

PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE SUA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Júnia Marçal Rodrigues

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Núbia Cristina da Silva

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Thiago Augusto Hernandes Rocha

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Resumo

O artigo analisa pela ótica de recursos humanos a formação e qualificação dos profissionais que atuam na Saúde da Família de Minas Gerais, comparando à realidade da região Sudeste e Brasil. A análise dos dados de 2133 Equipes de Saúde da Família e 1858 Equipes de Saúde Bucal nos 27 Estados brasileiros (Barbosa et alii, 2009), mostra que o perfil encontrado ainda está distante do que é preconizado como essencial pela Estratégia Saúde da Família, sugerindo estudos que visem analisar esta lacuna e o perfil desejado como ferramentas capazes de direcionar a formulação de políticas mais adequadas de formação profissional.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Saúde em Casa, Formação Profissional, Qualificação Profissional.

Área temática: Políticas Públicas

1. Apresentação: Situando o Debate

Diversos estudos desenvolvidos sobre gestão de recursos humanos em saúde no Estado de Minas Gerais entre 2006 e 2009¹ ampliaram a necessidade sobre uma reflexão aprofundada acerca das exigências de formação e qualificação profissional necessárias e capazes de responder às necessidades da população. Com efeito, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a orientação tem sido na garantia de oferta de serviços com aumento do acesso e da resolutividade em relação aos principais problemas de saúde da população. Considerando que o país enfrenta um contexto atual no qual se observa o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis ao mesmo tempo em que é ainda detectada a presença significativa de doenças infecciosas, o que acaba por caracterizar uma situação de dupla carga de doenças (BRASIL, 2006), tem sido priorizado pelo Governo Federal, a configuração de uma rede que tenha como centro organizador e estruturador a Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, tem sido fortemente incentivado como mecanismo de implantação e consolidação deste modelo a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nesta perspectiva, qualquer ação pública voltada a esta estratégia passa necessariamente pelo reconhecimento e relevância dos profissionais de saúde que atuam diretamente no contato à população considerando os princípios preconizados pelo modelo de atendimento, que está centrado na equipe e nas famílias como um todo. No caso dos profissionais de nível superior que atuam nestas equipes, notadamente médicos e enfermeiros, é possível constatar enormes dificuldades para própria atração e retenção de profissionais e acabam por situar o debate na confluência da Educação e da Gestão do Trabalho em Saúde.

De forma mais ampla, vale resgatar nesse contexto que o próprio avanço na consolidação do SUS coloca em evidência a histórica problemática da formação e gestão de recursos humanos. Documento da NOB/RH (2005) reconhece que as dimensões da gestão do trabalho não haviam recebido até então a devida importância ou destaque no processo de consolidação do sistema.

Com efeito, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. E, principalmente, previa a unificação dos vários pactos que existentes em função das NOBs até então vigentes. Em especial, o pacto de gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada – PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde.

Considerando este contexto, vale ressaltar que a própria implementação do SUS demandou a realização de ações voltadas para a qualificação tanto dos gestores das diferentes esferas de governo, como também para os profissionais que atuam na área fim. A literatura reconhece que o movimento de descentralização não foi acompanhado de transferência de capacidade gestora para os municípios, o que, em certa medida, potencializa problemas crônicos de gestão e conduz aos mais diversos arranjos e soluções frente às demandas do sistema de saúde (Pierantoni, Varella e França, 2004).

De forma análoga, em Minas Gerais a gestão pública estadual tem investido em um projeto elaborado para estruturar o modelo da Estratégia de Saúde da Família através do denominado “*Saúde em Casa*”², que tem sido implantado por meio do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em todas

¹ Sobre este tema, ver: PERPÉTUO, I.H.O *et. al.* (2009) e BARBOSA *et.al.* (2008).

² A meta síntese desse programa está focada na redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em 15% até 2010. Para tanto, é necessário expandir a cobertura da ESF para 75% no estado.

as microrregiões de saúde do estado. Este Plano reúne um conjunto de medidas voltadas para potencializar a consolidação da ESF, a partir da caracterização da situação de saúde e de seus desdobramentos nas dimensões de estrutura e processos, incluindo a normalização, a organização dos processos de trabalho, as ações de vigilância em saúde, a organização dos sistemas logísticos, a estruturação de sistemas de apoio à assistência e os investimentos em infraestrutura e em qualificação das equipes para qualidade da atenção primária (SES/MG, 2007). A questão dos processos é, também, um ponto que ainda permanece deficiente em termos de respostas e/ou propostas para equacionar as dificuldades conhecidas pelos gestores, além disso a mesma também está ligado à atração e fixação dos profissionais na ESF, notadamente as categorias profissionais de nível superior, tendo maior destaque para os médicos.

Pela natureza do trabalho das equipes de atenção à saúde da ESF, é possível compreender que estas possíveis “disfunções” fazem parte de desafios históricos da organização do sistema público de saúde. Nos municípios desprotegidos de infraestrutura e de capacidade técnica para assumir as responsabilidades inerentes ao processo de descentralização vinculado à reforma do SUS, a escassez de políticas de gestão, particularmente aquelas relacionadas a recursos humanos, tem se mostrado um fator recorrente, com sérias implicações para os avanços dos programas de Saúde Pública, e, por consequência, para a saúde da população. Desta forma, questões concernentes ao vínculo de trabalho, remuneração, formação e perfil dos profissionais nas equipes permanecem presentes neste debate (BARBOSA *et.al.*, 2009; PERPÉTUO *et.al.*, 2009).

Neste contexto, a investigação sobre o perfil dos profissionais que atuam na ESF ganha relevância, tanto pela ótica do que é preconizado pelo modelo em termos de respostas objetivas às necessidades da população, quanto pela constatação dos acertos ou desacertos na formulação de políticas públicas capazes de atenuar as dificuldades encontradas neste campo.

Dentro desta perspectiva o presente artigo procura analisar de forma comparada o perfil dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família com ênfase na formação e qualificação profissional a partir de dados consolidados para Minas Gerais, a região sudeste e o Brasil. Esse estudo pode sinalizar possíveis alternativas para equacionar a dimensão do perfil profissional para atuação na ESF, um dos desafios a serem vencidos para consolidação deste modelo de saúde conforme seus princípios ordenadores e segundo os objetivos idealizados

2. Breve Contextualização: Atenção Primária à Saúde e ESF no âmbito do SUS e a Realidade de Minas Gerais

A concepção moderna de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1920 no Reino Unido propondo a organização do sistema de serviço de saúde em três níveis: os centros primários, os secundários e os hospitais de ensino. Diversos sistemas de saúde derivam desta concepção, incluindo o SUS (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002). Entretanto, a definição da APS como doutrina se deu a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978. Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde colocou a meta “Saúde Para Todos no ano 2000”, que incentivou todos os países membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais para o alcance desta meta (MENDES; 2002; TAKEDA, 2004).

Na ocasião foi delineado o conceito de referência para a atenção primária à saúde, o qual serviu de base para o conceito vigente atualmente no Brasil, definido na Política Nacional de Atenção Básica brasileira e que

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas

gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Apesar do conceito definido, o debate demonstra a existência de três referências para a forma de se desenvolver este tipo de atenção. Ela pode ser entendida como atenção seletiva – um programa específico destinado à população e às regiões pobres, com baixo custo e que utiliza tecnologia simples. Essa interpretação está firmada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva de saúde, prática complementar à medicina *flexneriana*. Significando, no entanto, a manutenção de desigualdades regionais existentes por meio de uma prática compensatória que implica o reconhecimento da impossibilidade de superar as desigualdades quanto ao acesso aos serviços de saúde (MENDES; 2002).

Outra interpretação é como nível primário do sistema de serviços de saúde, ou seja, modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutive, com minimização de custos econômicos e orientada para satisfazer às demandas da população para os problemas mais comuns de saúde. Por fim, pode ser interpretada como uma Estratégia de organização do sistema de saúde que tem o papel de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

A visão da APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde está baseada na abordagem que afirma que tais sistemas podem ser fragmentados ou integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos, segundo a complexidade crescente, em uma forma piramidal. A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade, o que pode levar a uma visão distorcida, porque impõe certa banalização deste nível de atenção perante os outros. O modo de organizar os serviços de saúde nestes sistemas é o voltado para o atendimento das condições agudas (duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples e diagnósticos precisos) (MENDES, 2002).

