

A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA E A RELAÇÃO COM A MELHORIA DA PERFORMANCE CLÍNICA DE MÉDICOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE JEQUITINHONHA – MG

THE USE OF PATIENT-CENTERED CLINICAL METHOD AND ITS RELATION TO THE IMPROVED CLINICAL PERFORMANCE OF THE PROGRAM FOR CONTINUING EDUCATION FOR FAMILY HEALTH DOCTORS IN JEQUITINHONHA REGION – MG

Cleya da Silva Santana Cruz¹,
Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes²,
Sheyla Ribeiro Rocha Martins³, Evanildo José da Silva³,
João Batista Silvério⁴, Leida Calegário de Oliveira⁵

Resumo

O Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP) foi implantado na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ), em 2010, com a finalidade de melhorar o nível de resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, com a utilização da educação permanente voltada ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e melhoria da performance clínica dos médicos. Este trabalho objetivou avaliar o programa na RASJ. Foi desenvolvido em 14 municípios, com 31 médicos e 383 usuários dos serviços. Pesquisa descritiva e quantitativa utilizou como instrumentos de

Abstract

The Program for Continuing Education for Physicians in Family Health Strategy – PEP – was implanted in the Extended Health Region Jequitinhonha – RASJ – in 2010 with the purpose of improving the level of solvability of Primary Health Care, with the use of continuing education focused on the Person Centered Clinical Method – MCCP – and on the improvement of the clinical performance of doctors. This study evaluated the program in RASJ. It was developed in 14 municipalities, with 31 doctors and 383 service users. Descriptive and quantitative research utilized as

¹ Superintendência Regional de Saúde de Diamantina da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
joaquimcezar@yahoo.com.br

² Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

³ Faculdade de Medicina da UFVJM.

⁴ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

⁵ Departamento de Farmácia da UFVJM.

coleta de dados questionários e gravações das entrevistas das consultas. Foi realizada análise descritiva dos dados e aplicado o X^2 e o Teste Exato de Fisher. Os médicos relataram redução de encaminhamentos (93,5%) e pedidos de exames desnecessários (96,8%), assim como reestruturação das consultas (93,5%); 76,1% dos usuários perceberam melhoria nos atendimentos após a participação do médico no PEP. Conclui-se, assim, que a educação permanente nos moldes do PEP pode melhorar o desempenho clínico dos médicos e aumentar o envolvimento do usuário no atendimento pela utilização do MCCP.

Palavras chave: Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Relações Médico-Paciente; Assistência Centrada no Paciente.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de ser um nível de atenção em que predominam a utilização de poucos equipamentos e a baixa densidade tecnológica, exige dos múltiplos profissionais uma complexidade na articulação de seus diversos saberes. Em relação aos profissionais médicos, percebe-se a necessidade de desenvolver uma abordagem adequada e efetiva de transformação em busca do atendimento a esse pressuposto. Outras necessidades comumente demandadas são uma sofisticada síntese de saberes e complexa interação de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ABDALLA *et al.*, 2009).

É fato que o conhecimento se deteriora com o tempo e, que para ser um bom profissional, além dos conhecimentos técnicos, sobretudo é necessário aguçar os atributos humanos. Em busca de um bom desempenho na profissão, o médico deve ser capaz de perceber as inquietações de cada pessoa, adaptar-se aos contextos variados e, após a formação profissional, manter a Educação Permanente (EP), instrumento que lhe fará crescer continuamente no seu trabalho (BLANK, 2006).

instruments for data collection questionnaires and recorded interviews of queries. Descriptive data analysis was performed and the X^2 test and Fisher's Exact Test were applied. Doctors reported a reduction of referrals (93.5%) and requests for unnecessary tests (96.8%) as well as restructuring of the consultations (93.5%) and 76.1% of users noticed improvements in care after the physician's participation in the PEP. Thus, it is concluded that continuous education along the lines of PEP can improve the clinical performance of physicians and increase service user involvement in the use of MCCP.

Keywords: Education Continuing; Primary Health Care; Health Services; Physician-Patient Relations; Patient-Centered Care.

Na área da saúde, a EP se apresenta como forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem, inclusive, as necessidades de sua comunidade. Intenciona aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, buscando melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

De acordo com Ceccim e Ferla (2008), a EP convida à criação e à construção conjuntas, sendo requeridas para tanto novas sensibilidades e condutas: escuta, solidariedade, gestos, capacidade de afetar o outro e de ser afetado por ele, transformando o cotidiano. Portanto, é necessário que os profissionais adquiram novas habilidades, rompam com os modelos hegemônicos, superem as modelagens de serviços centrados em procedimentos, para que assumam o seu lugar ativo dentro da EP (CECCIM, 2005).

