profissionais do Estudo Delphi (Kappa médio = 0,214), mas muito menor quando se confrontou os problemas de saúde percebidos como necessidades de EPS pelos profissionais da ESF dos municípios do TelessaúdeRS e as ICSAPs de cada um de seus municípios (Kappa médio=0,082). É necessário salientar, no entanto, que a Concordância entre o consenso do Delphi e a lista de Condições Sensíveis à APS mais frequentes que representavam mais de 75% das ICSAPs de todo estado do Rio Grande do Sul, foi elevada (Kappa= 0,671).

É importante salientar que embora a proporção de concordância tenha sido maior no cruzamento entre as necessidades percebidas dos profissionais e as ICSAPs (PC médio= 0,68), a proporção de Concordância Positiva foi a menor (PCP médio = 26%) e a estatística J ratifica o baixo Kappa (0,09±0,28).



Para verificar fatores associados ao desempenho do Kappa, os profissionais foram estratificados segundo sua concordância para com o estudo Delphi em dois grupos: menor ( $\kappa < 0,2$ ) e maior concordância ( $\kappa > 0,2$ ). O grupo de maior concordância corresponde aos indivíduos do tercil superior da distribuição da concordância Kappa com o Estudo Delphi.

As variáveis que demonstraram associação com concordância com estudo Delphi na análise univariada através do cálculo do qui-quadrado foram: ser do sexo feminino ( $p=0,05$ ), maior tempo de formado ( $p=0,027$ ), ter especialização ou residência em APS ( $p=0,032$ ), ter residência ou titulação como MFC ( $p=0,002$ ), Consultar com frequência sites de bibliotecas virtuais ( $0,002$ ), não ter a Secretaria Municipal de Saúde localizada na USF ( $0,05$ ), não ter plano de sair do município no próximo ano ( $P=0,034$ ), ter baixa satisfação salarial ( $0,036$ ).

Alguns preditores demonstraram tendência à associação, entre eles: participar de grupos de estudo com colegas ( $p=0,084$ ), tempo na equipe de saúde maior que 33 meses ( $p=0,072$ ) e carga horária total menor que 50 horas ( $p=0,071$ ).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa em um modelo de regressão de Poisson Robusta Univariada e dentro de um modelo multivariado. Estas variáveis foram: sexo feminino (RP =1,735; IC 1,04 - 3,03), cursar residência de MFC (RP=2,588; IC 1,26 - 4,29), ter secretaria municipal da saúde na área da USF (RP= 0,396; 0,188 - 0,830), carga horária total inferior a 50 horas semanais (RP=1,651; IC 1,02 - 2,89), ter alta satisfação com o salário da ESF (RP=0,552; IC 0,304 - 0,987).

No modelo de Regressão de Poisson com variância robusta multivariada permaneceram com significância estatística as variáveis: baixa satisfação com o salário da ESF e ter

formação em Medicina de Família e Comunidade. Nesta última o valor de  $p$  no modelo foi de 0,06, demonstrando fortíssima tendência a associação, devendo-se a significância limítrofe a possível erro Beta.

## Discussão

O desenvolvimento de estratégias para EPS inclui propostas como a do projeto Telessaúde Brasil que se constitui como espaço privilegiado para avaliação de pequenos municípios e de instrumentos de formação para os profissionais que atuam em APS, em um país de imensa diversidade cultural e dimensões continentais.

Considerando a necessidade de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, e principalmente para a Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família, o uso da Educação Permanente deve possibilitar o aumento da qualidade do cuidado (2), e, principalmente, maior efetividade do atendimento clínico. É necessário, no entanto, pontuar a limitação da EPS, como instrumento único para mudança do profissional médico, desconsiderando a necessidade de reforma curricular mais profunda nos cursos de graduação e de inserção dos graduandos nos serviços, dentro de uma lógica de "formação em serviço".

O estudo sugere a existência de heterogeneidade na distribuição de profissionais médicos de acordo com o porte populacional dos municípios.

A proporção de médicos com alguma pós-graduação segue o padrão de estudos nacionais (2;22), porém a presença de médicos de família em alguns municípios está fortemente associada com políticas indutoras (23;24) de sua concentração como: pagamento de incentivo adicional, ou ainda a exigência da titulação como pré-requisito para ingresso na administração municipal. Esta proporção é superior a encontrada em estudo nacional (22).

Entre os municípios com porte intermediário, entre 7 a 20.000 habitantes algumas situações devem ser consideradas. No entanto, a organização da Atenção Primária apresenta

considerável influência negativa com a presença de hospitais (4;16;25), pronto-atendimentos e da convivência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na mesma área física da USF.

Os achados sugerem que em pequenos municípios (<7.000 habitantes), a maioria das Unidades de Saúde são mistas, ou seja, estão inseridas em Hospitais, Pronto Atendimento ou ainda dividem área física com as SMS.

Nestes municípios a DPOC, as doenças cerebrovasculares e o diabetes são responsáveis por uma em cada dez internações. A adoção de intervenções-chave para reduzir ICSAPs como cuidado primário preventivo, diagnóstico precoce e efetividade do cuidado clínico reduziriam em 50% estas internações (26), isto sem considerar o impacto sobre custos das internações (16;27). Neste sentido seria importante avaliar a situação destes municípios quanto ao pacto pela redução da mortalidade materna e infantil e o cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio para área da saúde (OMS).

A grande proporção de ICSAPs, nestes municípios, pode ser um dos resultados desta inconsistência entre o modelo normativo adotado (ESF) e o efetivamente posto em prática (pronto atendimento). Quanto a isto, é necessário avaliar resultado de estudo que sugere que quanto maior a presença de leitos hospitalares, quanto maior é a razão de internações por habitante por município e a existência de hospitais em pequenos municípios, maiores são as proporções de ICSAP(34).

Além disto, a presença da SMS, surpreendentemente, está associada com baixo reconhecimento das necessidades epidemiológicas da população como é o caso das ICSAPs e das demandas por assistência em serviços de APS. Valor das ICSAPs muito mais elevado do que encontrado em estudos nacionais e internacionais (16;20;25;27;28). Outros indicadores para avaliar a APS devem ser considerados neste sentido: Indicadores de estrutura, de processos e de satisfação da

população são potenciais bons descritores do desempenho da APS.

O vínculo empregatício nos municípios do grupo 1 é fundamentalmente a contratação temporária, que, por um lado possibilita o pagamento de maiores vencimentos, por outro, determina que nestes municípios a imensa maioria busque outros vínculos (locais de trabalho) e a média da carga horária semanal de trabalho seja superior a 60 horas. Deve ser pontuado que médicos que se consideravam satisfeitos com seu salário tinham concordância inferior a 0,200.

De outra forma, nos municípios com mais de 20.000 habitantes, onde menos da metade dos profissionais apresentam vínculos precarizados (contratação por cooperativas e contratos temporários), apenas um quinto dos médicos trabalham em dois ou mais locais, além da ESF. Por consequência, a média da carga horária semanal de trabalho é significativamente menor ( $p < 0,05$ ) quando comparado aos outros dois grupos de municípios.

Para a construção de um programa de EPS, o método Delphi demonstrou ser ferramenta adequada (10;12) para captação das necessidades expressadas através de indicadores de saúde. A concordância entre a opinião dos "Experts" em APS e a relação de Internações por CSAPs mais freqüentes de todo o estado do Rio Grande do Sul foi considerada boa com um índice Kappa de 0,671, destoando do Kappa médio encontrado entre as necessidades referidas pelos profissionais da ESF dos municípios do TelessaúdeRS e a proporção por ICSAPs de seus municípios (kappa = 0,08). No entanto, os médicos em geral apresentaram maior concordância com os temas elencados pelo subgrupo de profissionais médicos da ESF participantes do estudo Delphi (Kappa médio=0,214).

A análise destas informações lança importante questionamento sobre qual das necessidades elencadas por

Grant (5), devem ser a base para a construção de programas de EPS: necessidades referidas pelos profissionais, necessidades expressadas pelas ações e indicadores, ou as necessidades normativas construídas por experts em APS. Da mesma forma, estas informações apontam a necessidade de desenvolvimento de competência cultural e do uso na EPS da *Knowledge translation* para aplicação de referências, baseando-se para isto, no contexto dos serviços e dos profissionais.

Os achados sugerem também que os profissionais não identificaram como necessidade de EPS, o resultado direto do seu processo de trabalho: o conjunto de condições sensíveis à APS. No entanto, os médicos com formação em MFC, ou com pós-graduação na área de APS tiveram maior concordância com o consenso desenvolvido no Delphi.

A proporção de médicos com titulação ou residência em MFC foi de apenas 13% nos municípios, e 22% de especialistas em Saúde da Família, proporções menores que os 27% observados em estudos nacionais (22), indicam a necessidade de se discutir o processo de formação e educação permanente das equipes da ESF (1), o desenvolvimento da Universidade Aberta do SUS, o redimensionamento da vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e outras estratégias que promovam a melhora do desempenho clínico.

As necessidades referidas pelos profissionais em muito se assemelharam com listas de conteúdos de outros países e de estudos nacionais (10;29;30), no entanto, grande destaque deve ser dado a posição que os temas relacionados à área de saúde mental assumiram. Os profissionais pontuaram problemas em saúde como o abuso de álcool e outras drogas, a depressão e outros transtornos de humor, as psicoses, as demências como temas freqüentes e de relevância para EPS. É necessário contextualizar que a área de Saúde Mental não foi considerada, para a realidade do Sistema de Saúde do país,

como uma "condição sensível ao conjunto de ações desenvolvidas em APS". A inexistência de Sistema de Informação em Saúde exclusivo para a área de Saúde Mental, ou que forneça informações qualificadas é outro ponto a ser implementado com base nos achados.

Dado a magnitude da prevalência dos agravos em Saúde Mental, a edição da portaria nº 154 se constitui como um meio de incluir na equipe da ESF profissionais da área de saúde mental como psiquiatras e psicólogos para apoio matricial, desenvolvimento de assistência clínica e de ações de promoção e prevenção no âmbito individual e coletivo. A inclusão pela maioria dos profissionais médicos destes temas como prioritários para a EPS ratificam a importância estratégica deste ato normativo. De outra forma, os resultados sugerem limitação de aspectos pedagógicos e curriculares quanto a abordagem dos agravos em Saúde Mental nas graduações em Medicina.

É necessário ponderar também que os temas associados aos problemas respiratórios foram listados numa proporção muito menor como tema da EPS (31). A pneumonia bacteriana, responsável por até um quarto do total das ICSAPs, foi apenas o 47º tema mais solicitado pelos médicos participantes da pesquisa. No entanto, a grande maioria dos "experts" do estudo Delphi concluiu pela inclusão do tema como de alta importância dentro de um programa de EPS. Este fato exemplifica um padrão: de que muitas das demandas mais frequentes em serviços de APS (21), em geral, não foram referidas como necessidades de EPS pelos profissionais médicos da ESF.

Uma das limitações do estudo está relacionada ao tamanho da população em estudo, o que inviabiliza o uso de determinadas técnicas estatísticas como algumas estratificações. O projeto Telessaúde, base para a pesquisa

em questão, encontra-se em franca expansão através da adesão de novo grupo de municípios. Atualmente o número de municípios habilitados já é de 43 e chegará ainda em 2009 à mais de 70. Eventuais variáveis que apresentaram tendência a associação, podem neste contexto de ampliação da população passar a ter poder suficiente para verificar outras associações. É necessário ponderar também que a criação de grupos de maior ou menor concordância foram arbitrários, e mesmo que discriminem dois grupos, ambos apresentaram índices Kappa que apontam para pequena concordância.

Em se tratando de formulário auto preenchido, a livre interpretação do conteúdo das questões em alguma medida pode se constituir em viés de aferição. A forma de coleta das necessidades percebidas pelos profissionais não se constitui como melhor método de escolha, mas em método viável dado a logística do Projeto Telessaúde (32). Além disto, a coleta das informações junto a capacitação de profissionais dos municípios que aderiram ao Projeto TelessaúdeRS pode gerar duas distorções: a indução de necessidades referidas maiores que as reais com objetivo de garantir a continuidade do projeto, ou o contrário, demonstrando a auto-suficiência dos profissionais em comparação aos demais.

Outra considerável limitação do estudo foi não avaliar as necessidades espontâneas referidas pelos profissionais, haja vista que se tratava de instrumento fechado.

Embora a visão dos profissionais sobre as necessidades em EPS tenha sido avaliada por este estudo, a posição de gestores e da população sob responsabilidade das equipes da ESF deve ser pesquisada e considerada na construção de políticas nesta área. Instrumentos como a triangulação e outros métodos qualitativos como grupos focais aprofundariam forneceria maiores subsídios para discussão.