Mendes (2002) adverte que sistemas integrados se estabelecem em rede horizontal integrada, na qual a APS é o centro de comunicação e não há hierarquia. Neste caso, a atenção é voltada para as condições crônicas (manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas e diagnósticos incertos). Starfield (2002) observa que um sistema de saúde orientado segundo o modelo de Atenção Primária à Saúde é mais efetivo e satisfatório para a população, com custos menores e mais equitativo, mesmo em ambientes de maior iniquidade social.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde em 1990 teve como finalidade a alteração da situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira a partir da definição dos princípios de garantia de acesso universal, equidade e integralidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1990; PUSTAI, 2004). A criação, em 1994, do Programa Saúde da Família foi mais ação voltada para a consecução destes objetivos estipulados ao SUS.

A proposta originada a partir da implantação do PSF envolve mudanças expansionistas de cobertura, a abertura de postos de trabalho, fixando, ainda, novos objetivos para a gestão de recursos humanos na saúde. São incorporadas as preocupações com o aumento da cobertura populacional atendida e com a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa. Além disso, busca-se a garantia das competências e habilidades-chaves e do desempenho dos profissionais diante dos objetivos definidos (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Esta mudança implica em uma prática diferenciada por parte dos profissionais. Pustai (2004) afirma que há, ainda, um descompasso entre o que se define como perfil adequado dos profissionais para atuarem em consonância com o que o SUS propõe e a formação oferecida pelas instituições de ensino. Esta especificidade do trabalho dos profissionais decorre tanto das características da demanda quanto da finalidade do trabalho nesses serviços. Entende-se que deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas. Assim, agregam-se os novos saberes como o planejamento, a epidemiologia e a educação em saúde, e tornam-se necessários além do conhecimento clínico, a priorização da dimensão coletiva (CAPOZZOLO, 2003; MENEZES & ROCHA E TRAD, 2005).

Campos (1996) *apud* Capozzolo (2003) define como prática necessária nesses serviços a concretização de uma clínica ampliada, a qual consiste em

[...] incorporar outros saberes e recursos tecnológicos no processo diagnóstico-terapêutico, ampliar os meios, as ações terapêuticas e trabalhar em equipe. Utiliza-se assim de várias técnicas, da educação em saúde, de atividades de grupo, de visitas domiciliares, projetos de intervenção em outras instituições (escolas, creches) e no território [...] uma prática clínica ampliada que exige competência dos profissionais em lidar com esse vínculo, com os aspectos relacionais que ocorrem no momento do encontro com o usuário (CAMPOS, 1996 *apud* CAPOZZOLO, 2003, p. 67)

A Política Nacional de Atenção Básica define como atribuições dos médicos e enfermeiros, dentre outras, a realização de assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na unidade de Saúde da Família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006). Dessa forma, o processo de trabalho pensado para a ESF rompeu com padrões até então utilizados, pautados no atendimento à demanda espontânea da população e às condições agudas. Dentre as mudanças que o modelo impõe podem ser citadas: a responsabilização pela assistência integral à população adscrita; as atividades educativas de grupo; o atendimento domiciliar; as ações de vigilância à saúde, promoção e prevenção; a incorporação de instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais; e, sobretudo, a instituição de uma equipe multidisciplinar a qual exige que as habilidades e conhecimentos de cada categoria sejam utilizados na interação e articulação de ações para alcançar os fins propostos (PUSTAI, 2004; CAPOZZOLO, 2003).

Tais mudanças alteraram a organização do trabalho para além de uma assistência integral com ênfase em condições crônicas e, por conseguinte, determinam o perfil do profissional desejado para atuar nas equipes de Saúde da Família. No entanto, muitas são as razões historicamente apresentadas para a não adesão abrangente ou preferencial dos profissionais, notadamente médicos, à estratégia saúde da família. Dentre elas, o longo ciclo de formação especializada que se estruturou na organização da formação e do trabalho no Brasil desde os anos de 1960, alimentado por outros fenômenos, como o avanço da tecnologia, por exemplo, constituiu alguns “nós” que parecem difíceis de desatar, ainda que as recentes políticas públicas brasileiras venham induzindo mudanças nessa direção (BARBOSA *et.al.*, 2009).

Menezes & Rocha e Trad (2005) afirmam que na formação do médico os conhecimentos da saúde pública ainda são tocados de forma marginal, o que dificulta o desenvolvimento de habilidades requisitadas para o médico de Saúde da Família. Além disso, os cursos de formação para estes profissionais geralmente atraem os alunos para estágios e residências em áreas superespecializadas, que

passam a ver na especialização a possibilidade de obter um padrão de vida elevado (GUGLIEMI, 2006).

Assim, a visão especializada e fragmentada da saúde e do cuidado se associa ao fetiche da tecnologia, invadindo os espaços de exercício profissional e conformando como padrão de referência processos de trabalho e práticas profissionais não favoráveis à visão preconizada pela ESF. Com as políticas indutoras dos anos recentes não foi possível ainda reverter a visão distorcida de que a ESF é uma “medicina para pobres” e que sua prática cotidiana é pouco mobilizadora do crescimento dos profissionais, embora seja reconhecida por alguns grupos como uma prática tão desafiadora que merece uma consideração oposta a essa visão. (BARBOSA *et.al.*, 2009).

Portanto, parte das tensões enfrentadas pela gestão no âmbito da ESF advém da nova organização do trabalho proposta, que exige um novo perfil profissional. Esse contexto indica que a dimensão da capacitação em serviço, historicamente tão valorizada como política de gestão entre os diferentes entes da gestão pública, ainda mostra-se como um desafio e ao mesmo tempo necessária para efeito de transformação da prática da APS no país. A Política Nacional de Atenção Básica define que o processo de capacitação para atuação na ESF deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho nas equipes por meio do Curso Introdutório para todos os profissionais, com recomendação de que seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF no município.

Em Minas Gerais, a ESF tem sua versão no Projeto Saúde em Casa, lançado em abril de 2005, que destina recursos aos municípios para aplicação na qualificação de pessoal, além de obras em postos de saúde, compra de equipamentos médicos e de material de consumo. O Projeto confere tratamento prioritário à implantação das redes de atenção às doenças do aparelho circulatório e diabetes (Rede Hiperdia), de atenção às mulheres e às crianças (Rede Viva Vida), de atenção às urgências e emergências, e de atenção aos idosos (Rede Mais Vida). As ações principais no escopo da qualificação e atualização, concentram-se no Programa de Educação Permanente para médicos (PEP), Telessaúde, Canal Minas Saúde e as oficinas do Plano Diretor da APS (SES/MG, 2007).

O PEP tem como estratégia a realização de encontros de grupos de profissionais (grupos de aperfeiçoamento de práticas - GAP) em parceria com escolas de medicina, nos quais professores assumem a tutoria dos profissionais e atividades docentes em sua área de abrangência. Baseia-se em técnicas educacionais específicas que valorizam uma prática reflexiva e tem como referência a medicina baseada em evidências. Dentre seus objetivos, além da redução as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias e das prescrições incorretas de medicamentos e consequente melhoria do nível de resolutividade da atenção primária, o aumento da auto-estima do profissional; o rompimento do isolamento profissional e a redução da rotatividade (SES/MG, 2008; SILVÉRIO, 2008).

O Canal Minas Saúde engloba transmissão de cursos via TV para as unidades básicas de saúde, portal na internet com fórum e biblioteca e programas de rádio sobre temas específicos de saúde e o Telessaúde com teleconsultas *on line*, suporte a urgências e teleeducação com aulas e discussão de caso (SES/MG, 2007). As oficinas do Plano Diretor com carga horária de 160 horas divididas em 10 oficinas destinadas a gestores municipais, gestores de unidades básicas de saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família com os seguintes temas: redes de atenção à saúde, análise da atenção primária, diagnóstico local, programação de atenção à saúde, programação de atenção à demanda espontânea, abordagem familiar, prontuário da família, assistência farmacêutica, monitoramento e contrato de gestão (SES/MG, 2007).