Para Nicoletto *et al.* (2013), à medida que os trabalhadores de saúde, como os atores em ação no processo de trabalho, fazem reflexão sobre suas práticas e avançam no conhecimento e na qualificação das ações e serviços de saúde, a EP promove mudanças no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Assim também aponta Sarreta (2010), quando afirma que a implantação da Política de EP possui elementos capazes de aprimorar o processo de trabalho, uma vez que a formação sugerida parte das necessidades sentidas pelos sujeitos.

Nessa perspectiva de adoção de novas práticas de saúde, no Estado de Minas Gerais, a EP em Saúde foi eleita como uma atividade essencial aos profissionais. Para tal fim, o Estado criou, em 2005, o Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP), como forma de intervir na educação dos profissionais médicos, lidando, assim, com a grande heterogeneidade de competências e a EP dos médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SILVÉRIO, 2007).

Os objetivos desse programa estão ligados à melhoria de qualidade da APS, uma vez que estimula o profissional a trabalhar utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), aperfeiçoando as habilidades de comunicação e as habilidades clínicas, procurando melhorar sua performance clínica e promovendo o estímulo ao autocuidado da pessoa. Para Mendes (2012), decisões clínicas devem ser exercidas com base em diretrizes clínicas construídas valendo-se de evidências científicas que necessitam ser discutidas com os usuários dos serviços, de forma que esses possam compreender melhor a atenção à saúde que lhes é prestada.

O PEP está estruturado, entre outras bases, nos Grupos de Aperfeiçoamento Profissional, os GAPs, de estrutura fixa, formados por oito a 12 médicos que trabalham em ESF de uma mesma Região de Saúde e que conduzem o processo continuado de autoaprendizagem individual e coletiva. Os GAPs devem ser capazes de identificar as necessidades dos profissionais para melhoria do desempenho clínico, utilizando os recursos educacionais

disponibilizados pelo programa. Essa estratégia educacional busca estabelecer cooperação contínua entre os médicos da região, voltada para o aperfeiçoamento da prática profissional (SILVÉRIO, 2007).

Pendleton e colaboradores (2011) afirmam que a consulta médica deve envolver duas perspectivas: a do médico e a do paciente. Ambas são importantes e necessárias. Para tanto, torna-se necessária a aplicação de um modelo em que a consulta se centre no paciente, buscando-se a abstração de informações que auxiliem o profissional na construção do diagnóstico, bem como empoderamento e maior adesão da pessoa ao tratamento.

Pelo fato de a consulta médica centrada na pessoa ser o centro gravitacional da metodologia de aprendizagem do programa, o MCCP é utilizado durante os atendimentos. Esse propõe um conjunto de seis componentes, inter-relacionados, que contribuem para que o profissional possa fazer um atendimento mais focado na pessoa. Baseia-se na exploração e na interpretação da doença, bem como na experiência daquele que tem a doença; no entendimento do ser em sua totalidade; na elaboração de uma programação conjunta de manejo da doença, com definição dos papéis de cada um dos atores; na incorporação de medidas de prevenção e de promoção da saúde; no fortalecimento da relação médico e pessoa e no enfoque da viabilidade em relação a custo e tempo (STEWART *et al.*, 2010; BALLESTER *et al.*, 2010).

No MCCP, os profissionais são encorajados a utilizarem as habilidades de comunicação com o objetivo de alcançar a centralidade na pessoa durante a consulta médica, e com isso a busca de atendimento integral, resolutivo e promoção do autocuidado do paciente. Segundo Souto e Pereira (2011), a coleta de uma história clínica centrada no sujeito permite que flua, automaticamente, ao final dela, um rol de necessidades de saúde, podendo gerar demandas de mobilização de equipe multiprofissional, de identificação de redes de apoio e de qualificação do processo assistencial, de EP para o profissional, além do próprio cuidado do indivíduo.

O PEP utiliza-se do MCCP, que é uma oposição ao termo *medicina centrada na doença*. Para a utilização desse método, é necessário que ocorra mudança de mentalidade do médico, que deverá abandonar a ideia de hierarquia, na qual o profissional está no comando, e a pessoa se apresenta como sujeito passivo do processo (BROWN *et al.*, 2010).