O uso do método Delphi incluindo a participação, como principal grupo, de profissionais médicos de família e comunidade de serviços de APS deve ser considerado dentro do contexto de definições de políticas de Educação Permanente em Saúde. As Interações por Condições Sensíveis à APS devem ser consideradas como indicador de resolutividade e de qualidade da assistência e constituir-se, também, em uma das linhas mestras deste processo. Dado a heterogeneidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família, os aspectos estruturais das Unidades de Saúde, de organização do Sistema Municipal de Saúde e as relações trabalhistas devem ser pauta de discussão quanto à formação e desenvolvimento profissional para APS, caso se objetive realmente aumentar a efetividade da APS.

De outra forma é necessário considerar que as necessidades referidas e expressadas, foco de programas de EPS, devem contemplar os problemas de saúde relacionados como necessidades em EPS percebidas pelos profissionais e também as necessidades expressadas pelos indicadores de saúde da comunidade. As estratégias em EPS devem promover a aquisição de competências, abordando aspectos tanto do campo de atuação do profissional médico, como de seu núcleo, pontos já pormenorizados na Política Nacional de Atenção Básica(33).

Considerando que os profissionais não possuem a adequada formação para atuar em APS, a relação entre as 3 modalidades de necessidades de EPS descritas por Grant(5), avaliadas neste estudo, demonstram que é necessário não só considerar para a política de EPS as necessidades percebidas dos profissionais, mas também ponderar as "outras" necessidades (de saúde da população e as verificadas por "Expertos" na área de APS). Esta estratégia de EPS deve buscar amenizar as distorções causadas pelo viés de formação hospitalar e de focalização em sub-especialidades médicas (especialidades

focais), comum entre os profissionais que atuam na APS no Brasil.

O reconhecimento das necessidades em saúde da população sob responsabilidade da equipe de saúde deve ser ponto de partida do planejamento e programação em saúde, com suporte de estratégias de EPS nesta identificação, dado a realidade de falta de profissionais médicos com formação adequada para atuar de forma efetiva em APS.

## **Bibliografia**

1. Campos FE, Belisário SA. The Family Healthcare Program and the challenges involved in training professionals and continuing education. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* 2001; 9:133-41.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med.* 2000;51(11):1611-25.
3. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Paniz VM, Siqueira FV. Use of outpatient services by the elderly in the South and Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(10):2267-78.
4. Escorel S, Giovanella L, Magalhaes de Mendonca MH, de Castro Maia SM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2-3):164-76.
5. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002; 324(7330):156-9.
6. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274(9):700-5.
7. Fraser J. How to plan, deliver and evaluate a training session. *Aust Fam Physician* 2004; 33(6):453-5.
8. Gercenshtein L, Fogelman Y, Yaphe J. Increasing the satisfaction of general practitioners with continuing medical education programs: a method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction. *BMC Fam Pract* 2002; 3:15.
9. MacFarlane A, Harrison R, Murray E, Berlin A, Wallace P. A qualitative study of the educational potential of joint teleconsultations at the primary-secondary care interface. *J Telemed Telecare* 2006; 12 Suppl 1:22-4.

10. Maiburg BH, Rethans JJ, van Ree JW. GPs' needs for practice-oriented nutrition education; a Delphi study among Dutch GPs. *Fam Pract* 2004; 21(4):425-8.
11. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002; 288(9):1057-60.
12. Simo MJ, Garcia AM. Factors related with the family y physician work's effectiveness and efficiency: a Delphi study in the province of Alicante. *Gac Sanit* 1999; 13(4):282-91.
13. Smits PB, Verbeek JH, de Buissonje CD. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002 Jan 19; 324(7330):153-6.
14. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246-51.
15. Afonso Sanchez JL, Sentis VJ, Blasco PS, Martinez M, I. Characteristics of avoidable hospitalization in Spain. *Med Clin* 2004 May 8;122(17):653-8.
16. Alfradique M, Mendes E. As Internações por condições sensíveis à Atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte: Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais; 2002.
17. Cloutier-Fisher D, Penning MJ, Zheng C, Druyts EB. The devil is in the details: trends in avoidable hospitalization rates by geography in British
18. Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factors associated with hospitalization for ambulatory care sensitive conditions in municipalities. *Gac Sanit* 2003; 17(5):360-7.
19. Brasil. Ministério da Saúde; Portaria Ministerial nº 221. Institui a lista de Internações por Condições Sensíveis à APS. Brasília; 2008.

20. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:134.
21. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Núcleo de Epidemiologia. Estudo da demanda ambulatorial 2002. Porto Alegre (RS); 2002.
22. Canesqui AM, Spinelli MA. Family health in Mato Grosso State, Brazil: profile and assessment by physicians and nurses. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1881-92.
23. Charqueadas. Prefeitura Municipal de Charqueadas Edital nº03 2008. Porto Alegre: Fundatec; 2008.
24. Marau. Prefeitura Municipal de Marau. Edital de Concurso Público nº25 2008. Porto Alegre: Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Rio Grande do Sul; 2008.
25. Perpetuo I, Wong L. Atenção Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. *Jornal do XII Seminário sobre a Economia Mineira* 2007; 1-14.
26. Valenzuela Lopez MI, Gaston Morata JL, Melguizo JM, Valenzuela Lopez MM, Bueno CA. To identify primary care interventions that reduce hospitalisation of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2007; 39(10):525-32.
27. Costa JS, de Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Quality of primary care as measured by preventable hospitalizations in the South of Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1699-707.
28. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:42.
29. Cogdill KW. Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *J Med Libr Assoc* 2003; 91(2):203-15.

30. Ebell MH, White L. What is the best way to gather clinical questions from physicians? *J Med Libr Assoc* 2003;91(3):364-6
31. Farah B, Teixeira M. Educação permanente em saúde: uma experiência bem sucedida na integração ensino-serviço-comunidade. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF; 2006.
32. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van HR, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006 Sep 6;296(9):1094-102.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 648 de 2006. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília; 2008.
34. Fontanive PVN, Kolling JH, Harzheim E, Castro Filho ED. Internações por Condições Sensíveis à APS de Municípios participantes do Projeto TelessaúdeRS. Comunicação Coordenada apresentada no XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia. Porto Alegre; 2008

**Tabela 1: Distribuição das características dos profissionais médicos e dos serviços de saúde de 32 municípios do Projeto Telessaúde RS, Porto Alegre, 2008.**

Variáveis	Municípios até 7.000 habitantes n=11	Municípios entre 7 e 20.000 habitantes n=15	Municípios com mais de 20.000 habitantes n=6
	Média (dp)/%	Média (dp)/%	Média (dp)/%
<b>Características dos profissionais</b>	<b>n=31</b>	<b>n=35</b>	<b>n=33</b>
Idade (anos)	38 (11,97)	41(14,17)	36(12,6)
Sexo			
Masculino	77,4%	76,2%	60,6%
Feminino	22,6%	32,8%	39,4%
Tempo de formado (anos)	12,1 (11,7)	15,2 (12,3)	9,4(7,87)
Tipo de Instituição de Graduação			
Pública	62,1 %	62,5%	48,5%
Privada	37,9 %	37,5%	51,5%
Especialista em qualquer área médica			
Sim	44,8%	50 %	66,7%
Não	55,2 %	50 %	33,3%
Residência em Medicina de Família (MFC)			
Sim	-	2,4 %	39,4 %
Não	100%	97,6%	60,6%
Residência em Ginecologia			
Sim	3,2%	9,5 %	6,1%
Não	96,8%	90,5 %	93,9%
Residência em Pediatria			
Sim	3,2%	2,4%	-
Não	96,8%	97,6%	100%
Tempo que atua na ESF* (meses)	57 (47,4)	51 (40,6)	52 (51,7)
Tempo que atua no município (meses)	45 (50,3)	55(66,6)	34 (50,6)
Tempo que atua na atual USF# (meses)	43 (49,5)	33 (48,9)	25 (44,8)
Treinamento Introdutório ESF*			
Sim	75 %	53,3 %	60,9 %
Não	25 %	47,7 %	39,1 %
<b>Características dos serviços</b>			
Tipo de Unidade de Saúde			
Unidade Saúde da Família	30 %	57,5%	97 %
Unidade Mista (UBS tradicional) <sup>1</sup>	50 %	35,0%	3 %
Unidade Mista (Hospital) <sup>2</sup>	10 %	5,0%	-
Unidade Mista (PA) <sup>3</sup>	10 %	2,5%	-
Secretaria de Saúde na USF			
Sim	74,2 %	40,5 %	6,1 %
Não	25,8 %	59,5%	93,9 %
Vínculo empregatício			
Estatutário	13,8 %	12,5 %	42,4 %
CLT	6,9 %	47,5 %	18,2 %
Cooperativa	3,4 %	5,0 %	21,2 %
Contrato temporário	75,9 %	35,0%	18,2 %
Nº de locais de trabalho fora ESF			
Nenhum	13,8 %	17,5 %	37,5 %
1 local	44,8 %	47,5 %	40,6 %
2 locais	37,9 %	30,0%	18,8 %
Mais de 2 locais	3,4 %	5 %	3,1 %
Nº de consultas semanais no SF	109 (38,8)	126 (40,9)	119 (26,5)
<b>Carga horária total (horas)</b>	<b>61 (15,2)</b>	<b>55 (13,3)</b>	<b>50 (11,1)</b>

\*ESF – Estratégia Saúde da Família # USF- Unidade Saúde da Família

Tipo de Unidade de Saúde: 1- USF+ Unidade Básica Tradicional 2- USF + Hospital 3- USF + Pronto Atendimento

**Tabela 2: Proporção de internações por CSAP na média da série histórica 2005-2007 por causas nos 32 municípios do Projeto Telessaúde RS de acordo com o porte populacional, Porto Alegre, 2008.**

Variáveis	Municípios até 7.000 habitantes	Municípios entre 7 e 20.000 habitantes	Municípios com mais de 20.000 habitantes	Estado do Rio Grande do Sul
	n /%	n/%	n/%	média/%
Relação de Condições Sensíveis à APS	n=16	n=12	n=4	n=496
Pneumonias Bacterianas	709 (9,84%)	1323 (11,31%)	515 (6,87%)	47.348 (6,43%)
Insuficiência Cardíaca	345 (4,92%)	582 (4,98%)	387 (5,16%)	24.323 (3,30%)
Angina	129 (1,80%)	301 (2,57%)	196 (2,62%)	22.480 (3,05%)
Gastroenterites	173 (2,40%)	273 (2,34%)	187 (2,50%)	10.145 (1,38%)
Bronquite e DPOC	512 (7,11%)	834 (7,13%)	605 (8,08%)	35.505 (4,82%)
Asma	280 (3,89%)	309 (2,64%)	211 (2,82%)	16.540 (2,25%)
Diabetes	95 (1,32%)	184 (1,57%)	103 (1,37%)	11.255 (1,53%)
Hipertensão	66 (0,92%)	223 (1,90%)	76 (1,02%)	9.017 (1,22%)
Infecções do Rim e Trato urinário	151 (2,10%)	260 (2,33%)	188 (2,50%)	14.633 (1,99%)
Desidratação	60 (0,81%)	89 (0,74%)	75 (1,00%)	6.115 (0,88%)
D.Inflamatória Órgãos Pélvicos Femininos	19 (0,27%)	51 (0,44%)	13 (0,18%)	2.610 (0,35%)
Doenças da Genitália Feminina	26 (0,37%)	40 (0,34%)	41 (0,54%)	4250 (0,58%)
Desnutrição e Deficiências Nutricionais	85 (1,17%)	38 (0,32%)	33 (0,44%)	3.684 (0,50%)
Epilepsias	33 (0,46%)	88 (0,75%)	36 (0,48%)	4.569 (0,62%)
Infecções de Pele e Tecido Cutâneo	46 (0,63%)	81 (0,69%)	75 (1,00%)	7.440 (1,01%)
Anemia por Deficiência de Ferro	4 (0,06%)	10 (0,09%)	6 (0,08%)	1.090 (0,15%)
D. infecciosas Imunizáveis e Preveníveis	25 (0,34%)	51 (0,44%)	33 (0,44%)	3.710 (0,50%)
Infecções de ouvido, nariz e garganta	6 (0,08%)	9 (0,08%)	35 (0,47%)	802 (0,12%)
Doenças das Vias aéreas inferiores	27 (0,37%)	135(1,15%)	39 (0,52%)	4.284 (0,58%)
Úlceras Gastrointestinais	62 (0,86%)	97 (0,83%)	39 (0,52%)	3.513 (0,48%)
Doenças Cerebrovasculares	108 (1,49%)	174 (1,48%)	170 (2,27%)	16.125 (2,19%)
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	8 (0,12%)	18 (0,20%)	14 (0,18%)	7.831 (0,35%)
<b>Total</b>	2967 (40,4%)	5235 (44,97%)	3082 (40,15%)	198.706 (27,1%)