O projeto Saúde em Casa confere a Minas Gerais uma abordagem diferenciada referente à atenção primária, a qual procura sanar as dificuldades para consolidação da ESF tendo em vista as especificidades encontradas no estado. Por meio deste projeto, o governo mineiro destinou, desde 2005, R\$ 48 milhões/ano aos municípios onde existiam equipes de saúde da família instaladas.

As ações realizadas no âmbito do Saúde em Casa ainda abarcam atividades de fomento às ações de capacitação formal para os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais. Essas ações são voltadas para incentivar atividades de formação em cursos de especialização e

residência dedicados à medicina de comunidade ou medicina de família. Neste sentido, há que se esperar padrões diferenciados de formação e capacitação dos profissionais atuantes em Minas, uma vez que ações específicas para este fim vem sendo adotadas no estado.

Por se tratar de uma política implantada em um período relativamente recente, há uma carência de estudos que investiguem os impactos gerados pelas ações do Saúde em Casa frente aos dados relativos à Atenção Primária em outros estados e no país. É neste quadro que se insere a necessidade de compreensão dos aspectos relacionados à formação e qualificação de profissionais considerando as necessidades da população e o cumprimento das diretrizes preconizadas pelo modelo de atenção.

3. Procedimentos Metodológicos

O estudo procura investigar aspectos de formação e qualificação relativos aos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) que atuam na Saúde em Casa em Minas Gerais, em comparação com à região Sudeste e ao Brasil. A escolha pelas categorias profissionais de nível superior, deu-se em função da existência de um rol de opções de formação já voltadas à Saúde da Família para estas categorias, o que ainda não existe para as demais categorias.

Para abordar os aspectos de interesse para o presente estudo, foram utilizados dados coletados junto à pesquisa amostral de monitoramento nacional da Estratégia Saúde da Família conduzida por Barbosa et alli (2009). Os dados utilizados acabam por enquadrar este estudo como *ex-post-facto*, já que se debruça sobre informações coletadas no final do ano de 2008. No estudo a coleta de dados amostral foi concluída com 2133 Equipes de Saúde da Família e 1858 Equipes de Saúde Bucal, totalizando 3992 entrevistas nos 27 Estados brasileiros. Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados, sendo dois deles direcionados às Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal. Os questionários direcionados às equipes compreendiam informações de identificação da equipe, processo de trabalho, acesso a serviços e procedimentos especializados, ações de treinamento e capacitação, assim como outros aspectos sobre a gestão recursos humanos. O instrumento para as Unidades de Saúde procuraram identificar a estrutura física disponível para o trabalho das equipes, além dos demais profissionais de saúde e de gerência atuantes na unidade³.

As variáveis selecionadas para análise foram formação e qualificação⁴ descritas na Figura 1 a seguir.

³ As questões relativas à estrutura específica para atendimento de Saúde Bucal (equipamentos e materiais) foram incorporadas numa seção específica no instrumento de coleta de dados para a Equipe de Saúde Bucal.

⁴ Entende-se por formação os cursos realizados em instituições de ensino cadastradas pelo Ministério da Educação, e por qualificação, os cursos com carga horária livre oferecidos por qualquer instituição, excluindo os ofertados pela indústria farmacêutica.

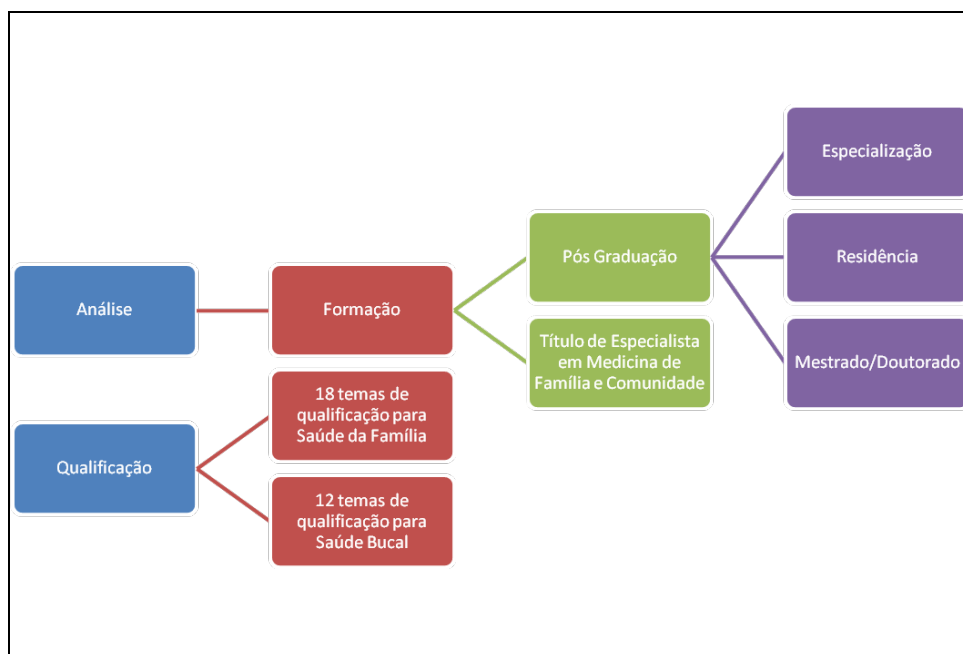


Figura 1 – As variáveis analisadas no estudo
 Fonte: elaborado pelos autores.

A tabela 1 a seguir apresenta os dados gerais da amostra.

Tabela 1: Amostra do Monitoramento Nacional, 2008.

Unidades de Análise	Equipes de Saúde da Família			Equipes de Saúde Bucal		
	Universo	Amostra	Erro Máximo	Universo	Amostra	Erro Máximo
Minas Gerais	3644	93	10%	1742	90	10%
Região Sudeste	8541	357	5,1%	311	71	5,2%
Brasil	28366	2133	2,0%	17693	1858	2,2%

Fonte: Barbosa *et.al.* (2009)

As proporções observadas em cada categoria de análise em Minas Gerais foram comparadas àquelas observadas na região Sudeste e no Brasil por meio do teste estatístico de qui-quadrado. Optou-se por utilizar este teste uma vez que não se pode garantir os pressupostos de normalidade na amostra coletada, bem como o nível de mensuração intervalar. Assim sendo, esta estatística foi utilizada para fins de comparação entre as proporções observadas nos dados entre os entes de interesse (estado, região, país), uma vez que o teste de qui-quadrado comporta dados mensurados em nível nominal e ordinal, bem como dados que não assumam uma distribuição normal.

4. Resultados e Análise

A tabela 2 apresenta o total de profissionais de saúde da família e saúde bucal das categorias em estudo médico, enfermeiro e dentista; bem como o total de equipes de saúde bucal e saúde da família que foram entrevistados. Observa-se que a categoria profissional dos médicos é a que apresenta o maior déficit de profissionais em relação ao número de equipes existente, considerando-se as definições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2006.

Tabela 2 - Total de Profissionais levantados na pesquisa

	Equipes de Saúde da Família	Médicos	Enfermeiros	Equipes de Saúde Bucal	Cirurgiões-Dentistas
Minas Gerais	93	86	92	146	146
Região Sudeste	357	325	353	321	321
Brasil	2133	1975	2116	1858	1858

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

4.1. Características de Formação dos Profissionais

A formação em nível de pós-graduação dos médicos no estado de Minas Gerais não apresenta percentuais significativamente diferentes dos encontrados na região Sudeste e no Brasil. De forma geral, 70% dos médicos que atuam na Saúde da Família no estado fizeram algum curso, quer seja especialização *lato* ou *stricto sensu*, quer seja residência. Para os enfermeiros e dentistas a situação é semelhante ao encontrado para os médicos, conforme pode ser observado nas tabelas 3 a 5.

Tabela 3 Número total e percentual de profissionais das equipes de saúde da família segundo a realização de curso de pós-graduação dos médicos, 2008.

	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	70,9%	29,1%	,0%
Região Sudeste	325	70,7%	25,6%	3,8%
Brasil	1974	62,7%	27,1%	10,2%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 4 Número total e percentual de profissionais das equipes de saúde da família segundo a realização de curso de pós-graduação pelos enfermeiros(as), 2008.