Diante do exposto, neste estudo, avaliou-se o PEP em desenvolvimento na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais (RASJ), tendo em vista os objetivos propostos de melhoria da performance clínica e utilização do MCCP. Para isso, foi necessária a inclusão na pesquisa das perspectivas de médicos e usuários do serviço de saúde.

2 Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em equipes da ESF de 14 municípios que integram a RASJ de Minas Gerais. Teve como critérios de inclusão médicos com frequência igual ou superior a 60,0% nos encontros de GAPs do PEP, ocorridos no período de novembro de 2010 a maio de 2012, e que compunham a equipe da ESF no mínimo havia um ano. Os usuários participantes foram aqueles cadastrados nas ESF cujos médicos foram selecionados para este estudo.

A amostra de médicos da pesquisa foi definida por conveniência (OLIVEIRA, 2001), já que somente poderiam ter potencial de respostas aqueles profissionais que efetivamente participaram do PEP com frequência considerável. Esse foi o fator determinante para que fosse considerado como um dos critérios de exclusão da amostra a frequência inferior a 60,0% nos encontros dos GAPs.

Foram entrevistados usuários das equipes da ESF nos 14 municípios onde havia médicos com frequência de participação nos encontros de GAP igual ou superior a 60,0%. Para se definir o número de usuários a serem entrevistados, o cálculo do tamanho amostral deu-se segundo Siqueira e Tibúrcio (2011), utilizando-se os seguintes parâmetros: p: 50%, e: 5%, z: 95%.

Com o uso do MCCP, passou-se a utilizar, principalmente na APS, o termo pessoa

em substituição ao termo paciente (BROWN *et al.*, 2010). Neste trabalho, buscou-se utilizar o termo pessoa para denominação de paciente, no entanto, em alguns momentos foram utilizados os termos paciente ou usuário, quando tais formas semânticas se mostraram mais apropriadas.

Com o intuito de se estabelecer o número de usuários a serem entrevistados em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), foi realizada a divisão entre o número total de usuários da amostra pelo número total de médicos que atendiam aos critérios de inclusão.

Posteriormente, os usuários foram selecionados utilizando-se do sorteio aleatório simples (SIQUEIRA e TIBÚRCIO, 2011). Foi necessário considerar como critérios de inclusão que os usuários somente poderiam participar da pesquisa se fossem clientes há mais de um ano do médico participante e se apresentassem um mínimo de duas consultas registradas no prontuário da UBS no último ano e com este profissional. O método utilizado foi o sorteio de prontuários da UBS, caso o sorteado não atendesse aos critérios anteriormente descritos, selecionava-se próximo prontuário até que todos os critérios fossem atendidos.

Os dados foram obtidos através de instrumentos para coleta de dados e filmagens de consultas. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2012.

Os instrumentos para coleta de dados de usuários e de médicos seguiram o método da Escala de Likert que apresenta escala de intervalo entre concordância e discordância, visando mensurar julgamentos, opiniões e atitudes (MARCONI e LAKATOS, 2007).

Os profissionais foram questionados quanto à possibilidade de gravação (áudio e vídeo) das suas consultas. Dentre os médicos que autorizaram, foram também solicitados consentimentos aos usuários que aguardavam na sala de espera e que concordaram em participar das gravações. Para cada profissional foi sorteado um usuário para a efetivação deste procedimento, seguindo-se a metodologia padronizada para os encontros do PEP (*checklist* de abertura

da consulta e exploração dos problemas). Posteriormente, as gravações foram analisadas pelos pesquisadores.

A análise quantitativa dos dados foi feita utilizando-se o *software* Epi Info. 6.04. Foram realizadas análises de estatística descritiva, com o objetivo de verificar os impactos do PEP para médicos da ESF. Foi aplicada a estatística com cálculo de medidas de tendência central (valores que representem bem a distribuição da variável de interesse) e medidas de variabilidade (para análise do grau de agregação/relação de significância). Para efeito de verificação de valores significativos ou não, foram utilizados, segundo Siqueira e Tibúrcio (2011), os testes estatísticos qui-quadrado (X^2) e Teste Exato de Fisher.

O presente trabalho e seus instrumentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de

Montes Claros sob o Parecer nº 3238/2012, e seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96.