**Tabela 3: Necessidades em educação permanente percebidas pelos profissionais médicos de 32 municípios segundo proporção de inclusão como tema de EPS do Projeto Telessaúde RS, Porto Alegre, 2008.**

	<i>Relação de problemas</i>	<i>Proporção n/total (%)</i>	<i>Relação de problemas</i>	<i>Proporção n/total (%)</i>	
<b>Problemas de saúde percebidos muito assinalados como tema de EPS (ranqueados)</b>					
1º	Abuso de álcool e outras drogas	76/102 (74,5 %)	9º	Cardiopatas isquêmicas	47/102 (46,1 %)
2º	Depressão e outros transt do humor	64/102 (62,7 %)	10º	Doenças da tireóide	46/102 (45,1 %)
3º	Psicoses	59/102 (57,8 %)	11º	Transtorno da ansiedade	46/102 (45,1 %)
4º	Artralgia	55/102 (53,9%)	12º	Doenças Cerebrovasculares	45/102 (44,1 %)
5º	Demências	54/102 (52,9 %)	13º	Hanseníase	38/102 (37,3 %)
6º	Diabetes Mellito	50/102 (49,0 %)	14º	Dor Lombar	38/102 (37,3 %)
7º	AIDS/SIDA	48/102 (47,1 %)	15º	Violência	36/102 (35,3 %)
8º	Insuficiência cardíaca	47/102 (46,1%)	16º	Enfisema e DPOC	31/102 (34,3 %)
<b>Problemas de saúde percebidos moderadamente assinalados como tema de EPS (ranqueados)</b>					
17º	Epilepsias	35/102 (34,3 %)	24º	Hipertensão arterial sistêmica	28/102 (27,5 %)
18º	Obesidade	35/102 (34,2 %)	25º	Doenças sexualmente transmissíveis	21/102 (20,6%)
19º	Distúrbios do metabolismo lipídico	32/102 (31,4 %)	26º	Asma	21/102 (20,6 %)
20º	Cefaléias	32/102 (31,4 %)	27º	Tuberculose	21/102 (20,6 %)
21º	Menopausa e sint. climatério	31/102 (30,4 %)	28º	Amenorréia	20/102 (19,6 %)
22º	Orientação alimentar e nutric.	30/102 (29,4 %)	29º	Pré-natal	19/102 (18,6 %)
23º	Tabagismo	30/102 (29,4 %)	30º	Distúrbios do estômago e duodeno	17/102 (16,7 %)
<b>Problemas de saúde percebidos pouco assinalados como tema de EPS (ranqueados)</b>					
31º	Deficiências nutricionais	17/102 (16,7 %)	45º	Úlceras gastrointestinais	9/102 (8,8 %)
32º	Puericultura	16/102 (15,7 %)	46º	Desmame precoce	8/102 (7,8 %)
33º	Orientação sobre anticoncepção	16/102 (15,7%)	47º	Pneumonias bacterianas	8/102 (7,8 %)
34º	Dores abdominais	15/102 (14,7 %)	48º	Sinusite aguda e Crônica	6/102 (5,9 %)
35º	Imunizações	14/102 (13,7 %)	49º	Gastroenterite/Diarréia	5/102 (4,9 %)
36º	Infecções de pele e tec. subcut.	14/102 (13,7 %)	50º	CP de colo de útero	5/102 (4,9 %)
37º	Anemia	14/102 (13,7 %)	51º	Parasitoses	4/102 (3,9%)
38º	Causas prevalentes de cegueira	14/102 (13,7 %)	52º	Pediculose	3/102 (2,9 %)
39º	Doenças da genitália feminina	13/102 (12,7 %)	53º	Febre	3/102 (2,9 %)
40º	Dç. Inflam. dos órg. pélvicos fem.	13/102 (12,7 %)	54º	Desidratação	2/102 (2,0 %)
41º	Dermatite de contato	12/102 (11,8 %)	55º	Otite média aguda	1/102 (1%)
42º	Infecções das vias aéreas Sup.	10/102 (9,8 %)	56º	Cáries e Gengivites	-
43º	Infecções no rim e trat. urinário	9/102 (8,8 %)	57º	Amigdalite	-
44º	Neoplasia maligna do útero	9/102 (8,8 %)			

**Tabela 4: Resultado de Estudo Delphi das necessidades em Educação Permanente para profissionais médicos da APS no Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.**

<i>Relação de problemas</i>	<i>Rodada consenso</i>	<i>Consenso Delphi<sup>a</sup> (%)</i>	<i>Consenso subgrupo<sup>b</sup> profissionais médicos da ESF (%)</i>	<i>Likert (grau de importância/inclusão)<sup>d</sup></i>
Imunizações	3ª Rodada	Alto (93,9%)	Alta (90%)	A (Inclusão)
Demências	3ª Rodada	Alto (97%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
AIDS/SIDA	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Artralgia	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	B (Inclusão)
Depressão e outros transt do humor	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Diabetes Melito	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Doenças sexualmente transmissíveis	4ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Enfisema e DPOC	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Práticas Preventivas em Adultos	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Pré-natal	3ª Rodada	Alto (100%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Distúrbios do metabolismo lipídico	3ª Rodada	Alto (75,8%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Dç. Inflam. dos órg. pélvicos fem.	3ª Rodada	Alto (78,8%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Doenças da genitália feminina	3ª Rodada	Alto (78,8%)	Alto (90%)	A (Inclusão)
Orientação alimentar e nutric.	4ª Rodada	Alto (82,8%)	Médio (60%)	A (Inclusão)
Tonturas	4ª Rodada	Alto (82,8%)	Médio (60%)	A (Inclusão)
Desmame precoce	3ª Rodada	Alto (84,4%)	Alto (80%)	A (Inclusão)
Anemia	3ª Rodada	Alto (84,8%)	Baixo (50%)	B (Inclusão)
Transtorno da ansiedade	4ª Rodada	Alto (84,8%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Cefaléias	3ª Rodada	Alto (84,8%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Pequenos Procedimentos Cirurgicos	4ª Rodada	Alto (84,8%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Hanseníase	4ª Rodada	Alto (86,2%)	Alto (90%)	B (Exclusão)
Dor Lombar	3ª Rodada	Alto (87,9%)	Alto (80%)	A (Inclusão)
Orientação sobre anticoncepção	3ª Rodada	Alto (87,9%)	Alto (90%)	A (Inclusão)
Psicoses	4ª Rodada	Alto (89,7%)	Alto (80%)	A (Inclusão)
Pneumonias bacterianas	3ª Rodada	Alto (90,9%)	Médio (70%)	A (Inclusão)
Epilepsias	5ª Rodada	Alto (90,9%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Doenças Cerebrovasculares	4ª Rodada	Alto (93,1%)	Alto (90%)	A (Inclusão)
Tabagismo	3ª Rodada	Alto (93,9%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Violência	3ª Rodada	Alto (93,9%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Obesidade	5ª Rodada	Alto (96,2%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Doenças de Notificação Compulsória	5ª Rodada	Alto (96,6%)	Alto (Médio)	A (Inclusão)
CP de colo de útero	4ª Rodada	Alto (96,9%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Neoplasia maligna do útero	3ª Rodada	Alto (96,9%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Abuso de álcool e outras drogas	3ª Rodada	Alto (97%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Asma	3ª Rodada	Alto (97%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Cardiopatias isquêmicas	3ª Rodada	Alto (97%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Insuficiência cardíaca	3ª Rodada	Alto (97%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Hipertensão arterial sistêmica	3ª Rodada	Alto (97,0%)	Alto (90%)	A (Inclusão)
Puericultura	3ª Rodada	Alto (97,0%)	Alto (100%)	A (Inclusão)
Tuberculose	3ª Rodada	Alto (97,0%)	Alto (90%)	A (Inclusão)
Infecções no rim e trat. urinário	3ª Rodada	Médio (63,6%)	Baixo (30%)	B (Exclusão)
Deficiências nutricionais	4ª Rodada	Médio (65,5%)	Baixo (30%)	B (Exclusão)
Dermatite de contato	4ª Rodada	Médio (65,5%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Parasitoses	5ª Rodada	Médio (65,5%)	Baixo (30%)	B (Exclusão)
Pediculose	5ª Rodada	Médio (65,5%)	Baixo (30%)	B (Exclusão)
Dores abdominais	3ª Rodada	Médio (66,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Infecções de pele e tec. subcut.	3ª Rodada	Médio (66,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Amenorréia	3ª Rodada	Médio (69,7%)	Médio (60%)	B (Exclusão)
Distúrbios do estômago esôfago e duodeno	3ª Rodada	Médio (69,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Feridas	4ª Rodada	Médio (69,7%)	Baixo (20%)	B (Exclusão)
Gastroenterite/Diarréia	3ª Rodada	Médio (69,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Úlceras gastrointestinais	3ª Rodada	Médio (69,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Amigdalite	4ª Rodada	Médio (72,4%)	Baixo (50%)	B (Exclusão)
Infecções das vias aéreas Sup.	4ª Rodada	Médio (72,4%)	Baixo (50%)	B (Exclusão)
Otite média aguda	4ª Rodada	Médio (72,4%)	Baixo (50%)	B (Exclusão)
Sinusite aguda e Crônica	4ª Rodada	Médio (72,4%)	Baixo (50%)	B (Exclusão)
Menopausa e sint. climatério	3ª Rodada	Médio (72,7%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)
Cáries e Gengivites	3ª Rodada	Médio (74,8%)	Médio (70%)	B (Exclusão)
Febre	3ª Rodada	Baixo (51,5%)	Baixo (20%)	C (Exclusão)
<b>Desidratação</b>	3ª Rodada	Baixo (57%)	Baixo (40%)	B (Exclusão)

<sup>a</sup> Delphi de todos os subgrupos (Responsáveis pela política de EPS, realizadores de EPS e profissionais), estratificação do grau de consenso: Alto (100-75%), Médio (74,9 a 60%) e Baixo (valores inferiores a 60%).

<sup>b</sup> Subgrupo de profissionais que são alvo da EPS ( Médicos com Residência, com especialização e sem pós-graduação).

<sup>c</sup> Escala Likert de 3 pontos (grau de importância como tema de programa de educação permanente): A- Certamente importante; B- Possivelmente importante; C-Certamente não importante; Status (inclusão/exclusão)

<sup>d</sup> Para inclusão se definiu como critério apenas os problemas em saúde com alto grau de consenso (75% ou mais).

**Tabela 5: Concordância entre as necessidades percebidas pelos profissionais da ESF dos municípios do TelessaúdeRS com o Estudo Delphi (geral e subgrupo profissionais médicos da ESF) e com a avaliação da lista de Internações por Condições Sensíveis à APS para cada município do TelessaúdeRS, Porto Alegre, 2008.**

<i>Padrões para comparação</i>	<i>Concordância Kappa</i>	<i>Proporção de Concordância</i>	<i>Proporção de Concordância Positiva (PPA)</i>	Estatística J Youden's
	Média (DP) Intervalo (Mín-Máx) Proporção de concordantes (Kappa >0,4)	Média (DP) Intervalo (Mín-Máx)	Média (DP) Intervalo (Mín-Máx)	Média (DP) Intervalo (Mín-Máx)
<b>Delphi</b>	0,163 (0,101) Int. (-0,109/0,422) 1,03%	0,520 (0,070) Int. (0,390/0,720)	0,438 (0,146) Int. (0,105/0,757)	0,277 (0,125) Int. (0,015/0,51)
<b>Delphi (subgrupo de profissionais médicos da ESF do estudo Delphi)</b>	0,214 (0,111) Int. (-0,046/0,500) 1,98%	0,62 ( 0,05) Int (0,49/0,75)	0,44 (0,14) Int. (0,13 -0,70)	0,31 (0,15) Int. (-0,06/0,60)
ICSAP (75% mais freqüentes)*	0,082 (0,189) Int. (-0,321/0,500) 6,45%	0,68 (0,10) Int.(0,09/0,88)	0,26 (0,19) Int. (0,00/0,63)	0,09 (0,28) -Int. (-0,70/0,86)

\* Para verificar a concordância Kappa, proporções de concordâncias e estatística J de Youden's foi confrontada as necessidades percebidas baseadas em problemas de saúde de cada profissional com os 75% de ICSAPS mais freqüentes do município onde este mesmo profissional atua.