	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	92	69,6%	29,3%	1,1%
Região Sudeste	353	71,8%	27,1%	1,1%
Brasil	2116	75,5%	21,3%	3,1%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 5 Número total e percentual de equipes de saúde bucal segundo a realização de curso de pós-graduação do cirurgião dentista, 2008

	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	89	59,6%	38,2%	2,2%
Região Sudeste	319	64,2%	34,0%	1,8%
Brasil	1845	65,0%	30,3%	4,7%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

No que se refere a especialização *lato sensu*, percebe-se que os percentuais encontrados para o médico não variam em comparação à região Sudeste e ao Brasil, sendo que o percentual encontrado no estado é de 73,8%. Para os enfermeiros, o percentual que frequentou cursos de especialização está

acima de 92% tanto para o estado quanto para a região Sudeste e o Brasil, evidenciando que esta é a forma mais frequente de pós graduação para esta categoria. Com relação aos dentistas, a situação é semelhante à encontrada para os enfermeiros, sendo que os percentuais encontram-se acima de 86%. A modalidade de especialização é a de menor duração em termos de carga horária, o que pode explicar, em parte, os percentuais observados e presentes na tabela 6.

Tabela 6 Número total e percentual profissionais de saúde segundo a realização de curso de especialização, 2008

	Médico				Enfermeiro				Dentista			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	61	73,8%	11,5%	14,8%	64	92,2%	3,1%	4,7%	53	86,8%	11,3%	1,9%
Região Sudeste	229	76,5%	13,6%	9,8%	266	94,7%	1,6%	3,6%	212	90,4%	8,2%	1,4%
Brasil	1187	75,1%	14,5%	10,4%	1585	96,8%	1,6%	1,6%	1200	93,2%	5,6%	1,2%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Quanto à área de especialização, a maior parte dos médicos mineiros (59,1%) realizou cursos que não estavam diretamente vinculados à Saúde da Família, sendo que os percentuais para a região Sudeste são similares. Entretanto, o estado apresenta diferença estatisticamente significativa quando comparado ao Brasil no que toca à especialização em Saúde da Família, apresentando um percentual maior de médicos com formação específica para atuação na saúde da família.

Para os enfermeiros, o maior percentual segundo a área de especialização é de Saúde da Família, com percentual em Minas Gerais de 70,7%. Quando comparada ao Brasil, a categoria apresenta diferenças estatísticas significativas, sendo que o país possui somente 49,7% dos enfermeiros com especialização nesta área. Para os dentistas ocorre o mesmo, com diferenças quando comparado ao Brasil. No entanto, esta é a categoria que apresenta os menores percentuais de profissionais com especialização em Saúde da Família no estado, 41,3%.

Cabe ainda destacar que a quantidade de profissionais atuando junto às equipes de Saúde da Família em Minas Gerais que possuem formação específica em Saúde da Família foi superior em relação aos demais níveis de análise. A maioria dos profissionais, para as três categorias analisadas, possui cursos de especialização em Saúde da Família ou outra modalidade (Tabela 7).

Tabela 7 Percentual de profissionais de saúde segundo a área de especialização, 2008.

	Saúde da Família*			Saúde pública/Saúde coletiva			Gestão			Outro		
	Médico	Enfermeiro	Dentista	Médico	Enfermeiro	Dentista	Médico	Enfermeiro	Dentista	Médico	Enfermeiro	Dentista
Minas Gerais	43,2%	70,7%	41,3%	9,1%	19,0%	19,6%	2,3%	5,2%	2,2%	59,1%	34,5%	54,3%
Região Sudeste	32,7%	57,9%	35,4%	12,2%	28,0%	25,2%	3,9%	6,2%	3,3%	64,1%	42,5%	59,3%
Brasil	30,8%	49,7%	27,3%	12,6%	29,3%	24,2%	3,3%	6,0%	1,9%	66,1%	45,0%	64,1%

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Brasil em relação a especialização em Saúde da Família ($p < .01$) para as três categorias profissionais.

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

A residência profissional foi a segunda modalidade em termos de proporção de profissionais. O volume de médicos, enfermeiros e dentistas com o respectivo título não diferiu de modo

estatisticamente significativo daquele observado no sudeste e no Brasil. Apesar das análises entre categorias não revelarem diferenças estatísticas, a proporção de médicos que possuem título de residência foi muito superior àquela observada nos outros profissionais. Este resultado influenciou as análises posteriores referentes à área de residência. O teste de qui-quadrado não foi realizado para os profissionais de enfermagem e dentistas, uma vez que a quantidade absoluta destes, que cursaram residência, foi apenas residual.

Observa-se que o equivalente a 54,1% dos médicos que atuam na Saúde da Família no estado optaram por esta forma de especialização, percentual similar ao encontrado na região Sudeste e no Brasil. Para os enfermeiros, o percentual com residência é de 1,6% em Minas Gerais e chega a 2,9% no Brasil, mas tal diferença não é estatisticamente significativa. Na mesma via estão os percentuais para a categoria dos dentistas, com percentual no estado de 3,8%, chegando a 6,7% na região Sudeste, mas sem diferença estatística significativa.

As residências de medicina de família e comunidade e de medicina social/saúde coletiva foram aquelas com as menores proporções de médicos com titulação. Apesar do fato de que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais a região e o Brasil, cabe destacar que aquelas áreas de formação destinadas, especificamente, para atuação junto à saúde da família exibiram a menor proporção de profissionais (Tabela 8).

Tabela 8 Número total e percentual profissionais de saúde segundo a realização de residência, 2008.

	Médico				Enfermeiro ⁵				Dentista			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	61	54,1%	42,6%	3,3%	64	1,6%	96,9%	1,6%	53	3,8%	94,3%	1,9%
Região Sudeste	229	54,6%	41,3%	4,1%	266	1,8%	96,9%	1,3%	212	6,7%	91,6%	1,7%
Brasil	1187	50,0%	44,0%	6,0%	1585	2,9%	94,4%	2,7%	1200	3,2%	93,1%	3,7%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Para as áreas de residências escolhidas pelos médicos, a Medicina de Família e Comunidade e a Medicina Social e Saúde Coletiva têm os menores percentuais. A Ginecologia e Obstetrícia é a área com o maior número de profissionais atuando na Saúde da Família, conforme pode ser observado na tabela 9.

Tabela 9 Percentual de médicos segundo a área de residência, 2008

	Medicina de Família e Comunidade	Medicina Social/Saúde Coletiva	Pediatria	Ginecologia/Obstetrícia	Clínica Médica	Outra
Minas Gerais	15,6%	6,3%	15,6%	28,1%	18,8%	25,0%
Região Sudeste	11,5%	2,6%	23,7%	23,4%	15,6%	31,3%
Brasil	12,6%	3,5%	24,5%	22,9%	12,3%	32,7%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Para a pós-graduação *stricto sensu*, os percentuais para todas as categorias profissionais mostrou-se relativamente baixo, e não houve diferenças significativas entre Minas Gerais, Região

⁵ Pelo pequeno número de profissionais com residência, as análises acerca da área da residência não foram realizadas para as categorias profissionais enfermeiro e dentista.

Sudeste e Brasil. A tabela 10 apresenta os dados.

Tabela 10 Número total e percentual de profissionais de saúde que possuem mestrado e/ou doutorado, 2008.

	Médico				Enfermeiro				Dentista			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	61	1,6%	91,8%	6,6%	64	3,1%	96,9%	,0%	53	5,7%	94,3%	,0%
Região Sudeste	229	2,6%	90,4%	7,0%	266	2,6%	97,4%	,0%	212	6,7%	92,5%	,8%
Brasil	1187	3,5%	86,8%	9,8%	1585	1,6%	96,4%	2,0%	1200	3,5%	93,0%	3,5%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

No que se refere à titulação em Medicina de Família e Comunidade, os percentuais de profissionais médicos que possuem a mesma é de 17,4% no estado, 13,9% na região Sudeste e 11,5% no Brasil, sem diferenças estatísticas significativas. O título de especialista em medicina de família e comunidade é conferido à aquele profissional que se submete à prova da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. O título surge como uma modalidade de certificação profissional atestando que o profissional detém conhecimentos mínimos acerca da especialidade em questão. Apesar da importância dessa certificação, uma pequena quantidade de profissionais de medicina possui a titulação. Soma-se ainda, no que tange a este tópico, a ausência de diferenças estatísticas na comparação realizada entre as três classes de análises (Tabela 11)

Tabela 11 Número total e percentual de médicos segundo a existência de título de especialista em medicina de família e comunidade, 2008.