3 Resultados e discussões

O número total de municípios envolvidos foi de 14, com a participação de 31 médicos e de 383 usuários.

Utilização do MCCP e melhoria da performance clínica

Na análise de seis variáveis relativas à melhoria da performance clínica e aplicação do MCCP, observamos que a maior parcela dos médicos entrevistados respondeu positivamente. Os resultados estão apresentados na TAB. 1.

Tabela 1: Melhoria da performance clínica e aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sob o ponto de vista dos médicos participantes do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP) em desenvolvimento na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012

VARIÁVEL	SIM (%)	NÃO (%)
Estudos em grupos e/ou individuais já ajudaram a resolver problemas no atendimento médico	96,6	3,4
Utilização do MCCP nas consultas	93,5	6,5
Melhoria da inter-relação com o paciente	93,5	6,5
Percepção na melhoria da qualidade da saúde da população pela participação do médico no PEP	90,0	10,0
Redução de encaminhamentos desnecessários	93,5	6,5
Redução de pedidos de exames desnecessários	96,8	3,2

Ao serem questionados sobre o desempenho clínico, 96,6% dos médicos relataram que os estudos em grupo ou individuais realizados no GAP já os ajudaram a resolver problemas relacionados ao atendimento, e 93,5% deles referiram utilizar o MCCP em suas consultas.

Quanto ao desempenho dos médicos na utilização do MCCP, após sua participação no PEP, 93,5% dos entrevistados

relataram melhoria na inter-relação com o paciente. Franco, Bastos e Alves (2005) citam que 85,4% dos médicos participantes de seu estudo consideraram a relação com o paciente diferenciada na ESF, por esta permitir maior proximidade e confiança, se comparada a outros serviços de saúde.

Os resultados demonstram que, do total de médicos entrevistados, 90,0% relataram

perceber melhoria da qualidade de saúde da população, por sua participação no PEP. No trabalho realizado por Silva, Vasconcelos e Matos Filho (2010), 55,0% dos profissionais relataram melhoria da performance após participação nesse tipo de programa. Franco, Bastos e Alves (2005) explicaram que a mudança, muito referida por profissionais, está relacionada com um maior comprometimento do médico e com a realização de atendimento no qual o paciente é visto integralmente.

Entre os médicos participantes da pesquisa, 93,5% e 96,8% afirmaram ter reduzido os encaminhamentos e os pedidos de exames desnecessários, respectivamente. Os estudos de Bertakis e Azari (2011) demonstraram que a prática de uma medicina centrada no paciente está associada à redução da utilização de recursos de saúde (consultas especializadas, recorrências ao

serviço de urgência, hospitalizações, exames complementares de diagnóstico). No Brasil, são raros os estudos que abordam diretamente a solicitação de exames médicos, sendo seletos e não refletindo a realidade do todo do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Baseando-se na visão dos médicos frequentes no PEP da RASJ, pode-se inferir melhoria da performance clínica desses pela participação no programa. Segundo Assis e colaboradores (2012), o médico participante do PEP reconhece que o programa atende às suas expectativas e contribui para a sua prática, indicando uma satisfação com a qualificação ofertada, apesar de esse fato não se expressar com frequência sistemática.

A análise de três variáveis relativas à percepção do usuário quanto ao atendimento prestado pelos médicos participantes é apresentada na TAB. 2.

Tabela 2: Percepção do usuário quanto ao atendimento dos médicos do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família em desenvolvimento na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

VARIÁVEL	SIM (%)	NÃO (%)
Estudos em grupos e/ou individuais já ajudaram a resolver problemas no atendimento médico	96,6	3,4
Utilização do MCCP nas consultas	93,5	6,5
Melhoria da inter-relação com o paciente	93,5	6,5
Percepção na melhoria da qualidade da saúde da população pela participação do médico no PEP	90,0	10,0
Redução de encaminhamentos desnecessários	93,5	6,5
Redução de pedidos de exames desnecessários	96,8	3,2

A maioria dos usuários (96,0%) que participaram da pesquisa afirmou que o médico da ESF dá orientações claras a respeito da sua doença, certificando-se do seu entendimento. Da mesma forma, a maioria dos usuários (93,1%) afirmou que o médico participante do PEP explica, de forma clara, como se deve tomar o medicamento. Dados similares também foram apontados no estudo de Sparrenberger *et al.* (2013), demonstrando

que pacientes portadores de dores crônicas atendidos por profissionais que utilizam o MCCP tiveram maior compreensão acerca do significado de sua doença.