**Tabela 6: Análise Univariada pelo teste de qui-quadrado de preditores entre os grupos de maior ou menor concordância com as necessidades percebidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do TelessaúdeRS com o Estudo Delphi, Porto Alegre, 2008.**

Variáveis predictoras	Grupos de concordância (kappa)		Modelo Univariado (Teste Qui-quadrado)		
	Menor (kappa <0,20)	Maior (kappa >0,199)	Qui-quadrado	p	
Idade	< 31 anos	43,3%	28,1%	2,104	0,109
	31 anos ou mais	56,7%	71,9%		
Sexo	Masculino	77,6%	59,4%	3,51	0,05*
	Feminino	22,4%	40,6%		
Tempo de formado	< de 6 anos	81,8%	18,2%	4,525	0,027*
	6 anos ou + de formado	60,6%	39,4%		
Tipo de Graduação	Pública	67,9%	32,1%	0,02	0,999
	Privada	67,7%	32,6%		
Especial./Residência APS	Sim	50,0%	50,0%	4,55	0,032*
	Não	73,3%	26,7%		
Pós-Graduação	Sim	61,5%	38,5%	1,887	0,123
	Não	74,5%	25,5%		
Residência/Titulação MFC	Sim	30,8%	69,2%	9,319	0,002*
	Não	73,3%	26,7%		
Sites de bibliotecas virtuais	Sim	60,8%	38,2%	8,554	0,002*
	Não	95,0%	5,0%		
Grupos de estudo com colegas	Sim	33,3%	66,7%	3,444	0,084**
	Não	69,9%	30,1%		
Tempo na USF	mais de 33 meses	56,3%	43,8%	2,888	0,072**
	menos de 33 meses	73,4%	26,6%		
Treinamento Introdutório	Sim	69,0%	31,0%	0,170	0,780
	Não	73,9%	26,1%		
Pronto atendimento	Sim	80,0%	20,0%	1,572	0,163
	Não	65,4%	34,6%		
SMS na US	Sim	82,9%	17,1%	7,44	0,05*
	Não	56,9%	43,1%		
Tipo de Vínculo	Estatutário	52,4%	47,6%	3,784	0,286
	CLT	70,4%	29,6%		
	Cooperativa	60,0%	40,0%		
	Contrato temporário	75,6%	24,4%		
Nº de locais de trabalho	nenhum	56,5%	43,5%	2,068	0,356
	1 local	70,5%	29,5%		
	2 ou mais locais	74,2%	25,8%		
Tipo de Unidade	USF	60,9%	39,1%	5,359	0,147
	Mista (USF+UBS)	75%	25%		
	Mista (USF+PA/Hospital)	100%	0%		
Nº de consultas semanais	< 100	74,4%	25,6%	1,314	0,279
	>100	63,3%	36,7%		
Carqa horária total	< de 50 horas	55,2%	44,8%	2,932	0,071**
	> de 50 horas	72,9%	27,1%		
Deixar de trabal. Município	Sim	93,3%	6,7%	6,779	0,034*
	Não	58,5%	41,5%		
Satisfação Coordenação	Alta	70,8%	29,2%	1,847	0,134
	Baixa	56,0%	44,0%		
Satisfação Equipe	Alta	69,9%	30,1%	1,139	0,382
	Baixa	56,3%	43,8%		
Satisfação Sistema	Alta	72,3%	27,7%	1,855	0,184
	Baixa	58,8%	41,2%		
Satisfação Salário	Alta	76,5%	23,5%	4,025	0,036*
	Baixa	57,4%	42,6%		

**Tabela 7: Variáveis associadas ao grupo de maior concordância ( $Kappa > 0,2$ ) com relação ao Estudo Delphi - Modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Porto Alegre, 2008**

Variáveis Predictoras		Mod. Univariado (Regressão de Poisson Robusta)		Mod. Multivariado (Regressão de Poisson Robusta)		
		RP	P-valor	RP	P-valor	IC 95%
Sexo	Masculino	1	-	-	-	-
	Feminino	1,735	0,050*	1,264	0,477	0,662 – 2,41
Idade categ.	>31 anos	1	-	-	-	-
	< 31 anos	0,628	0,167**	0,902	0,793	0,419 – 1,943
Tipo de Graduação	Privada	1	-	-	-	-
	Pública	1,012	0,965	-	-	-
Pós-Graduação	Não	1	-	-	-	-
	Sim	1,248	0,371	-	-	-
Especialização Saúde Pública	Não	1	-	-	-	-
	Sim	0,500	0,456	-	-	-
Residência em MFC	Não	1	-	-	-	-
	Sim	2,588	0,000*	1,88	0,06**	0,973 – 3,664
Tempo ESF	<57 meses	1	-	-	-	-
	>57 meses	1,05	0,871	-	-	-
Tempo ESF mun.	< 44 meses	1	-	-	-	-
	>44 meses	1,04	0,879	-	-	-
Tempo na USF	<33 meses	1	-	-	-	-
	>33 meses	1,64	0,086**	1,686	0,209	0,746 – 3,810
Treinamento Introdutório	Não	1	-	-	-	-
	Sim	1,18	0,686	-	-	-
Pronto atendimento	Não	1	-	-	-	-
	Sim	0,5777	0,249	-	-	-
SMS na US	Não	1	-	-	-	-
	Sim	0,396	0,014*	0,490	0,112	0,203 – 1,182
Nº locais de trabalho	nenhum	1	-	-	-	-
	1 local	0,965	0,696	-	-	-
	2 ou mais locais	0,765	0,205	-	-	-
Tipo de Unidade	USF	1	-	-	-	-
	Mista (UBS/PA/Hosp)	0,715	0,074**	1,02	0,933	0,643 – 1,617
Nº de consultas semanais	>100	1	-	-	-	-
	<100	0,699	0,268	-	-	-
Carga horária total	>50 horas	1	-	-	-	-
	< 50 horas	1,651	0,079**	1,611	0,108	0,900 – 2,884
Satisfação Coordenação	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,663	0,160**	0,826	0,535	0,452 – 1,509
Satisfação Equipe	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,688	0,259	-	-	-
Satisfação Comunidade	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,655	0,218	-	-	-
Satisfação Trabalho	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,874	0,717	-	-	-
Satisfação Sistema	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,672	0,169**	0,876	0,660	0,485 – 1,581
Satisfação com o Salário	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	0,430	0,05*	0,497	0,014*	0,279 – 0,864
Satisfação Vínculo	Baixa	1	-	-	-	-
	Alta	1,10	0,749	-	-	-

\* Valor p de significância < 0,05    \*\* Valor p de significância < 0,2 seleção para modelo multivariado

A ser enviado ao Comitê de Avaliação da Elsevier (Barcelona, Espanha), Revista Atención Primaria - Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho as necessidades em educação permanente foram avaliadas sob vários aspectos, demonstrando aspectos importantes relacionados à falta de profissionais médicos com formação específica para atuar em APS. Esta avaliação mensurou a medida de concordância entre instrumentos de priorização de conteúdos para Educação Permanente em Saúde e a opinião dos profissionais médicos atuantes na ESF.

A formação e desenvolvimento das mais de 29.000 equipes da Estratégia Saúde da Família devem ter como base métodos que agreguem todos os atores envolvidos no processo de educação permanente: profissionais, gestores, docentes e preceptores, sociedades e associações profissionais e pesquisadores da área.

Estudos que contemplem a opinião espontânea dos profissionais, a opinião dos usuários e que associem outras metodologias de pesquisa, como o método de avaliação por triangulação, ou outros modelos de estudos qualitativos forneceriam novos pontos para discussão.

**ANEXOS**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
Mestrado e Doutorado**

Ramiro Barcelos, 2400-2º andar – CEP 90035-003-Porto Alegre-RS  
Fone: 3308.5620 – Fax. 3308.5621

---

**PROJETO DE PESQUISA**

**NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PERCEBIDAS POR  
PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE-RS**

Aluno: Paulo Vinícius Nascimento Fontanive  
Orientador: Dr. Erno Harzheim

**PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2007**

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS), após longo processo que se iniciou a partir da reforma sanitária, foi consagrada como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo se acelerou com o estímulo político-financeiro a um programa, num primeiro momento (Programa Saúde da Família – PSF), hoje considerado pelo Ministério da Saúde (MS) uma estratégia de reorganização da Atenção (1).

Seu rápido avanço na adesão dos municípios e também na cobertura populacional determinou que a Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), portaria nº 648 de 2006, obtivesse um aumento entre os anos de 2000 a 2008 na cobertura da população de 17,4% para mais de 48,9% (Setembro/08). Hoje, mais de 90 milhões de pessoas são acompanhadas pelas equipes da ESF.

Esta Rápida expansão da ESF aprofundou a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos quanto à formação para atuar nestes serviços, determinando que enorme contingente de profissionais médicos especialistas focais passasse a atuar na APS (1). Neste contexto, a qualidade do cuidado pode ser medida através de duas dimensões: acesso e efetividade (2). Se por um lado uma destas dimensões, o acesso, teve enorme avanço, de outro, a efetividade (do cuidado clínico e da relação profissional-usuário) tem sido questionada em alguns estudos sobre o impacto da ESF no país. Esta problemática desencadeou discussões quanto ao processo de formação e educação permanente das equipes (3).

Alguns condicionantes da qualidade do cuidado em saúde devem ser considerados: o volume de demanda por atenção primária (inverse care Law), diminuindo o tempo de consulta, e a proporção de médicos com “formação em APS” disponíveis em relação ao número de especialistas focais (4). Outros autores associam o maior número de especialistas focais per capita com maiores taxas de mortalidade, e que o melhor acesso a APS está relacionada com a redução do efeito da desigualdade socioeconômica sobre a saúde (5). Da mesma forma, os especialistas focais que mais atuam na APS são ginecologistas/obstetras, pediatras e profissionais de medicina interna. Nos Estados Unidos, estes profissionais representam mais da metade dos profissionais médicos em APS (6). Estudo realizado no Brasil, em Mato Grosso, verificou que menos de 27% dos médicos apresentam Residência ou especialização em Saúde da Família (7).

Inúmeros estudos apontam a relevância de uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da APS, mas também as falhas no seu desenvolvimento e os resultados limitados encontrados em sua implementação, tanto na mudança de conduta dos profissionais, quanto na mudança de indicadores de saúde da população sob responsabilidade das equipes (8-15).

A disponibilização de conteúdos construídos de forma descontextualizadas do cotidiano das equipes e as formas equivocadas de interação entre os profissionais são obstáculos a serem suplantados neste processo. Estudos têm relacionado as principais necessidades em EPS pelos profissionais a suas formas de aplicação demonstrando também resultados na mudança de conduta (16-18). Relatórios produzidos pelos pólos de educação permanente evidenciaram o subdimensionamento das ações governamentais neste sentido, apontando como saída o desenvolvimento de novos modelos e instrumentos.

Um importante indicador de resolubilidade da APS amplamente desenvolvido (19) e utilizado é a avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). As internações por condições sensíveis dizem respeito às hospitalizações por problemas de saúde e as complicações de agravos que, se devidamente assistidos no âmbito da APS, seriam evitadas (20). Para tal, é necessário considerar o “entorno/contexto”, ou seja, aspectos estruturais e conjunturais de cada sistema de saúde, além do perfil demográfico e epidemiológico da população.

Este indicador corresponde a um conjunto de agravos que deve ser alvo das ações de qualificação da assistência das equipes da Saúde da Família, e que, ao mesmo tempo, demonstra o grau de orientação do sistema de saúde para uma efetiva APS (21-24). Outro problema identificado é a falta de uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no planejamento das ações desenvolvidas em APS. Avaliação realizada em 702 municípios com ESF no Brasil demonstra que 40% das equipes não realizam diagnóstico comunitário dos principais problemas de saúde da população e apenas 15% usa o SIAB ou outro SIS como rotina (25). Isto tem sido considerado um nó crítico a ser resolvido dentro de uma política de educação permanente do Ministério da Saúde (MS).

Assim, dentro deste cenário de necessidade de qualificação e aumento da resolubilidade da ESF, o MS, através da portaria nº 35 de janeiro de 2007, criou o Projeto Telessaúde Brasil, com o objetivo de fornecer suporte por meio de teleassistência e teleeducação para as equipes da ESF. O objetivo deste projeto piloto é a avaliar a

intervenção “Telessaúde” sobre indicadores de saúde e de processo de trabalho das equipes, relacionando com o conjunto de ações desenvolvidas pelo projeto.

Com tudo isto, o presente estudo, parte dos estudos de linha de base do Projeto Telessaúde RS, tem como objetivo avaliar as necessidades em educação permanente dos profissionais da ESF dos municípios pertencentes ao Telessaúde RS através de inquérito direto e avaliando, de forma indireta as necessidades, indicadores e epidemiológico e opinião de expertos.

O inquérito junto aos profissionais das necessidades percebidas em EPS e a avaliação dos indicadores epidemiológicos municipais, ICSAP, e de resultado de Estudo Delphi sobre o tema, determinarão o grau de concordância entre as necessidades relacionadas pelos profissionais médicos em termos de EPS e as apontadas pela realidade epidemiológica e de saúde da população.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Avaliar as necessidades em Educação Permanente percebidas pelos profissionais médicos das equipes de Saúde da Família dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS e verificar sua concordância em relação a indicadores epidemiológicos e consenso de expertos.