	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	17,4%	75,6%	7,0%
Região Sudeste	325	13,9%	77,5%	8,7%
Brasil	1974	11,5%	73,1%	15,4%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

4.2. Características da qualificação para o trabalho

A qualificação para o trabalho dos profissionais da APS pode ser verificada através das atualizações por meio de cursos específicos que fazem parte da política da APS em consonância com seus objetivos e processos de trabalho ora estabelecidos. Para efeito do presente trabalho foi possível quantificar para as categorias profissionais de médicos, enfermeiros e dentistas cada curso entre os 18 considerados no escopo da qualificação da APS no Brasil (também na perspectiva comparativa entre Minas Gerais, região sudeste e Brasil).

Para os profissionais médicos, observa-se no Gráfico 1 os baixos percentuais alcançados com relação às atualizações. De forma comparativa, para as atualizações de diabetes, DST/AIDS, hanseníase, hipertensão, saúde do adolescente, curso introdutório e SIAB Minas Gerais apresenta percentuais menores que a região Sudeste e o Brasil. Em todos estes casos as diferenças são estatisticamente significativas. Sendo que entre os profissionais médicos nenhuma atualização em Minas Gerais tem percentual mais expressivo em relação à região sudeste e também ao Brasil.

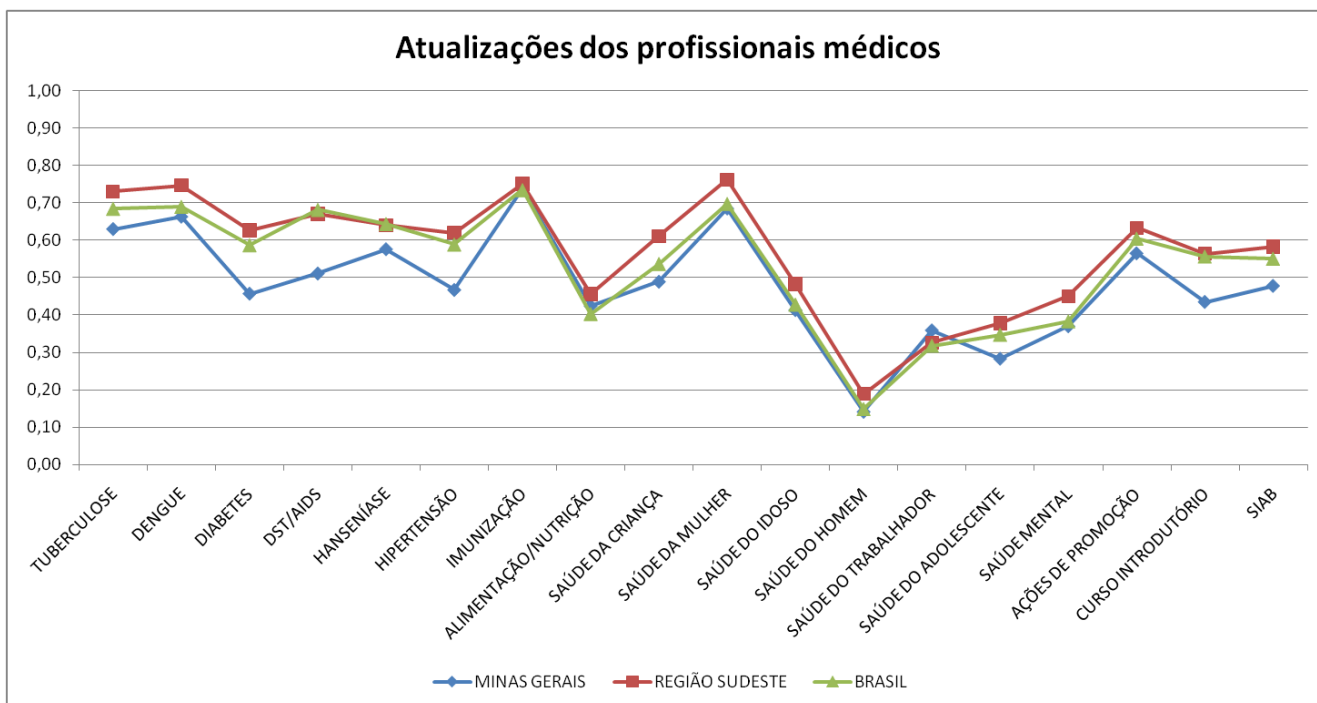


Gráfico 1: Percentual de médicos que participaram de atualizações segundo a área do curso.
 Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Com relação à qualificação dos enfermeiros, os percentuais do estado também são inferiores aos da região Sudeste e do Brasil, mas a diferença só é estatisticamente significativa para Hipertensão, Diabetes, DST/Aids e Curso introdutório; quando comparado à região Sudeste e ao Brasil (Gráfico 2).

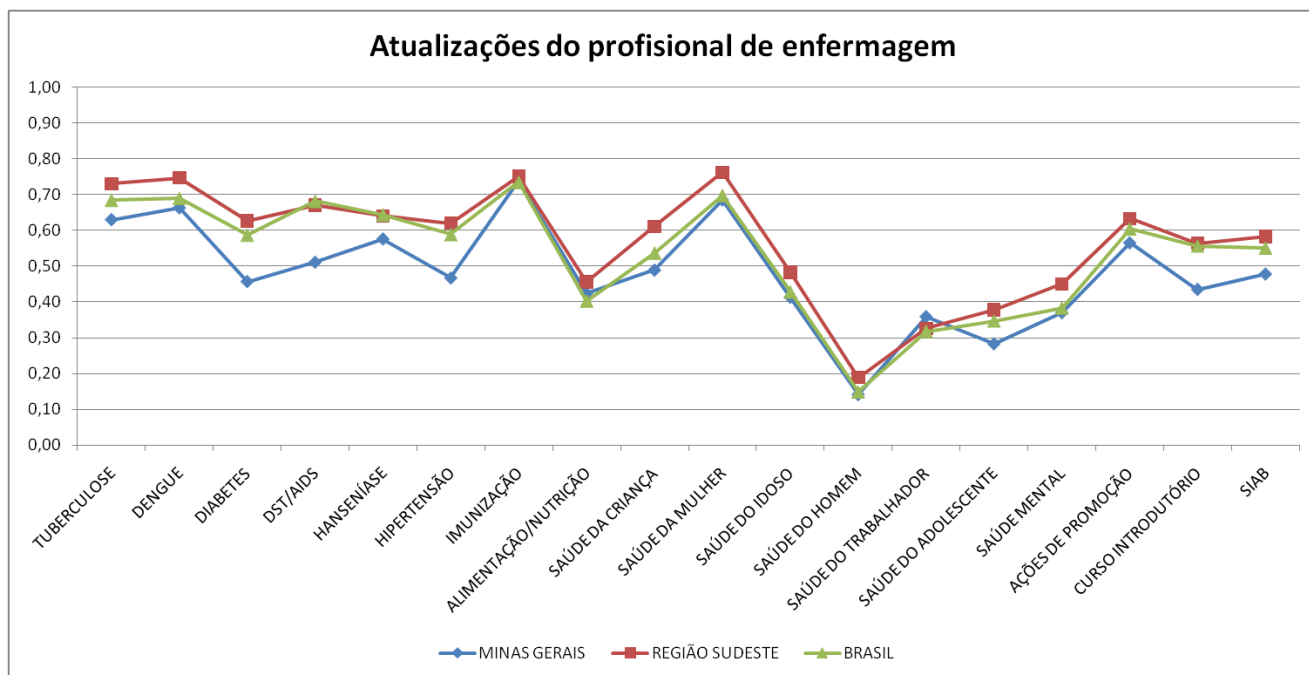


Gráfico 1: Percentual de enfermeiros que participaram de atualizações segundo a área do curso.
 Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Para os dentistas, os percentuais encontrados foram os mais baixos dentre as categorias

profissionais, sendo em sua maioria inferiores a 50%. De forma comparativa, somente foi estatisticamente significativa o Curso Introdutório, em que Minas Gerais está abaixo do Sudeste e do Brasil (Gráfico 3).