Em relação à percepção dos usuários quanto à inclusão pelo profissional de seu ponto de vista no momento de planejar o tratamento e o cuidado, a maioria destes (57,0%) afirmou que isso não ocorreu durante suas consultas. Ao estudar a

comunicação entre médicos e pacientes, Caprara, Rodrigues e Montenegro (2001) relataram que, no começo da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer relação empática com o paciente. Mas, apesar disso, esses autores afirmam que 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema; em 58,0% das consultas, não é verificado o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado, ao passo que, em 53,0% das consultas não há verificação da compreensão do paciente quanto às indicações terapêuticas. Em estudo posterior, Caprara e Rodrigues (2004) apontam que os médicos não reconhecem o paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela própria saúde, além de não desenvolverem a autonomia e a participação do paciente no processo de adesão ao tratamento e às práticas de prevenção e promoção da saúde.

No trabalho de Nascimento Júnior e Guimarães (2003), os autores afirmam que a participação do paciente na tomada de decisões varia de acordo com a relação médico-paciente e apresentam três tipos de relação. No tipo de relação chamada de “atividade-passividade”, o paciente abandona-se por completo e aceita passivamente os cuidados médicos, sem mostrar necessidade ou vontade de compreendê-los. Na relação de “direção-cooperação”, o médico assume seu papel de maneira, até certo ponto, autoritária, mas o paciente compreende e aceita tal atitude, procurando colaborar. No tipo de relação de “participação mútua e recíproca”, o médico permanece no seu papel de definir os caminhos e os procedimentos, mas o paciente compreende e atua conjuntamente. Nesse caso, as decisões são tomadas após troca de ideais e análise de alternativas. O paciente assume a responsabilidade, havendo, então, uma interpenetração de papéis, ou seja, uma aliança entre o cliente e o médico.

A experiência da doença pelo paciente envolve aspectos culturais, familiares e emocionais. A percepção diferenciada entre

médicos e pacientes no relacionamento é influenciada por questões que enfatizam a assimetria e dificultam o estabelecimento de uma melhor relação. Essa diferença é reafirmada pela compreensão da doença por parte do usuário, que perpassa por caminhos diversos daqueles do médico.

A análise dos dados apresentados neste estudo possibilita inferir, sob o ponto de vista do usuário, melhoria do desempenho profissional dos médicos frequentes no PEP.

Análise das entrevistas das consultas médicas

As consultas médicas (n=09) não foram gravadas integralmente, mas apenas as entrevistas, de forma a reduzir o impacto da intervenção na consulta, uma vez que essa precisa acontecer em uma situação de total entrega do médico e do usuário, sem interferências externas. Ao analisarmos o tempo utilizado para as entrevistas, a média foi de 6 minutos e 59 segundos (dp \pm 4,3), com tempo máximo de 14 minutos e 49 segundos e tempo mínimo de 2 minutos e 56 segundos.

Outros estudos analisaram a duração da consulta como um todo, e não apenas a entrevista, como feito neste trabalho. Franco, Bastos e Alves (2005) apontaram a duração da consulta de oito a 15 minutos, enquanto Caprara e Rodrigues (2004) revelaram a duração média de nove minutos com ampla variação de dois até 24 minutos. No trabalho de Cotta *et al.* (2006), 66,8% dos entrevistados relataram que a consulta tinha duração de 15 a 30 minutos.

Caprara e Rodrigues (2004) informaram que maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento, permitindo a realização de uma anamnese mais adequada, melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e a inclusão da perspectiva desse na consulta. Ademais, maior tempo de consulta facilita a escuta, o vínculo e o acolhimento (SILVA; VASCONCELOS; MATOS FILHO, 2010).

A média de interrupção da fala do paciente na descrição da queixa principal ou motivo da consulta foi de 36 segundos (dp \pm 26), sendo o tempo mínimo de 5 segundos, e o máximo, de 1 minuto e dezessete segundos. A análise das consultas gravadas mostrou que 11,1% dos profissionais não interromperam a fala dos usuários, e 11,1% não permitiram que esses expressassem o motivo da consulta livremente, direcionando as perguntas desde o início da entrevista (dados não mostrados). Sabe-se que, com a inclusão da perspectiva do paciente na consulta, o médico consegue extrair dele informações importantes para o seu cuidado e que o tempo de escuta do usuário também demonstra o desenvolvimento das habilidades de comunicação. Segundo o trabalho de Beckmam e Frankel (1984), 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos antes de 15 segundos da explicação do problema. No presente estudo, os médicos participantes demoraram um tempo 140% superior para fazer a primeira interrupção da fala dos usuários em relação aos resultados apresentados no trabalho de Beckmam e Frankel (1984).