### **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Identificar potenciais demandas de EPS para profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família através das ICSAP;
- Identificar potenciais demandas de EPS para profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família através de consenso de expertos;
- Verificar a concordância entre a situação dos indicadores epidemiológicos, de consenso de expertos e das necessidades em educação permanente em saúde percebidas dos profissionais médicos das equipes da ESF dos municípios;
- Identificar características no nível do profissional e do serviço que favorecem a maior concordância;

## MÉTODOS

### 2) **Delineamento do Estudo:** Estudo Transversal (a) e Estudo Delphi (b)

### 3) **População de Pesquisa:**

- a. Todos os profissionais médicos das Unidades Saúde da Família (USF) dos 32 municípios participantes do Projeto Telessaúde RS que consentirem em participar preenchendo o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo;
- b. Serão selecionados 36 profissionais que representam os seguintes grupos: Especialistas em APS (Graduação e Residência em APS e Sociedades), público alvo das ações de educação permanente na ESF (Médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), com especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública e sem titulação na área de APS) e responsáveis pela produção de conhecimento em APS, ou ordenadores das políticas de EPS (pesquisadores e gestores municipais e estaduais de APS).

### 4) **Amostragem:**

- a. A População amostral será todo o universo populacional dos profissionais médicos dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS:
  - i. Seleção da amostra: O estudo ocorrerá como parte de avaliação realizada pelo núcleo do Rio Grande do Sul do Projeto Telessaúde Brasil. Os municípios foram selecionados por critérios de inclusão, e após, foram ranqueados por critérios classificatórios. O número de municípios foi determinado pela “finitude” dos Kits de computador, câmera e outros disponíveis, até um total de 80 (equipamentos de telessaúde);
  - ii. Critérios de inclusão dos municípios:
    1. De acordo com o porte populacional: apenas municípios com menos de 100 mil habitantes foram selecionados;

2. Cobertura populacional da ESF: os municípios deveriam ter uma proporção de 70% ou mais;
  3. Rotatividade da Equipe: A razão média da rotatividade não deveria ser superior a dois profissionais (médico e enfermeiro) por Unidade da ESF por ano, baseado na série histórica de 2005-2007 (usando como referência a inativação dos profissionais no Sistema de Informações da Atenção Básica para o período).
- b.** Para o Estudo Delphi foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a seleção da amostra:
- i.** Professores de disciplinas com foco na APS de cursos de graduação em Medicina da UFRGS, ULBRA ou UFCSPA com experiência mínima de três anos;
  - ii.** Preceptores das Residências de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) e da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com pelo menos 3 anos na função;
  - iii.** A Sociedade convidada foi a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade através de seus representantes;
  - iv.** Os médicos, independentemente de sua formação, deviam ser de municípios com menos de 100.000 habitantes, com mais 50% de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e com baixa rotatividade dos profissionais de saúde não superior a dois profissionais por equipe/ano em junho de 2007. Os municípios participantes foram: Osório, São Luiz Gonzaga, Carazinho e Panambi.
  - v.** Os pesquisadores foram indicados por pessoas-chave nos Centros de Pesquisa Saúde Coletiva/Epidemiologia da ULBRA, UFPEL e

UFRGS. Os mesmos deviam ter produção científica na área de APS (produção de pelo menos 2 artigos na área, nos últimos 2 anos) ;

- vi. Os gestores municipais da APS foram os Coordenadores da ESF dos municípios de Osório, São Luiz Gonzaga, Carazinho e Panambi. Os Gestores estaduais foram profissionais médicos que atuam na Coordenação da ESF e na Coordenação de Avaliação e Monitoramento /PROESF da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;

#### **5) Estratégia de Coleta:**

- a. A Coleta será realizada durante capacitação dos profissionais de nível superior em Porto Alegre através de formulário estruturado com questões abertas (identificação, características de formação e dos serviços) e fechadas (características da assistência e das necessidades em educação permanente).

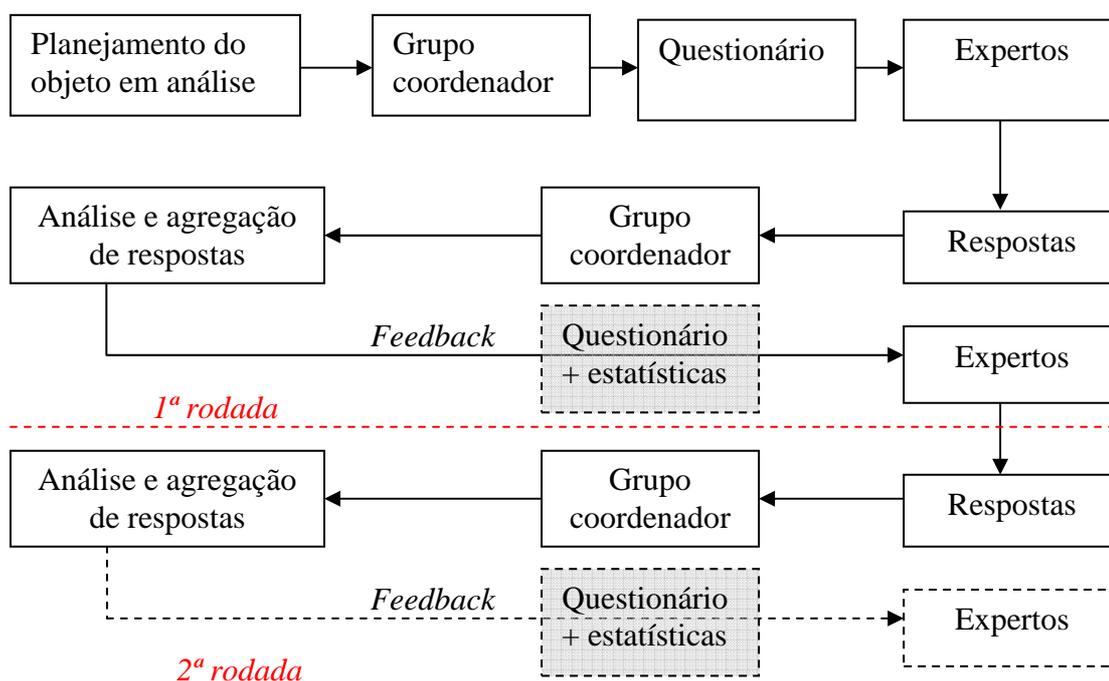
- i. Todos os profissionais de nível superior das USF dos municípios que aderiram ao projeto até junho de 2008 passaram por sensibilização e capacitação na utilização dos recursos do projeto. A aplicação do instrumento ocorreu durante o momento presencial de treinamento para manuseio e apresentação do Projeto Telessaúde RS entre os meses de Outubro de 2007 e maio de 2008. O tempo estimado para auto-aplicação do instrumento não foi superior a 20 minutos;
- ii. A coleta de dados secundários iniciou no mês de julho de 2007, considerando a série histórica dos últimos três anos. Os dados serão obtidos por meio das bases de dados disponíveis para os diferentes SIS pelo DATASUS;

- b. O estudo Delphi é um processo sistemático e iterativo que difere dos métodos coletivos de consenso com interação face a face por reduzir o efeito de contaminação entre os participantes e por realizar a



retroalimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de participação. Dado a estabilização na opinião dos participantes o estudo Delphi pode apresentar inúmeras rodadas.

- i. A coleta das informações de cada rodada de participação será de acordo com o fluxograma descrito abaixo:



- ii. O questionário elaborado pela coordenação do Delphi será enviado por meio eletrônico para cada um dos participantes selecionados que teve o prazo estabelecido em cronograma (10 a 15 dias entre cada rodada) para ser respondido e enviado por e-mail, fax, telefone do estudo. As respostas serão avaliadas e o questionário retornará para o participante sempre ao final de cada rodada (com a resposta do participante e a estatísticas gerais – mediana, média e desvio);
- iii. Neste momento se iniciará nova rodada de resposta ao questionário agora tendo como subsídio as informações do “coletivo” de participantes e as observações enviadas por participantes ou mesmo sugestões de inclusão de novos itens (sumarizadas e não identificadas);

- iv. A cada início de rodada poderão ser excluídas da lista de problemas alguns itens por alcançarem, já na rodada anterior, consenso sobre a inclusão do item ou não;
- v. A cada rodada as respostas dadas para cada problema tendem a se concentrar, diminuindo sua dispersão. O consenso, quanto à inclusão ou não do problema, ocorre quando esta oscilação diminuir. Ou seja, quando ocorrer pequeno número de mudanças de opinião quanto ao indicador entre uma duas rodadas.
- vi. Para a estabilização das respostas, definindo a inclusão ou não problema de saúde como tema prioritário, será realizado o seguinte cálculo: a variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas deverá ser inferior a 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade;
- vii. Para definir o número de rodadas de iteração do estudo se convencionará que a proporção de mudança na opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior a final, deverá ser inferior a 10% dos participantes.

#### 6) Variáveis:

- a. A relação de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) usada para análise estará em acordo com a produzida por estudo do Ministério da Saúde publicado na portaria nº 211. Os dados coletados para a análise serão extraídos do Sistema de Informações da Atenção Hospitalar (SIH) no período de 2004 a 2007, série histórica dos últimos três anos. O coeficiente de internação por CSAP médio por ano será estabelecido de acordo com a unidade de análise (municípios do Telessaúde RS) analisando para cada grupo de causas;
  - i. Será considerado como condição elegível à EPS, o conjunto de ICSAPs de maior magnitude (frequência) que correspondem a 50% do total de internações por condições sensíveis;



## PLANO DE ANÁLISE

Quanto à análise estatística serão realizados as seguintes operações e avaliações:

- a) Análises descritivas das necessidades percebidas em EPS, da proporção de internações por condições sensíveis e das características da população amostral;
- b) Teste de concordância Kappa(K), Proporção de Concordância, Proporção de Concordância Positiva e Estatística J de Youden's. O valor de Kappa determinará o grau de concordância entre as informações obtidas das três formas;
- c) Identificação de variáveis dos participantes associadas com a maior concordância;
- d) Identificação de associações entre as características profissionais (pós-graduação, tempo de formado, local de formação) com características dos serviços e as necessidades percebidas de educação permanente.

Para ajustar o modelo serão consideradas as variáveis no nível profissional: idade, sexo, anos de formado, tipo de unidade, tipo de vínculo empregatício, tipo de área de pós-graduação, presença de outros profissionais médicos atuando na mesma USF, número de profissionais médicos na equipe que não da USF, número de equipes numa mesma área física, grau de satisfação com a comunidade, com o coordenador, com a equipe, com o sistema de saúde, com o vínculo e com o salário municipal para ESF.

## QUESTÕES ÉTICAS

O projeto intitulado: “Avaliação do impacto de uma intervenção de Telessaúde sobre características assistências de serviços de Atenção Primária em Saúde/ Estratégia Saúde da Família no RS” tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os formulários somente serão respondidos por profissionais médicos que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**CRONOGRAMA**

ATIVIDADES	Jan-Fev 2008	Mar-Abr 2008	Mai-Jun 2008	Jul-Ago 2008	Set-Out 2008	Nov-Dez 2008
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	
Redação do projeto	Dez/2007					
Defesa do projeto	Dez/2007					
Conclusão da Coleta de Dados	X	X	X			
Limpeza dos bancos				X	X	
Análise dos dados				X	X	
Defesa preliminar						X
Redação do Artigo						X
Defesa Final						X

## RECURSOS NECESSÁRIOS

O financiamento do projeto é do Ministério da Saúde do Brasil que investiu R\$ 1.851.897,50, de 03/2007 a 03/2009 em cada Núcleo do Projeto do Telessaúde Brasil. Tal recurso se destina a compra dos kits de informática e demais equipamentos necessários (webcam, máquinas fotográficas digitais, mobiliário, computadores e monitores, entre outros periféricos), ao pagamento da equipe do Núcleo, ao pagamento dos teleconsultores e ao custeio do cotidiano do Projeto. Praticamente a totalidade da avaliação de linha de base dos municípios participantes está inserida no projeto nos moldes previstos nesta pesquisa, tendo seus custos já incluídos no Projeto.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul cedeu espaço físico e o uso de suas instalações como laboratório de informática e outras salas para o desenvolvimento do mesmo.