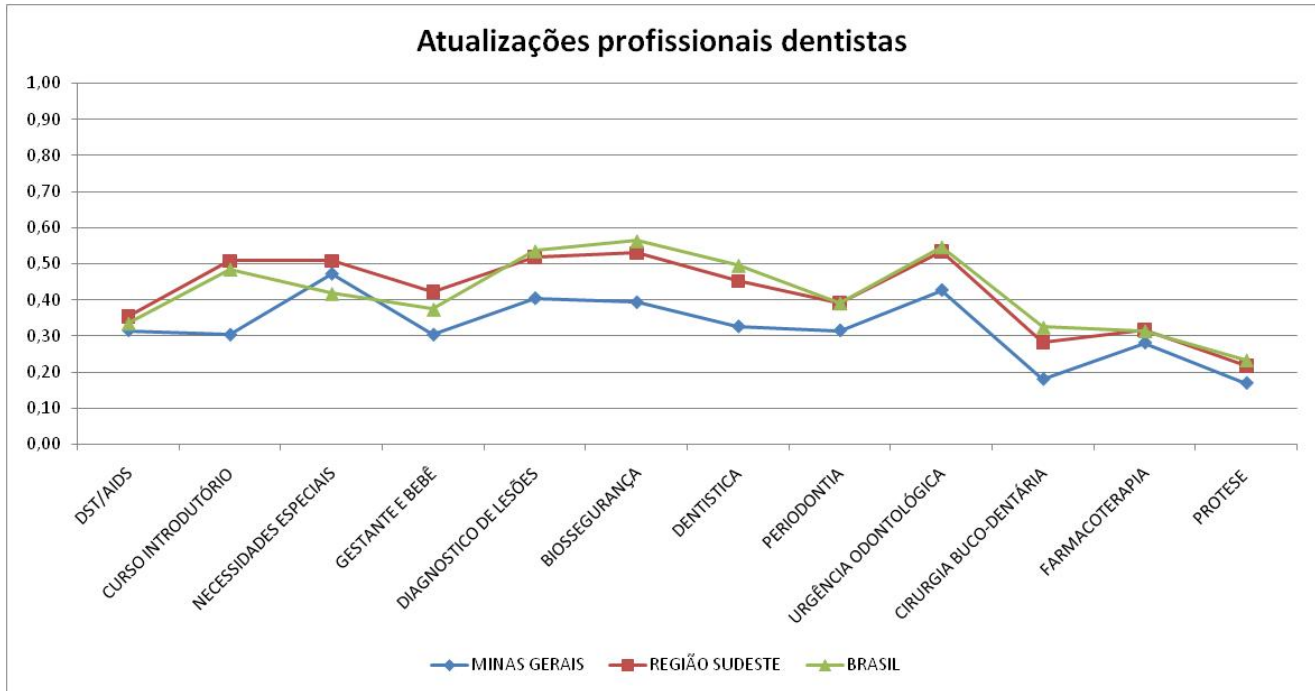


Gráfico 2: Percentual de dentistas que participaram de atualizações segundo a área do curso.

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

No anexo I, as tabelas 12 a 30 apresentam os resultados percentuais para cada uma das áreas nas quais os profissionais se atualizaram, incluindo a informação sobre os casos nos quais foram observadas diferenças estatisticamente significativas na comparação de Minas Gerais com o Sudeste e com o Brasil.

Em síntese, independente da categoria profissional e da temática referente à atualização pode-se observar que Minas Gerais possui percentuais abaixo da região Sudeste e Brasil, no que se refere à realização de ações de capacitação e formação pela sua forma de trabalho. Esse quadro levanta uma série de reflexões que devem ser pontuadas na medida em que o modelo preconiza, para as diferentes categorias profissionais, maior aderência ao processo de trabalho por meio da formação e qualificação específica para a APS. No entanto, a aplicação dessa diretriz ainda pode estar longe de ser efetiva, uma vez que é possível constatar que mesmo a dimensão quantitativa de desenvolvimento profissional evidencia pouca expressividade frente às múltiplas demandas que se apresentam para a consolidação da APS no país. Outro ponto que precisa ser analisado é até que ponto a ênfase e os investimentos em qualificação resultam na melhoria da APS num contexto caracterizado pelo forte domínio do conhecimento técnico das diferentes categorias profissionais, que historicamente atuam de maneira mais corporativa que colaborativa. A seguir, para efeito das considerações finais à luz dos dados aqui apresentados, são sistematizadas as reflexões que se mostraram pertinentes ao propósito do artigo.

5. Considerações Finais

Conforme destacado ao longo do estudo, o processo de trabalho atrelado à Estratégia Saúde da Família exige dos profissionais de saúde um novo perfil de atuação baseado no trabalho de uma equipe

multidisciplinar que tem, além das ações de prática curativa, foco em promoção e prevenção. Neste sentido, um dos grandes desafios apontado por Mendes (2002) diz respeito à necessidade de formação adequada dos profissionais de saúde para atuar de acordo com as bases conceituais da estratégia, de maneira a aumentar os níveis de resolatividade das equipes. Desta forma, ações de qualificação são necessárias para que os profissionais de saúde que atuam junto à Estratégia Saúde da Família possam desempenhar satisfatoriamente as atividades vinculadas à mesma. Soma-se a este fato a carência de conteúdos voltados para a questão da medicina de família e comunidade no âmbito do processo de formação tradicional das escolas médicas.

Existem evidências de que a atenção oferecida por médicos generalistas e com perfil de formação voltado para a atuação junto à atenção primária é capaz de melhorar o cuidado ofertado por estes profissionais (STARFIELD, 2002). Além disso, cabe destacar que a qualidade da atenção fornecida por profissionais de saúde mantém relação com a duração do treinamento em pós-graduação ao qual foram submetidos, com a extensão da experiência com os problemas específicos vinculados à atenção primária, e com a natureza da organização em que o profissional de saúde trabalha (PALMER E REILLY, 1979).

Assim, considerando-se a Saúde da Família como a estratégia prioritária para organização do SUS e suas particularidades, no que diz respeito ao tipo de prática a ser desenvolvida e ao perfil necessário dos profissionais, o desafio da formação e qualificação se amplia, e é agravado pelo reconhecimento tardio das dimensões de gestão do trabalho no processo de consolidação do SUS (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Nessa perspectiva, é necessário resgatar o objetivo deste estudo, que é indagar se existem evidências de que as práticas de formação e qualificação dos profissionais de nível superior refletem as demandas e as necessidades da Saúde da Família, sobretudo em Minas Gerais, onde um esforço adicional foi realizado na implementação da ESF por meio do projeto Saúde em Casa. No âmbito deste projeto têm sido realizados esforços no sentido de promover ações que contribuam para uma melhora do perfil de formação e qualificação dos profissionais de saúde, com o objetivo de consolidar a Estratégia Saúde da Família. Desta forma, podem-se analisar as informações sobre médicos, enfermeiros e dentistas que atuam no estado sob duas óticas: a da formação e a da qualificação para o trabalho e, de forma comparativa entre Minas Gerais e a região Sudeste, e Minas Gerais e o Brasil.

Vale destacar as evidências sobre o número de profissionais com especialização específica para Saúde da Família mostrou-se superior em relação aos níveis observados para o Brasil para as três categorias profissionais. Por outro lado, no que diz respeito à qualificação em temáticas específicas, em praticamente todas as que foram pesquisadas, as diferenças observadas entre Minas Gerais e sudeste e entre Minas Gerais e o Brasil foram estatisticamente significativas. Nestes casos, na maioria das categorias analisadas, os percentuais de Minas Gerais eram inferiores aos do sudeste e aos do país em relação ao número de profissionais com qualificação e formação para Saúde da Família a despeito dos esforços adicionais e dos incentivos para a formação e capacitação.