Mattos (2001) cita que a cobrança de produtividade para consultas médicas pode impedir um atendimento norteado pelos princípios da integralidade, sobretudo aqueles relativos a uma escuta atenta, à formação do vínculo com o paciente, ao acolhimento e à abertura para outras demandas e compromissos. Entre os médicos entrevistados no presente estudo, 62,1% possuem dois ou mais vínculos empregatícios (dados não mostrados), o que pode comprometer o cumprimento da carga horária de trabalho exigida na ESF. Assim, com menor tempo disponível para o trabalho na ESF e com grande número de consultas a serem realizadas, resta executá-las no menor tempo possível, de forma a cumprir as metas de produtividade. Nesses moldes, não há muito tempo para envolver o paciente na consulta, ouvi-lo, discutir estratégias, tomar decisões conjuntamente, certificar-se da compreensão das informações prestadas ao usuário.

Percepção do usuário quanto ao atendimento médico

Os resultados da percepção dos usuários da ESF, quanto à mudança na qualidade do atendimento dos médicos que participaram do PEP, no ano de 2012 são apresentados na FIG. 1.

Figura 1: Percepção dos usuários em relação ao atendimento dos médicos participantes do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012.

Sim: usuário percebeu melhoria na qualidade do atendimento.

Não: usuário não percebeu melhoria na qualidade do atendimento.

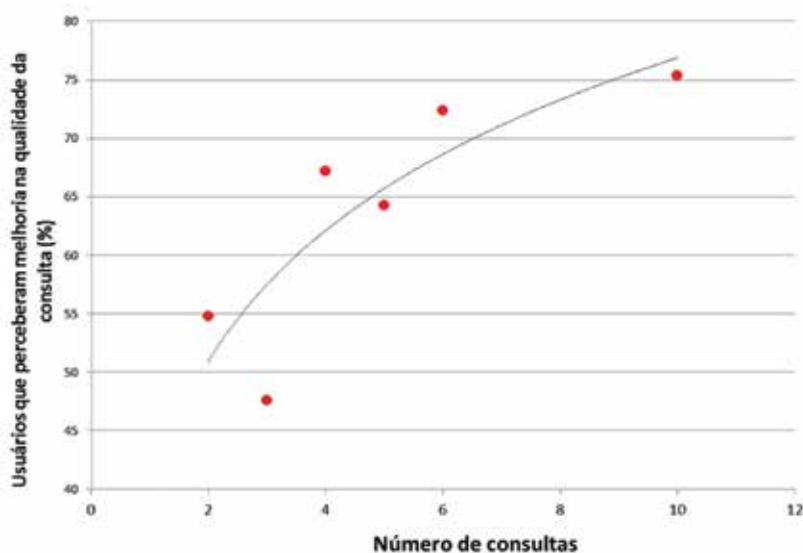


A maior parcela dos usuários (76,1%) respondeu ter notado diferença no atendimento médico no ano de 2012, referindo melhoria na qualidade desse atendimento prestado pelo participante efetivo do PEP. Afirmaram também que o médico se mostrou mais atencioso e preocupado com eles. Para Urdan (2001), o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar. Segundo Lima-Costa e Loyola Filho (2008), características como idade mais elevada, sexo feminino e escolaridade superior são independentemente associadas ao maior uso e satisfação dos usuários com os profissionais e os serviços de saúde do SUS.

Percepção do usuário quanto à melhoria na qualidade da consulta

A relação entre a percepção dos usuários quanto à melhoria na qualidade do atendimento médico e o número de consultas realizadas pelos mesmos em 2012 estão apresentados na FIG. 2.

Figura 2: Relação entre o número de consultas e o percentual de usuários do SUS que afirmaram melhoria no atendimento dos médicos participantes do Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família, Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG, 2012. A linha expressa uma tendência logarítmica.



Observa-se tendência da percepção da melhoria da qualidade do atendimento médico à medida que se eleva o número de consultas; entretanto, não é uma relação diretamente proporcional, demonstrando que outros fatores podem interferir nessa percepção.