A Extensão deste projeto, que visa avaliar mais de 60 indicadores operacionais e epidemiológicos de Sistemas de Informações Públicos de bases de dados secundários e que cujo título é “Avaliação de linha de base do Projeto Telessaúde RS de indicadores selecionados”, teve seu orçamento aprovado e liberado através do edital universal MCT/CNPq nº15/2007, com o protocolo nº 478780/2007-9, com acesso em [HTTP://www.cnpq.br/editais/ct/2007/015.htm](http://www.cnpq.br/editais/ct/2007/015.htm)

## REFERÊNCIAS

- (1) Campos FE, Belisário SA. The Family Healthcare Program and the challenges involved in training professionals and continuing education. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* 2001 Aug 1; 9:133-41.
- (2) Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med.* 2000 Dec; 51(11):1611-25.
- (3) Escorel S, Giovanella L, Magalhaes de Mendonca MH, de Castro Maia SM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007 Feb; 21(2-3):164-76.
- (4) Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* 2004 Jun 11; 4(1):12.
- (5) Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999 Apr; 48(4): 275-84.
- (6) Fryer GE, Jr., Consoli R, Miyoshi TJ, Dovey SM, Phillips RL, Jr., Green LA. Specialist physicians providing primary care services in Colorado. *J Am Board Fam Pract* 2004 Mar; 17(2): 81-90.
- (7) Canesqui, AM; Spinelli, MAS, Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros/ Family health in Mato Grosso State, Brazil: profile and assessment by physicians and nurses. [Cad Saude Publica](#); 22(9): 1881-1892, set. 2006. tab
- (8) Maiburg BH, Rethans JJ, van Ree JW. GPs' needs for practice-oriented nutrition education; a Delphi study among Dutch GPs. *Fam Pract* 2004 Aug; 21(4): 425-8.
- (9) MacFarlane A, Harrison R, Murray E, Berlin A, Wallace P. A qualitative study of the educational potential of joint teleconsultations at the primary-secondary care interface. *J Telemed Telecare* 2006; 12 Suppl 1:22-4.



- (10) Gercenshtein L, Fogelman Y, Yaphe J. Increasing the satisfaction of general practitioners with continuing medical education programs: a method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction. *BMC Fam Pract* 2002 Aug 20; 3:15.
- (11) Fraser J. How to plan, deliver and evaluate a training session. *Aust Fam Physician* 2004 Jun; 33(6):453-5.
- (12) Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002 Sep 4; 288(9):1057-60.
- (13) Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995 Sep 6; 274(9): 700-5.
- (14) Smits PB, Verbeek JH, de Buissonje CD. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002 Jan 19; 324(7330): 153-6.
- (15) Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002 Jan 19; 324(7330): 156-9.
- (16) Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Fam Pract* 1999 Dec; 16(6): 627-32.
- (17) Murie J, Hanlon P, McEwen J, Russell E, Moir D, Gregan J. Needs assessment in primary care: general practitioners' perceptions and implications for the future. *Br J Gen Pract* 2000 Jan; 50(450): 17-20.
- (18) Myers P. The objective assessment of general practitioners' educational needs: an under-researched area? *Br J Gen Pract* 1999 Apr; 49(441): 303-7.
- (19) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004 Sep; 14(3): 246-51.
- (20) Perpetuo IHL, Wong LC. Atenção Hospitalar Por Condições Sensíveis À Atenção Ambulatorial (Csaa) E As Mudanças no seu padrão etário: Uma Análise Exploratória dos

dados de Minas Gerais. *Jornal do XII Seminário sobre a Economia Mineira* 2007 Jul 1; 1-14.

(21) Cloutier-Fisher D, Penning MJ, Zheng C, Druyts EB. The devil is in the details: trends in avoidable hospitalization rates by geography in British Columbia, 1990-2000. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 104.

(22) Afonso Sanchez JL, Sentis VJ, Blasco PS, Martinez M, I. Characteristics of avoidable hospitalization in Spain. *Med Clin (Barc)* 2004 May 8; 122(17): 653-8.

(23) Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factors associated with hospitalization for ambulatory care sensitive conditions in municipalities. *Gac Sanit* 2003 Sep; 17(5):360-7.

(24) Alfradique, M.E. & Mendes, E.V. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte, mimeo, 2002.

(25) Iracema B, Avaliação da Implantação do AMQ no Brasil Coordenação de Acompanhamento e Avaliação - CAA/DAB/MS. Acessado em 20/09/08 em <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/paginas/Apresentacoes.asp#sem3a>

(26) Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. IN: Duncan BB, Giugliani MI, Schimdt MI *Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária baseadas em Evidência*. Capítulo 6, p. 76 -87. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 07-402

**Versão do Projeto:** 01/11/2007

**Versão do TCLE:** 04/12/2007

**Pesquisadores:**

ERNO HARZHEIM

JOAO HENRIQUE GODINHO KOLLING

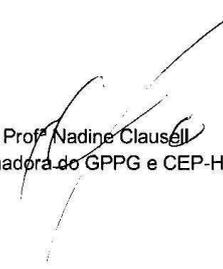
ENO DIAS DE CASTRO FILHO

PAULO VINICIUS NASCIMENTO FONTANIVE

**Título:** AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO DE TELESSAÚDE SOBRE CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2008.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa "Avaliação do impacto de uma intervenção de Telessaúde sobre características assistenciais de serviços de Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família no RS" (Avaliação do Impacto) faz parte do projeto-piloto "Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Primária à Saúde" (Telemática), que abrange 9 estados do Brasil, implementado pelo Ministério da Saúde. A pesquisa é uma avaliação do impacto de um serviço de telessaúde para equipes de Atenção Primária à Saúde em municípios do Rio Grande do Sul. Está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estender-se-á desde a adesão do município e aceite dos participantes até março de 2010.

O uso de um portal eletrônico e seus serviços, a percepção de necessidades educativas dos profissionais, o efeito e a satisfação com teleconsultorias e indicadores de saúde dos municípios serão avaliados pelo estudo. A participação do projeto de Telemática incluirá todos os profissionais das unidades dos municípios selecionados pelos critérios aprovados pela portaria 102/07 CIB/RS. Já na Avaliação do Impacto através dessa pesquisa específica, farão parte somente os profissionais de nível superior que o aceitarem livremente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para desenvolvimento do projeto de Telemática, haverá a implantação de Kits de telessaúde com computador, periféricos e acesso a internet em Unidades de APS. Serão oferecidas, por meio de um portal na internet, teleconsultorias on line, suporte assíncrono por email a dúvidas clínicas e também conteúdos de interesse para a atenção primária.

Sua participação nesta pesquisa se dará de duas formas: fazendo uso, conforme sua necessidade, das tecnologias de teleducação e de teleassistência disponíveis, e respondendo a questionários sobre diferentes dimensões do uso da teleconsultoria, sobre dados do participante, experiência prévia com a tecnologia e necessidades em educação continuada.

Não haverá suspensão dos serviços do projeto de Telemática em caso de recusa à participação nesta pesquisa de Avaliação do Impacto. Os profissionais de saúde que recusarem participar da pesquisa serão beneficiados pelo projeto de Telemática do mesmo modo que os que concordarem. A informação sobre a recusa não será divulgada ao empregador e o profissional poderá continuar participando do projeto, mas seus dados não serão utilizados neste estudo de avaliação do mesmo.

Todas as informações pessoais utilizadas pelo presente estudo não serão reveladas sem autorização expressa do participante, resguardando sua privacidade. A participação no estudo é voluntária e está garantido o direito ao abandono a qualquer momento sem qualquer restrição ou prejuízo ao participante.

Eu,....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para os fins científicos e administrativos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Profissional

Nome

Data

  
Assinatura do Pesquisador

ERNO HARZHEIM  
Nome

31/01/2008  
Data

Pesquisador Responsável: Erno Harzheim.

Para o contato com os pesquisador responsável e para esclarecer qualquer dúvida está disponível o seguinte número de telefone: (51) 33085373

G P P G - Recebido

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA

04 DEZ. 2007

# **ESTUDO DELPHI DAS NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS DO RIO GRANDE DO SUL**

---

## **APRESENTAÇÃO**

---

Caro Colega,

Estamos convidando-o a participar de estudo que identificará os problemas de saúde que devem ser abordados na educação permanente de profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Para alcançar este objetivo será utilizado um modelo de estudo que se denomina Delphi e que implicará em rodadas sucessivas de participação e reflexão sobre a importância de determinados problemas como tema/conteúdo de educação permanente.

Desejamos que esse estudo possa fomentar a discussão sobre a situação da política de educação permanente e demonstre ser um método ágil para estabelecer as prioridades para a mesma.

Obrigado por sua participação,

Bom trabalho,

Estudo Delphi

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
GRUPO DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ESTUDO DELPHI DAS NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PERMANENTE  
PARA PROFISSIONAIS DA APS DO RIO GRANDE DO SUL**

***Introdução:***

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde a um conjunto de ações que se constituem como o primeiro nível de atenção dentro de um sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pelo acesso de primeiro contato, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde. Podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (atributos da APS).

A APS é responsável pela resolução da maior parte dos problemas de saúde da população justamente por conter estas características. Estudos demonstram que cerca de 30 problemas em saúde podem corresponder a até 50% da demanda por assistência clínica em Atenção Primária.

A garantia do grau de resolutividade na APS dependerá, dentre outras coisas, de uma política de educação continuada/educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano do processo de trabalho, da gestão setorial e da condução gerencial das ações e serviços de saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

***Objetivos:***

O objetivo deste estudo é determinar, dentre a relação de problemas em saúde mais frequentes, quais seriam elegíveis para educação permanente de profissionais médicos considerando para tal, a magnitude do problema de saúde, transcendência e vulnerabilidade aos cuidados e as tecnologias duras e leves do contexto da prática em APS.

***Metodologia:***

Farão parte deste estudo experts na área de gestão, pesquisa e produção de conhecimento em APS e profissionais de serviços de APS (formação e assistência). Incluídos nesta lista encontram-se representantes de instituições de ensino (graduação, residências e outras pós-graduações), de gestores municipais e estaduais e de médicos da APS de vários municípios totalizando 32 participantes.

Os estudos Delphi são processos iterativos (repetitivos) onde experts selecionados devem emitir sua opinião em mais de uma ocasião até que por estabilização das respostas se chegue a um consenso sobre o grau de relevância dos problemas em saúde (aspectos conceituais no anexo 1). Como outra característica dos estudos Delphi, o anonimato (da resposta individual) evita a contaminação ou o efeito que alguns participantes poderiam exercer com suas

opiniões sobre os demais. Desta forma os experts selecionados não conhecerão seus pares e participarão de rodadas sucessivas de avaliação dos problemas em saúde (considerando para isto a vulnerabilidade, magnitude e transcendência dos problemas listados).

O feedback será fornecido a cada final de rodada para cada participante com as respostas estatísticas de grupo que compreendem: a mediana das repostas e o grau de consenso para cada um dos indicadores.

No estudo se permitirá a solicitação de informações adicionais por parte dos participantes sobre qualquer dos problemas em saúde listados e se permitirá a emissão de opiniões pessoais não identificadas como contribuição.

Para avaliar a relevância do tema para a educação permanente de profissionais de medicina (considerando a magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos problemas de saúde) se usará uma escala do tipo Likert com 5 classes.

*Subsídio para avaliação dos problemas de saúde*

**Magnitude de um problema de saúde-** corresponde ao grau e evolução de determinado agravo como prevalência, incidência, e que associa o fator tempo na sua qualificação.

**Transcendência de um problema de saúde-** entende-se como sendo o custo pessoal e social dos agravos à população, ou seja, atinência ao coletivo envolvido: tudo da relação saúde-doença-intervenção que passa a interferir diretamente nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais.

**Vulnerabilidade de um problema de saúde-** corresponde a quanto que a afecção pode ser controlada mediante aplicações de investimentos e de conhecimentos específicos; em outras palavras, o quanto de possibilidade existe para que se consiga bloquear sua evolução em patamares mais restritos e desejáveis, com adoção de medidas apropriadas.