Nesse sentido, apesar dos esforços enveredados pelo governo de Minas Gerais não se pôde notar grandes diferenças no que se refere ao padrão de qualificação dos profissionais de nível superior que atuam nas equipes de saúde da família e nas equipes de saúde bucal.

Tal cenário levanta diferentes pontos de reflexão vinculados às políticas e estratégias adotadas para qualificação dos profissionais das equipes que atuam na estratégia de saúde da família, que podem ser assim sistematizados:

i) até que ponto a realidade de um quantitativo significativo de profissionais com formação em nível de especialização pode suprimir a participação dos mesmos nos cursos de qualificação, na medida em que as diferentes categorias profissionais podem julgar sua formação como suficiente para sua prática no modelo de atuação da saúde da família;

ii) mesmo que o nível de participação dos profissionais médicos e enfermeiros nos cursos de qualificação tenha percentual bastante próximo (sendo que para os profissionais dentistas é caracterizada uma distância maior em relação às outras categorias), há que se considerar que outras variáveis das categorias profissionais podem também interferir adesão aos cursos de qualificação, tais como: as particularidades de cada categoria profissional no que diz respeito ao corporativismo tão comum entre as profissões da saúde, como também o conhecimento técnico altamente especializado que define papéis e responsabilidades no processo de trabalho, volume de atendimentos que podem sobrecarregar os profissionais dificultando sua participação em ações de formação;

iii) inevitavelmente outro aspecto que pode contribuir para pouca adesão dos profissionais aos curso de qualificação diz respeito às metodologias de ensino e aprendizagem utilizadas para os cursos ofertados para os profissionais que atuam na saúde da família. Tendo o grande desafio de que sejam suficientemente atrativas para não representar um obstáculo direto para a participação das diferentes categorias profissionais;

iv) além do índice de participação dos profissionais nos cursos de qualificação uma pergunta subjacente remete à necessidade também de avaliação do conteúdo aplicado ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. A esse respeito vale lembrar que a mensuração do resultado de capacitação, em geral, encontra fortes dificuldades no âmbito da gestão de recursos humanos que, naturalmente, são maximizadas no contexto da saúde pela natureza do trabalho. Por outro lado, avanços nesse sentido poderiam contribuir para melhorias em todo processo de qualificação;

v) embora não tenha sido foco desse estudo, a percepção dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família acerca da qualificação poderia também contribuir para a compreensão dos fatores impeditivos para uma maior adesão e possíveis melhorias visando melhor articulação entre as diferentes dimensões envolvidas nesse processo.

Deve-se considerar, no entanto, que as análises realizadas neste trabalho tomaram por referência apenas as práticas adotadas em Minas, não levando em conta aquelas desenvolvidas por outros estados. Nesse sentido, a ocorrência de poucas comparações com diferenças estatísticas pode-se justificar em função da realização de ações voltadas para a qualificação para o trabalho em outros estados que, por consequência, poderiam ser responsáveis por gerar impacto nos indicadores agrupados do sudeste e do país. Entretanto a baixa frequência de profissionais qualificados no país como um todo também evidencia dificuldades mais abrangentes, que não dizem respeito apenas ao estado de Minas Gerais.

Por fim, há que ressaltar o grande avanço acerca das evidências sobre gestão de recursos humanos sobre a estratégia da saúde da família em Minas Gerais, destacando-se uma significativa evolução de um momento histórico recente caracterizado pelas profundas dificuldades no simples mapeamento da distribuição dos profissionais nas equipes pelo Estado, até o momento atual quando é possível a partir de evidências qualificar melhorias das políticas públicas visando, em última instância, a qualidade da prestação dos serviços de saúde para os usuários do sistema público.

6. Referências Bibliográficas

BARBOSA, A.C.Q.; PERPÉTUO, I.H.O; SILVA, N.C.; COELHO, A.C.O. *Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas - estudo amostral 2008*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde FACE/UFMG, 2009. (relatório de pesquisa)

BARBOSA, A.C.Q.; RODRIGUES, J.M.; PERPÉTUO, I.H.O; ANDRADE, J.O.; SILVA, N.C; RODRIGUES, R.B; MUNIZ, R.M.; NUNER, T.C.M. *Carreira profissional em saúde na Estratégia*

Saúde da Família: uma proposta do Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Belo Horizonte, Observatório de Recursos Humanos em Saúde FACE/UFMG, 2009 (*mimeo*).

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. *Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de Saúde da Família*. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

GUGLIEMI, M. C. *A política pública “Saúde da Família” e a permanência/fixação do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco*. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.6, no.2, 2001.

MENDES E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENESES E ROCHA, A.A. R.; TRAD, L. A. B. *A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática*. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

PALMER, R. H.; REILLY, M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care*, n. 18, p. 693-717, 1979.

PERPÉTUO, I.H.O; OLIVEIRA, A.C; RIBEIRO, M.M.; RODRIGUES, R.B. *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde FACE/UFMG, 2009. 140p.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática*. IN: Barros, A.F.R. (org.) et al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

PUSTAI, Oldaci José. *O Sistema de Saúde no Brasil*. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). *Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; p. 69-75, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES/MG). Programa de educação permanente para médicos de família – PEP. Guia 2008 (Versão preliminar). Escola de Saúde Pública, Gerência de Educação Permanente, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008 (*mimeo*).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES/MG). *Saúde em casa: melhorando a qualidade da atenção primária prestada aos mineiros*. Belo Horizonte, 2007. Disponível

em: <www.saude.mg.gov.br> acessado em: 10/02/2010.

SILVERIO, J.B. *Programa de educação permanente para médicos de família*. Rev. Med. Minas Gerais 2008; 18(60 4 Supl 4): S60-S66.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, Sílvia Maristela Pasa. *A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde*. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 76-87.

ANEXO I – TABELAS 12 A 30

Tabela 12 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de hanseníase, 2008.

Hanseníase	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	46,5%	39,5%	14,0%	92	57,6%	37,0%	5,4%
Região Sudeste	325	51,7%	36,0%	12,3%	353	64,0%	32,7%	3,3%
Brasil	1974	48,9%	32,7%	18,4%	2116	64,4%	31,6%	4,0%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 13 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de tuberculose, 2008.

Tuberculose	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	55,8%	31,4%	12,8%	92	63,0%	31,5%	5,4%
Região Sudeste	325	59,1%	29,8%	11,1%	353	73,0%	24,1%	2,9%
Brasil	1974	51,7%	29,5%	18,8%	2116	68,5%	27,7%	3,8%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 14 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de DST/AIDS, 2008.

DST/AIDS	Médico*				Enfermeiro**				Dentista			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	34,9%	51,2%	14,0%	92	51,1%	42,4%	6,5%	89	31,5%	65,2%	3,4%
Região Sudeste	325	49,8%	39,1%	11,1%	353	67,0%	29,2%	3,8%	319	35,5%	60,5%	4,0%
Brasil	1974	46,6%	34,4%	19,0%	2116	68,2%	27,3%	4,5%	1845	33,6%	57,8%	8,6%

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação a atualização de médicos na área de DST/Aids ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação a atualização de enfermeiros na área de DST/Aids ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 15 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de diabetes, 2008.

Diabetes	Médico*				Enfermeiro**			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	43,0%	41,9%	15,1%	92	45,7%	47,8%	6,5%
Região Sudeste	325	55,7%	32,6%	11,7%	353	62,7%	34,4%	3,0%
Brasil	1974	49,3%	31,4%	19,3%	2116	58,7%	37,1%	4,1%

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste em relação a atualização de médicos na área de Diabetes ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação a atualização de enfermeiros na área de Diabetes ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 16 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de hipertensão, 2008.

Hipertensão	Médico				Enfermeiro*			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	46,5%	40,7%	12,8%	92	46,7%	47,8%	5,4%
Região Sudeste	325	56,1%	33,0%	10,9%	353	62,0%	35,3%	2,7%
Brasil	1974	50,1%	31,1%	18,8%	2116	58,9%	36,7%	4,3%

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação a atualização de enfermeiros na área de Hipertensão ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 17 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde da criança, 2008.