É importante considerar que a EP, entre outros pressupostos, deve redundar no aumento da satisfação do usuário do serviço de saúde (ALBERTSON *et al.*, 2002). Sabendo-se que essa perpassa pela qualidade e pela resoluibilidade do atendimento, a satisfação do profissional tem impacto direto na primeira. Leite e colaboradores (2012), ao avaliarem a EP em saúde na região Norte de Minas Gerais, observaram alto grau de contentamento e interesse dos profissionais médicos em relação ao PEP.

Conclusão

Com o desenvolvimento deste trabalho, pode-se concluir que os médicos participantes do PEP na RASJ têm utilizado o MCCP e as habilidades de comunicação, primando por uma entrevista mais detalhada, o que pode contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde do usuário no nível da APS. A melhoria da performance clínica e do atendimento

pôde ser percebida por usuários do SUS e pelos profissionais médicos, e estes últimos creditam tal mudança à participação no Programa de Educação Permanente para Médicos da Estratégia de Saúde da Família (PEP). ■

Referências

- ABDALLA, I. G. *et al.* Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev Bras Educ Med**, v. 33, Supl.1, p.44-52, 2009.
- ALBERTSON, G. *et al.* Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. **Am J Manag Care**, v. 8, n. 4, p.375-81, 2002.
- ASSIS, L. N. *et al.* A percepção de médicos participantes sobre o Programa de Educação Permanente para Médicos de Saúde da Família em um estado da região Sudeste. **R Enferm Cent O Min**, v. 2, n. 3, p.394-409, 2013.
- BALLESTER, D. *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: Um desafio na formação do médico. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n. 4, p.598-606, 2010.
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behaviour on the collection of data. **Annals of Internal Medicine**, p.692-696, nov. 1984.
- BERTAKIS, K. D.; AZARI, R. Medicina centrada no paciente: Melhor qualidade com menores custos. **Rev. Port. Clin. Geral**, v. 27, n. 5, p.229-239, 2011.

- BLANK, D. A propósito de cenários e atores, de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev Bras Educ Méd**, v. 30, n. 1, p.27-31, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: Conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002. 349 p.
- BROWN, J. B. *et. al.* Introdução. In: STEWART, M. *et. al.* **Medicina centrada na pessoa: Transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.21-34.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.; MONTENEGRO, B. J. Building the relationship: Medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. In: CONGRESS CHALLENGES OF PRIMARY CARE-ORIENTED HEALTH SYSTEMS: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services, 2001. **Anais...** Londrina, 2001.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p.161, 2005.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab Educ Saúde**, v. 6, n. 3, p.443-456, 2008.
- COTTA, R. M. M. *et. al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: Um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 3, p.7-18, 2006.
- FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: Um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p.246-55, 2005.
- LEITE, M. T. S. *et. al.* Perspectivas de educação permanente em saúde no Norte de Minas Gerais. **Rev Min Enferm.**, v. 16, n. 4, p.594- 600, 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 17, n. 4, p.247-57, 2008.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012. 512 p.
- NASCIMENTO JÚNIOR, P. G.; GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos Psicodinâmicos. **Bioética**, v. 11, n. 1, p.101-112, 2003.
- NICOLETTO, S. C. S. *et. al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1094-1105, 2013.
- OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração On Line: Prática, Pesquisa, Ensino**, v. 2, n. 3, 2001.
- PENDLETON, D. *et. al.* **A nova consulta**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 160 p.
- SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.
- SILVA, C. M. T.; VASCONCELOS, G. B.; MATOS FILHO, S.A. Educação permanente em saúde: Fatores que limitam a participação dos trabalhadores. Salvador: UFBA, 2010. 37 p. **Especialização (Monografia) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.**
- SILVÉRIO, J. B. **Programa de Educação Permanente para Médicos de Família – PEP: Guia 2008 (versão preliminar)**. ESP/MG, SES/MG, 2007.
- SIQUEIRA, A. L.; TIBÚRCIO, J. D. **Estatística na área da saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. 520 p.
- SPARRENBERGER, F. *et. al.* Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) com dor crônica. **Arq Catarin Méd**, v. 42, n. 1, p.85-88, 2013.
- STEWART, M. *et. al.* **Medicina centrada na pessoa: Transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376 p.
- URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Rev Adm Empres**, v. 41, n. 4, p.44-55, 2001.