## ANEXO Delphi

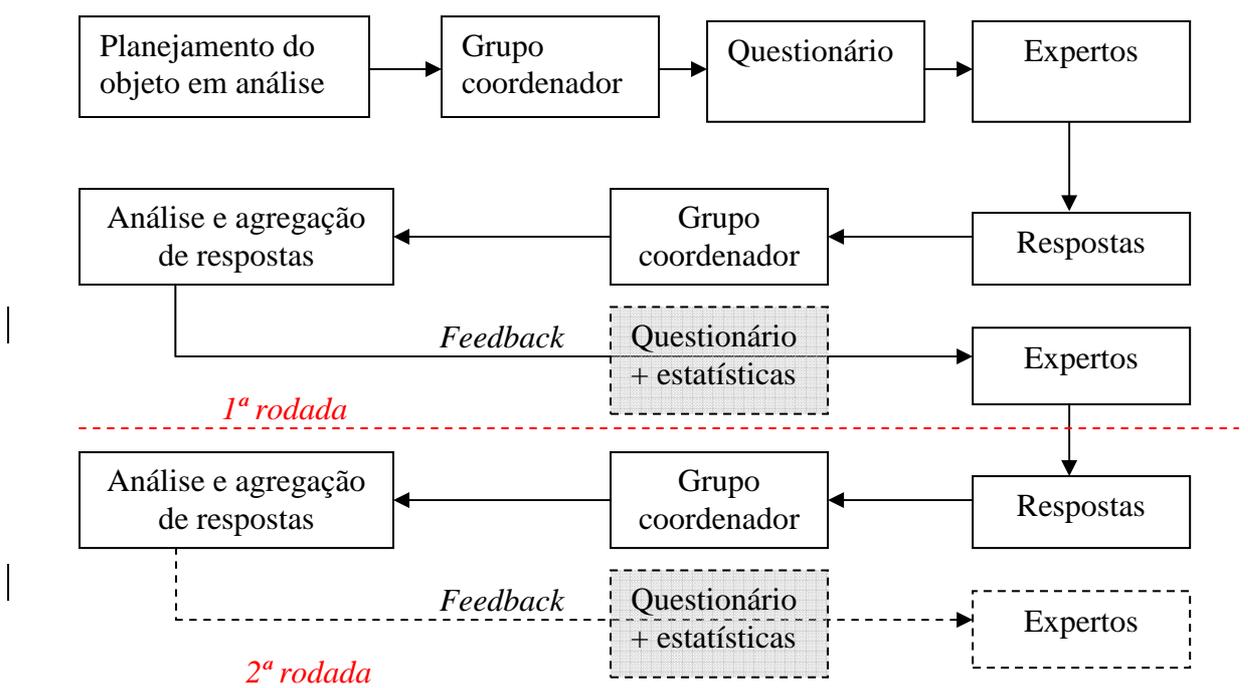
### História e origem do método:

O termo delphi deriva da cidade grega da antigüidade de “delpho”, conhecida pelos oráculos de Apolo que possuía a habilidade de predizer o futuro. Este método foi muito difundido na década de 70, sendo aplicado nos mais distintos campos de pesquisa e para o planejamento. O objetivo principal deste método é obter o consenso de opinião mais fidedigno de um grupo de “expertos”.

### O que é um estudo Delphi?

O estudo Delphi é um processo sistemático e iterativo que objetiva a obtenção de opiniões, ou mesmo consenso, de um grupo de “expertos”. Este processo difere dos métodos coletivos de consenso com interação face a face por reduzir o efeito de contaminação entre os participantes e por realizar a retroalimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de consenso.

### Como funciona?



O questionário elaborado pela coordenação do Delphi será enviado por meio eletrônico para cada um dos experts selecionados que terão o prazo estabelecido na Tabela Cronograma (anexo) para ser respondido e enviado por e-mail, fax, telefone do estudo. As respostas serão avaliadas e o questionário retornará para o expert sempre ao final de cada rodada (com a resposta do expert e a estatísticas gerais – mediana, média e desvio padrão).

Neste momento inicia-se novo round de resposta ao questionário agora tendo como subsídio as informações do “coletivo” de participantes e as



observações enviadas por participantes ou mesmo sugestões de inclusão de novos itens (sumarizadas e não identificadas). Neste momento podem ser excluídas da lista de problemas alguns itens por ter alcançado já na primeira rodada consenso sobre a inclusão do item ou não.

Vide exemplo

1ª rodada	2ª rodada	3ª rodada	4ª rodada
Impetigo	Impetigo	Impetigo <sup>#</sup>	
Vaginoses	Vaginoses	Vaginoses	Vaginoses
Hipertensão		Insuficiência cardíaca*	Insuficiência cardíaca <sup>#</sup>
Diabetes <sup>#</sup>			
Infecções respiratórias	Infecções respiratórias <sup>#</sup>		
Cefaléias	Cefaléias	Cefaléias	Cefaléias
Orientação familiar	Orientação familiar <sup>#</sup>		

\* item incluído na 3ª rodada...

# itens excluídos por consenso

### **Quando um problema de saúde é incluído ou excluído da lista de prioridades em educação permanente?**

A cada rodada as respostas dadas para cada problema tendem a se concentrar, diminuindo sua dispersão. O consenso, quanto à inclusão ou não do problema, ocorrerá quando esta oscilação diminuir. Ou seja, ocorrerem pequeno número de mudanças de opinião quanto ao indicador entre uma duas rodadas. Este cálculo será realizado pela coordenação do estudo.

### **Por que meios receberei o instrumento(questionário) ou poderei falar com os responsáveis pelo estudo Delphi?**

O contato com os participantes será realizado através de:

- E-mail (apsdelphi@gmail.com);
- Software de envio de mensagens instantâneas (Microsoft Messenger – MSN) apsdelphi@hotmail.com
- Telefone nº (51) 3308 5695 (Grupo de Pesquisa em APS);
- Fax para (51) 3308-5373;

### **Cronograma preliminar das rodadas do Estudo**

<b>Atividades</b>	<b>Tarefas</b>	<b>Data início</b>	<b>Data término</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Pré-requisitos</b>
Pré – Delphi	Contatos com participantes potenciais + relação de telefone e email	29/05/08	18/06/08	Tempo para elaboração da lista de contatos e escolha dos representantes por instituições	Ligações telefônicas e contatos com os facilitadores, os promotores e o alvo
1ª rodada	Envio do questionário	18/06/08	18/06/08	Envio da versão final + manual do Delphi Respostas por e-mail, FAX e por MSN + Sugestões e observações Recebimento e consolidação das informações	Versão final aprovada TCLE Checagem da lista para envio  Planilha para tabulação pronta
	Período resposta	18/06/08	25/06/08		
	Retorno análise	25/06/08	28/06/08		
2ª rodada	Envio do questionário	28/06/08	28/06/08	Envio da versão final com rodada passada Respostas por e-mail, FAX e por MSN + Sugestões e observações Recebimento e consolidação das informações	Relação com inclusão e exclusão de itens Checagem da lista para envio (contatos)  Planilha para tabulação pronta
	Período resposta	28/06/08	05/07/08		
	Retorno análise	05/07/08	08/07/08		
3ª rodada	Envio do questionário	08/07/08	08/07/08	Envio da versão final com rodada passada Respostas por e-mail, FAX e por MSN + Sugestões e observações Recebimento e consolidação das informações	Relação com inclusão e exclusão de itens Checagem da lista para envio (contatos)  Planilha para tabulação pronta
	Período resposta	08/07/08	15/07/08		
	Retorno análise	15/07/08	18/07/08		
4ª rodada	Envio do questionário	18/07/08	18/07/08	Envio da versão final com rodada passada Respostas por e-mail, FAX e por MSN + Sugestões e observações Relatório final de consenso	Relação com inclusão e exclusão de itens Checagem da lista para envio (contatos)  Envio para os contatos da relação final gerada pelo consenso
	Período resposta	18/07/08	25/07/08		
	Retorno Final	25/07/08	28/07/08		
<b>Demais rodadas para estabilização</b>					

<b>Relação de problemas de Saúde freqüentes</b>	<b>Incluir como problema</b>	<b>Não incluir como problema</b>	<b>CONSIDERANDO A MAGNITUDE VULNERABILIDADE E TRANSCENDÊNCIA DO PROBLEMA EM SAÚDE, AVALIE O GRAU DE IMPORTÂNCIA COMO TEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESF (rodada anterior)</b>						<b>Incluir como problema</b>	<b>Não incluir como problema</b>	<b>CONSIDERANDO A MAGNITUDE VULNERABILIDADE E TRANSCENDÊNCIA DO PROBLEMA EM SAÚDE, AVALIE O GRAU DE IMPORTÂNCIA COMO TEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESF (rodada atual)</b>			
			<b>1. Certamente importante</b>	<b>2. Importância moderada</b>	<b>3. Certamente não importante</b>	<b>Feedback</b>					<b>1. Certamente importante</b>	<b>3. Importância moderada</b>	<b>5. Certamente não importante</b>	
						<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio</b>						
Abuso de álcool e outras drogas	X	X	X	X	X	x	x	x						
Amenorréia	X	X	X	X	X	x	x	x						
Amigdalite	X	X	X	X	X	x	x	x						
Anemia	X	X	X	X	X	x	x	x						
Ansiedade	X	X	X	X	X	x	x	x						
Asma	X	X	X	X	X	x	x	x						
Cáries e Gengivites	X	X	X	X	X	x	x	x						
Cefaléias	X	X	X	X	X	x	x	x						
CP de colo de útero	X	X	X	X	X	x	x	x						
Deficiências nutricionais	X	X	X	X	X	x	x	x						
Depressão	X	X	X	X	X	x	x	x						
Dermatite de contato	X	X	X	X	X	x	x	x						
Desidratação	X	X	X	X	X	x	x	x						
Desmame precoce	X	X	X	X	X	x	x	x						
Desnutrição	X	X	X	X	X	x	x	x						

Diabetes melito	X	X	X	X	X	x	x	x						
Distúrbios do estômago e duodeno	X	X	X	X	X	x	x	x						
Distúrbios do metabolismo lipídico	X	X	X	X	X	x	x	x						
Doenças cerebrovasculares	X	X	X	X	X	x	x	x						
Doenças da genitália feminina	X	X	X	X	X	x	x	x						
Dor Lombar	X	X	X	X	X	x	x	x						
Dores abdominais	X	X	X	X	X	x	x	x						
Enfisema e DPOC	X	X	X	X	X	x	x	x						
Epilepsias	X	X	X	X	X	x	x	x						
Febre	X	X	X	X	X	x	x	x						
Gastrenterite, diarreia	X	X	X	X	X	x	x	x						
Hipertensão Arterial Sistêmica	X	X	X	X	X	x	x	x						
Imunizações	X	X	X	X	X	x	x	x						
Infecções agudas das vias áreas	X	X	X	X	X	x	x	x						
Infecções de pele e tecido	X	X	X	X	X	x	x	x						
Infecções do trato urinário	X	X	X	X	X	x	x	x						
Insuficiência cardíaca	X	X	X	X	X	x	x	x						
Menopausa e sintomas do	X	X	X	X	X	x	x	x						
Obesidade	X	X	X	X	X	x	x	x						
Orientação alimentar e nutricional	X	X	X	X	X	x	x	x						
Orientação sobre anticoncepção	X	X	X	X	X	x	x	x						
Otite média aguda	X	X	X	X	X	x	x	x						
Parasitoses	X	X	X	X	X	x	x	x						
Pediculose	X	X	X	X	X	x	x	x						
Pneumonias bacterianas	X	X	X	X	X	x	x	x						

Pré-natal	X	X	X	X	X	x	x	x						
Puericultura	X	X	X	X	X	x	x	x						
Sinusite aguda e crônica	X	X	X	X	X	x	x	x						
Tabagismo	X	X	X	X	X	x	x	x						
Vaginite, vulvites e vaginoses	X	X	X	X	X	x	x	x						

**Orientações de preenchimento do instrumento de avaliação de necessidades em educação permanente em APS:**

| A coluna 1 lista a relação de problemas em saúde de ocorrência para Atenção Primária à Saúde.

**Colunas que registram as informações da rodada anterior:**

Cada um dos itens desta lista foi incluído como problema freqüente ou excluído (opções das colunas 2 e 3) na rodada anterior. As colunas 4 a 6 correspondem ao grau de importância que os problemas podem ter como tema para educação permanente para profissionais médicos na APS referidos na rodada anterior.

- Nas colunas 2 e 3 ficará assinalado uma das opções quanto a inclusão ou exclusão do problema de saúde de acordo com a rodada anterior;
- Nas colunas 4 à 6 ficará a resposta assinalada na rodada anterior da avaliação do problema como tema de educação permanente no estudo Delphi.
- Nas colunas 7 à 9 correspondem aos campos do feedback de cada rodada anterior do Delphi

**Colunas que registram as informações da rodada atual:**

Cada um dos itens desta lista poderá ser incluído como problema freqüente ou excluído (opções das colunas 10 e 11). As colunas 12 à 14 correspondem ao grau de importância que os problemas podem ter como tema para educação permanente para profissionais médicos na APS.

- Nas colunas 10 e 11 é necessário se assinalar uma das opções quanto a inclusão ou exclusão do problema de saúde.
- Nas colunas 12 à 14 apenas uma resposta assinalada será considerada para avaliação no estudo Delphi.











--	--	--	--	--

#### IV-PERFIL PROFISSIONAL

4.1 Mês/Ano que ingressou pela primeira vez na Estratégia Saúde da Família independente do município ou unidade em que trabalha atualmente:

(mm/aaaa)   /

4.2 Na atual função profissional no atual município (mm/aaaa)   /

4.3 Na atual função profissional na atual unidade (mm/aaaa)   /

4.4 Você realizou treinamento introdutório?  Não  Sim

4.5 Você é o coordenador da sua unidade?  Não  Sim

4.6 Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde? (Se você for o coordenador da unidade, responda em relação ao apoio pelo coordenador da Saúde da Família municipal.)