Saúde da Criança	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	32,6%	53,5%	14,0%	92	48,9%	45,7%	5,4%
Região Sudeste	325	38,9%	48,7%	12,4%	353	61,1%	35,8%	3,2%
Brasil	1974	33,9%	46,2%	19,8%	2116	53,7%	41,8%	4,4%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 18 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde da mulher, 2008.

Saúde da Mulher	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	37,2%	48,8%	14,0%	92	68,5%	27,2%	4,3%
Região Sudeste	325	45,3%	43,1%	11,6%	353	76,2%	21,5%	2,3%
Brasil	1974	42,5%	38,6%	18,9%	2116	69,8%	26,1%	4,1

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 19 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde do idoso, 2008.

Saúde do Idoso	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	30,2%	55,8%	14,0%	92	41,3%	53,3%	5,4%
Região Sudeste	325	33,9%	54,0%	12,1%	353	48,3%	48,3%	3,3%
Brasil	1974	31,2%	48,9%	19,9%	2116	42,8	52,5	4,6

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 20 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde do homem, 2008.

Saúde do Homem	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	16,3%	69,8%	14,0%	92	14,1%	80,4%	5,4%
Região Sudeste	325	18,9%	69,2%	11,9%	353	18,9%	77,9%	3,2%
Brasil	1974	14,5%	64,5%	20,9%	2116	14,8	80,0	5,2

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 21 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde do trabalhador, 2008.

Saúde do Trabalhador	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	19,8%	66,3%	14,0%	92	35,9%	58,7%	5,4%
Região Sudeste	325	19,7%	68,4%	11,9%	353	32,6%	63,7%	3,7%
Brasil	1974	21,8%	57,5%	20,7%	2116	31,8	62,8	5,4

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 22 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde do adolescente, 2008.

Saúde do Adolescente	Médico*				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	22,1%	65,1%	12,8%	92	28,3%	66,3%	5,4%
Região Sudeste	325	22,4%	65,1%	12,5%	353	37,8%	59,0%	3,2%
Brasil	1974	20,8%	58,0%	21,2%	2116	34,7	60,3	5,0

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste em relação a atualização de enfermeiros na área de Saúde do Adolescente ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 23 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a saúde mental, 2008.

Saúde Mental	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	26,7%	60,5%	12,8%	92	37,0%	57,6%	5,4%
Região Sudeste	325	39,6%	49,9%	10,5%	353	45,0%	52,2%	2,8%

Saúde Mental	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	26,7%	60,5%	12,8%	92	37,0%	57,6%	5,4%
Região Sudeste	325	39,6%	49,9%	10,5%	353	45,0%	52,2%	2,8%
Brasil	1974	31,7%	48,6%	19,7%	2116	38,3	57,2	4,5

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 24 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por imunização, 2008.

Imunização	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	22,1%	64,0%	14,0%	92	73,9%	21,7%	4,3%
Região Sudeste	325	24,0%	64,9%	11,1%	353	75,0%	22,5%	2,4%
Brasil	1974	22,4%	58,3%	19,3%	2116	73,5%	22,6%	3,9%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 25 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por alimentação e nutrição, 2008.

	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	19,8%	66,3%	14,0%	92	42,4%	53,3%	4,3%
Região Sudeste	325	25,5%	62,5%	12,0%	353	45,6%	51,5%	2,9%
Brasil	1974	20,9%	58,1%	21,0%	2116	40,3%	55,1%	4,6%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 26 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por ações de promoção a saúde, 2008.

Ações de Promoção à Saúde	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	45,3%	41,9%	12,8%	92	56,5%	38,0%	5,4%
Região Sudeste	325	46,8%	41,9%	11,3%	353	63,3%	33,4%	3,3%
Brasil	1974	42,9%	37,5%	19,7%	2116	60,5%	35,0%	4,6%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 27 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram de atualização voltada por a cuidado de dengue, 2008.

Dengue	Médico				Enfermeiro			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	60,5%	27,9%	11,6%	92	66,3%	28,3%	5,4%
Região Sudeste	325	62,2%	27,8%	10,1%	353	74,7%	22,4%	2,9%
Brasil	1974	55,1%	27,8%	17,1%	2116	69,0%	26,9%	4,1%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 28 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram treinamento de preenchimento do SIAB, 2008.

Treinamento para	Médico				Enfermeiro			
------------------	--------	--	--	--	------------	--	--	--

preenchimento do SIAB								
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	86	32,6%	57,0%	10,5%	92	47,8%	47,8%	4,3%
Região Sudeste	325	36,7%	52,1%	11,1%	353	58,3%	38,9%	2,8%
Brasil	1974	29,4%	53,1%	17,5%	2116	55,1%	40,7%	4,3%

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 29 Número total e percentual de profissionais de saúde que participaram do curso introdutório à Saúde de Família, 2008.

Curso	Médico*				Enfermeiro**				Dentista**			
	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI	N	Sim	Não	NS/NI
Introdutório à Saúde da Família												
Minas Gerais	86	34,9%	53,5%	11,6%	92	43,5%	53,3%	3,3%	89	30,3%	66,3%	3,4%
Região Sudeste	325	44,7%	42,6%	12,7%	353	56,4%	41,4%	2,2%	319	50,8%	45,6%	3,6%
Brasil	1974	44,8%	38,1%	17,1%	2116	55,7%	40,3%	4,0	1845	48,6	43,4	8,0

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Brasil em relação aos médicos que realizaram do curso introdutório à Saúde da Família ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação aos enfermeiros e dentistas que realizaram curso introdutório à Saúde da Família ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

Tabela 30 Número total e percentual de dentistas saúde que participaram de atualizações, 2008.

	Ações de saúde bucal para pessoas com necessidades especiais (diabéticos, hipertensos, dentre outros)				Atenção à gestante e ao bebê*			Diagnóstico de lesões bucais**			Biossegurança		
	N	Sim	Não	NS/NI	Sim	Não	NS/NI	Sim	Não	NS/NI	Sim	Não	NS/NI
Minas Gerais	89	47,2%	50,6%	2,2%	30,3%	66,3%	3,4%	40,4%	55,1%	4,5%	39,3%	57,3%	3,4%
Região Sudeste	319	50,8%	45,7%	3,5%	42,3%	54,4%	3,3%	51,8%	43,8%	4,4%	53,0%	42,2%	4,8%
Brasil	1845	41,8%	50,2%	8,0%	37,5%	54,7%	7,8%	53,6%	38,3%	8,2%	56,4%	35,4%	8,2%

* Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste em relação à atualização em atenção à gestante e ao bebê ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Brasil em relação à atualização em diagnóstico de lesões bucais ($p < .01$).

*** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente

significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação à atualização em biossegurança ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

- Continuação
-

	Dentística*			Periodontia Básica**			Urgências Odontológicas (pulpites, manejo de acidentes e complicações na clínica odontológica, traumatismos, etc)***			Cirurgia buco-dentária ou oral menor***		
	N	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	
Minas Gerais	89	32,6%	64,0 3,4%	31,5%	65,2%	3,4%	42,7%	53,9%	3,4%	18,0%	78,7%	3,4%
Região Sudeste	319	45,2%	51,0 3,9%	39,1%	56,8%	4,1%	53,4%	43,4%	3,2%	28,3%	68,4%	3,3%
Brasil	1845	49,6	41,6 8,8	39,2	52,1	8,7	54,7	36,7	8,6	32,5	58,8	8,7

Nota: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação à atualização em dentística ($p < .01$).

** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Brasil em relação à atualização em Periodontia básica ($p < .01$).

*** Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre Minas Gerais e Sudeste e entre Minas Gerais e Brasil em relação à atualização em urgências odontológicas e cirurgia buco-dentária menor ($p < .01$).

Fonte: a partir da tabulação dos dados.

- continuação

	Farmacoterapia				Prótese total e parcial removível			
	N	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	Sim	Não NS/NI	
Minas Gerais	89	28,1%	68,5%	3,4%	16,9%	79,8%	3,4%	
Região Sudeste	319	31,6%	63,6%	4,8%	21,7%	74,6%	3,7%	
Brasil	1845	31,5	59,1	9,4	23,4	68,4	8,2	

Fonte: a partir da tabulação dos dados.