A



B



C



D



E

4.7 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde?



A



B



C



D



E

4.8 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde?



A



B



C



D



E

4.9 Qual o grau de satisfação com seu trabalho na sua unidade de Saúde da Família?



A



B



C



D



E

4.10 Por quê? (referente à questão 4.9 -texto livre)

-----

-----

-----





--	--	--	--	--

4.19 Favor estimar sua carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família/PSF:

Horas/Semana

4.20 Em quantos locais você trabalha fora da Saúde da Família?

Locais

4.21 Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho?

Horas/Semana

4.22 Favor estimar qual o número médio de consultas por semana que você atende na Unidade Saúde da Família:

Consultas/Semana

4.23 Qual a porcentagem aproximada de consultas por faixa etária?

Idade de 0 a 12 anos:   %

Idade de 13 a 20 anos:   %

Idade de 21 a 40 anos:   %

Idade de 41 a 60 anos:   %

61 anos ou mais:   %

4.24 Qual porcentagem das consultas na unidade são agendadas? (consultas planejadas com antecedência pelo profissional ou paciente, com hora marcada; não inclui consultas espontâneas, marcadas no mesmo dia ou "fichas" previstas para distribuição no dia)

% das consultas são agendadas

4.25 Como você avalia a relação entre consultas agendadas e espontâneas:

- Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas
- Poucas consultas agendadas e muito espontâneas
- Relação adequada entre consultas agendadas e espontâneas
- Não sei





--	--	--	--	--

5.4 Você usa e-mail?  Não (pular para questão 5.6)  Sim

5.5 Com que frequência você acessa sua caixa de e-mails (em qualquer local)?

- Diariamente
- De 2 a 6 dias por semana
- Uma vez por semana
- Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- Menos de uma vez por mês
- Não sei/ Não lembro

5.6 Que programas e aplicativos você sabe usar?

- Editor de textos (ex. Word, BrOffice)
- Planilhas (ex. Excel, Br Office)
- Programas para apresentações de slides (ex. powerpoint, BrOffice)
- Navegador de internet (ex. Internet Explorer, Firefox, Netscape, ...)
- Gerenciador de e-mails (ex. outlook express ou webmail como yahoo, gmail, terra)
- Reprodutores de músicas, vídeos, fotos e outras mídias (ex. Windows Media Player, Winnanp, RealPlayer....)
- Programa para trocas instantâneas de mensagens (ex. MSN) ou chats
- Nenhum

5.7 Você sabe manusear máquina de fotografia digital?  Não  Sim

5.8 Sua Unidade tem computador com o SIAB instalado?  Não  Sim  Não sei

5.9 Você alguma vez já acessou a página do Ministério da Saúde ou do DATASUS para procurar alguma informação de saúde?

- Não  Sim  Não lembro

5.10 Você alguma vez acessou a página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME ou da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS-Saúde Pública) para procurar alguma informação de saúde?

- Não  Sim  Não lembro













--	--	--	--	--

7.2 Em relação aos seguintes problemas e situações avalie seu desempenho. Marque um "X" classificando o grau de concordância com a frase "**Sinto-me capacitado nesse assunto**".  
Observação: A opção "**Não se aplica**" deve ser marcada quando julgar que nenhuma das ações citadas no item são atribuições de sua atividade profissional.

<b>CÂNCER DE MAMA</b>						
<b>"Sinto-me capacitado neste assunto"</b>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Seguimento de protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese e identificação de fatores risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim; estigmas e medos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (rastreamento do câncer de mama, menopausa, práticas sexuais)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares: indicação de mamografia, indicação de ecografia mamária	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares: interpretação de laudos de MMG e da ecografia e sistema BIRADS	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Investigação do nódulo mamário	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (quando encaminhar a outros profissionais da sua unidade ou a serviços especializados; anticoncepção e reposição hormonal e câncer de mama)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e saúde da mulher	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento paliativo (Tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégia de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com mamografia prévia alterada, lista de pacientes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Câncer de Mama- avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	-----					
	-----					
	-----					



--	--	--	--	--

### CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Seguimento de protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese e identificação de fatores risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem do uso de camisinha e atividade sexual, do parceiro de mulheres com HPV, de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (rastreamento do câncer de colo, práticas sexuais seguras, anticoncepção)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico ginecológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Coleta do citopatológico (técnica de coleta, identificação de infecções e outras situações que prejudicam o exame)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Interpretação do laudo do citopatológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (citopatológico com ASC-US ou NIC 1, indicação de colposcopia, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e saúde da mulher	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento paliativo (Tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégias de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com citopatológico alterado, lista de pacientes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Câncer de colo de útero- avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	-----					
	-----					
	-----					
	-----					



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### PRÉ-NATAL

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Avaliação pré-concepcional (práticas preventivas no planejamento da gestação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seguimento de protocolo de pré-natal (periodicidade de consultas e de exames; quando fazer suplementações e vacinas, identificação do pré-natal de risco)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese (datação da gestação, identificação de fatores de risco da história passada e atuais)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem psico-social do casal e da família, inclusão do pai no acompanhamento pré-natal, abordagem das expectativas e ansiedades, reconhecimento de conflitos e depressão na gestação, situações de violência)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (alimentação saudável, sinais de alerta para trabalho de parto, centro obstétrico de referência, prevenção de DSTs, aleitamento materno, anticoncepção)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame Físico (rotina, identificação de trabalho de parto)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Solicitação e interpretação de exames de rotina	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Indicação e interpretação da ecografia obstétrica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Situações clínicas frequentes: rastreamento e tratamento da bacteriúria e da infecção urinária	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

 <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 20px;"></div>						
<b>PRÉ-NATAL</b>						
<b>"Sinto-me capacitado neste assunto"</b>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Situações clínicas frequentes: rastreamento, suplementação de ferro e tratamento da anemia no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Identificação de urgências e emergências no pré-natal (sangramento uterino, ausência de batimentos cardio-fetais, ausência de movimentação fetal, outros)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rastreamento de diabete gestacional	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical de Sífilis	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical HIV	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical Hepatite B	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de doença hipertensiva na gestação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rastreamento de Incompatibilidade RH	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Citopatológico no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Vacinas no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Uso de sintomáticos e outras medicações na gestação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou ao serviço especializado de pré-natal de risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Puerpério e anticoncepção	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Pré-natal - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	-----					
	-----					
	-----					
	-----					



--	--	--	--	--	--

### PUERICULTURA

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese com o cuidador	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas dos cuidadores, conflitos familiares e situações de risco sócio-econômico, situações de violência/ abusos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (prevenção de acidentes/ lesões não-intencionais, práticas alimentares saudáveis, cuidados domiciliares e sinais de alerta)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Uso de curvas de crescimento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Problemas comuns (infecções e infestações, dermatites, retirada de fraldas, dificuldades alimentares, constipação, ganho de peso insuficiente, etc)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (uso de protocolo de acompanhamento da criança saudável, programação de consultas de rotina, quando encaminhar a outro profissional da unidade ou a serviço especializado)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Imunizações	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Suplementação vitamínica e de ferro	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação (aleitamento materno e intercorrências como mastite, fissura mamilar, dificuldades com a pega), introdução de alimentação complementar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégia de vigilância da saúde da criança (estratégias de busca ativa de faltosos, crianças com vacinas em atraso, crianças em risco nutricional, crianças em risco e programas governamentais, lista de pacientes, contato com conselho tutelar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Puericultura - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- -----					



--	--	--	--	--

### PREVENÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese e reconhecimento/estratificação de risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas e objetivos do paciente, dificuldade de adesão a mudanças de estilo de vida e crenças sobre efeitos e para-efeitos farmacológicos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - orientação de atividade física	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - orientação da alimentação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - abordagem breve do tabagismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - tratamento farmacológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Indicação de exames complementares de rotina	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Reconhecimento de complicações do diabetes melito e da hipertensão	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Hipertensão Arterial Sistêmica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Diabetes Melito (inclui insulina)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Tabagismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Dislipidemia	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Obesidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (rotinas, quando encaminhar a outro colega de sua unidade ou a serviço especializado)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Doença cardiovascular e paciente idoso (adequação de medicações, interações e para-efeitos; risco-benefício de intervenções/ rastreamento)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Vigilância em saúde do paciente em risco cardiovascular (cadastro e seguimento de hipertensos, diabéticos e pacientes com eventos cardiovasculares prévios)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção de Doença Cardiovascular - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observações -----  
-----



 <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>						
<b>SAÚDE MENTAL ETILISMO E DROGADIÇÃO</b>						
<b>"Sinto-me capacitado neste assunto"</b>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Aconselhamento preventivo de adolescentes	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: identificação de risco e abordagem oportunística na consulta do adulto	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: diagnóstico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem para mudança de comportamentos de risco, dependência, conflitos familiares, violência doméstica, risco de suicídio)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (diminuição de danos, alcoolismo/ drogadição e trânsito, síndrome de abstinência, fissura, overdose/intoxicação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame Físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares (indicação e interpretação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico do etilismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico da drogadição	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (pré-contemplação, motivação, tratamento, identificação de transtornos do humor e de ansiedade comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional de sua unidade ou a serviço especializado; quando indicar internação).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem familiar e violência doméstica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem comunitária e intersetorial (A.A., assistência social, instituições religiosas, associações e outros recursos).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações ----- ----- ----- -----						



--	--	--	--	--

### ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese: avaliação alimentar, padrões familiares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: identificação de comorbidades relacionadas como transtornos de ansiedade e de humor, compulsão alimentar, transtornos alimentares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem de riscos, crenças e objetivos do paciente)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (reeducação alimentar, motivação, indicação e uso racional de suplementos/ vitaminas)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico (medidas antropométricas, perímetro da cintura, estratificação de risco)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares (indicação e interpretação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico da obesidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento da desnutrição em crianças	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento da desnutrição em adultos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (mudanças comportamentais: pré-contemplação, motivação, ação; monitoramento de transtornos comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição na criança	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição na gestante e nutriz	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição e risco cardiovascular	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e alimentação/ nutrição	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem familiar e reeducação alimentar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação e Nutrição - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações ----- ----- ----- -----						

 <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>						
<b>INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS</b>						
<b>"Sinto-me capacitado neste assunto"</b>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de crenças, do desejo de uso de antibióticos quando desnecessários, auto-cuidado e uso dos serviços de saúde)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (Orientações de auto-cuidado domiciliar, sintomáticos e sinais de alerta, abordagem oportunística do tabagismo, da asma, do DPOC, cuidados de higiene manual e contactantes de lactentes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares laboratoriais e de imagem	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico diferencial	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Sintomático respiratório e Tuberculose (quando investigar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico sintomático e espera permitida	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico e indicação de antibiótico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico e escolha do antibiótico adequado	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (quando encaminhar a outro profissional da unidade, a serviço especializado ou à emergência)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e Asma	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e DPOC	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e fluxos de atendimento na unidade, triagem, acolhimento, trabalho interdisciplinar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecções Respiratórias Agudas - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- ----- -----					



--	--	--	--	--

7.3 Para desenvolver de forma adequada o trabalho na ESF, algumas ferramentas são importantes. Avalie sua capacidade marcando com um "X" classificando o grau de concordância com a frase "**Sinto-me capacitado nesta atividade**".

#### ABORDAGEM FAMILIAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Entrevista Familiar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consulta individual com abordagem familiar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Genograma / "Familiograma"	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Intervenções terapêuticas familiares em situações de APS	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Comentários	----- ----- -----				

#### ABORDAGEM COMUNITÁRIA

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Diagnóstico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de demanda da unidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Definição de prioridades	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Planejamento de intervenções comunitárias	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Execução das ações comunitárias	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Avaliação da implementação e do impacto das intervenções	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- -----				



## TRABALHO MULTIDISCIPLINAR

--	--	--	--	--

\*Utilizar "Não se aplica" quando não há o profissional que a linha indica (Exemplo: "com enfermeiros" se preenchido por enfermeiro quando não há outros enfermeiros na unidade ou "com técnicos de higiene dental" quando não há equipe de saúde bucal na unidade. Quando há mais de uma equipe na mesma unidade as respostas podem ser marcadas para colegas da mesma profissão).

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica *
Com médicos (as)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com enfermeiros (as)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com técnicos e auxiliares de enfermagem	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com cirurgiões-dentistas	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com técnicos de higiene dental	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com auxiliares de consultório dentário	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com agentes comunitários de saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observações -----  
-----  
-----  
-----

### ATIVIDADES DE GRUPO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Metodologia	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Planejamento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Desenvolvimento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Avaliação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Observações -----  
-----

### VISITA DOMICILIAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Planejamento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Priorização	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consulta domiciliar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Observações -----  
-----

