

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ernesto José Hoffmann

Desfechos de saúde em idosos hipertensos e sua associação com fatores individuais e relativos a seus médicos na Atenção Primária à Saúde

Montes Claros
2016

Ernesto José Hoffmann

Desfechos de saúde em idosos hipertensos e sua associação com fatores individuais e relativos a seus médicos na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros

2016

H711d

Hoffmann, Ernesto José.

Desfechos de saúde em idosos hipertensos e sua associação com fatores individuais e relativos a seus médicos na Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Ernesto José Hoffmann. – 2016.

90 f. : il.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2016.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Educação médica continuada. 2. Idoso. 3. Hipertensão. 4. Educação em Saúde. 5. Satisfação do paciente. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antonio Alvimar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôres Corrêa
Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professor Afrânio Farias de Melo Júnior

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dário Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Professora Maria de Fátima Rocha Maia

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Professor Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Professora Marise Fagundes Silveira

Subcoordenador: Professor Alfredo Maurício Batista de Souza



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO: ERNESTO JOSÉ HOFFMANN

TÍTULO DO TRABALHO: “Desfecho de saúde em idosos hipertensos e sua associação com fatores individuais e relativos a seus médicos na atenção primária à saúde”.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços.

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO - ORIENTADOR/PRESIDENTE

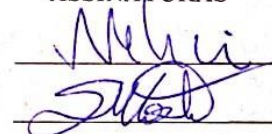
PROF^a. DR^a. SIMONE DE MELO COSTA

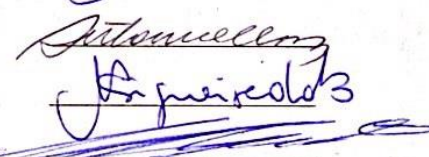
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

PROF^a. DR^a. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

PROF. DR. SÍLVIO FERNANDO GUIMARÃES DE CARVALHO

ASSINATURAS



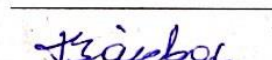


BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. DANILO CANGUSSU MENDES

PROF^a. DR^a. LUIZA AUGUSTA ROSA ROSSI BARBOSA

ASSINATURAS



APROVADO(A)

REPROVADO(A)

À Deus, aos nossos Santos Anjos da Guarda, aos nossos Guias Espirituais, aos nossos protetores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela minha vida e por todas as experiências até chegar aqui.

Agradeço aos meus pais, Zuleika e Ivo, pelas orientações e aconselhamentos, desde cedo, ao estudo e à reflexão; e aos meus irmãos, companheiros de caminhada e incentivadores.

Agradeço à minha esposa Jussara por estar presente neste e em todos os momentos importantes da minha vida.

Agradeço às minhas filhas Sofia e Isadora, que ainda tão pequenas tiveram de compreender meus momentos de ausência, por me trazerem esperança pelos dias que hão de vir e inspiração por seguir adiante e lutar por um futuro melhor.

Agradeço ao meu orientador, Doutor João Felício Rodrigues Neto, pela confiança e liberdade concedida para que eu pudesse confeccionar este trabalho de acordo com minha visão de mundo e dentro das minhas possibilidades.

Agradeço ao amigo Doutor Danilo Cangussu Mendes por me apoiar em um momento fundamental do desenvolvimento deste trabalho.

E, por fim, agradeço a todas as negativas recebidas e a todos os percalços vividos ao longo deste caminho, pois possibilitaram meu crescimento e amadurecimento.

RESUMO

DESFECHOS DE SAÚDE EM IDOSOS HIPERTENSOS E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES INDIVIDUAIS E RELATIVOS A SEUS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entre as estratégias de Educação Médica Continuada (EMC) que objetivam à melhoria da qualidade do atendimento prestado existe o modelo de “Revisão entre Pares”. Este é multifacetado, baseado na realidade dos médicos e visando a melhoria da performance através da atualização clínica e do aprimoramento das habilidades de comunicação. Apesar da comprovação da diminuição de gastos com saúde, da melhora das condutas dos profissionais e de desfechos clínicos em países desenvolvidos, existem poucas evidências de seus resultados em pacientes de ambientes com baixos recursos. O presente trabalho objetiva responder tal questão verificando a associação entre *Controle de Pressão Arterial (PA)* e *Confiança no Médico* com variáveis relativas aos pacientes e aos médicos que lhes prestam assistência na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional. Foram avaliados 700 idosos hipertensos de 70 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e seus respectivos médicos. Estes possuem experiências educacionais diversas, alguns tendo participado de grupos de “Revisão entre Pares” do Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP). Foram realizadas as análises descritiva, bivariada e múltipla. Após a análise múltipla, as variáveis associadas negativamente a *Controle de PA* foram o gênero masculino (OR=2,00; p<0,001) entre as relativas aos pacientes e não ter sido supervisor ou participante do PEP por pelo menos 02 anos (OR=1,73; p=0,046) entre as relativas aos médicos. Com relação à *Confiança no Médico*, demonstraram associação negativa a falta de acesso a um mesmo médico nos últimos 02 anos (OR=2,77; p=0,012) e não ter recebido informações sobre consequências da doença (OR=3,18; p=0,019) entre as variáveis relativas aos pacientes e não ter sido participante ou supervisor do PEP por período de pelo menos 01 ano (OR=3,77; p=0,046) entre as relativas aos médicos. Conclui-se, portanto, que o modelo de EMC de “Revisão entre Pares”, quando seguidos seus pressupostos metodológicos e utilizados durante um certo período de tempo, pode influenciar nos desfechos de saúde de populações em ambientes de baixos recursos.

Palavras-chave: Educação Médica Continuada; Idoso; Hipertensão; Educação em Saúde; Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

HEALTH OUTCOMES IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION AND THEIR ASSOCIATION WITH BOTH INDIVIDUAL AND RELATED TO THEIRS PHYSICIANS FACTORS IN PRIMARY HEALTH CARE

Among the Continuing Medical Education (CME) strategies that aim the improvement of the quality of care there is the "Peer Review" model. This one is multifaceted, based on physicians' reality and aimed at performance progress through clinical update and improvement of communication skills. Despite the evidence of lowering health costs and of a better professional performance and clinical outcomes in developed countries, there is little evidence of their results in low-resource settings. This work aims to answer this question by checking the association of Controlled Blood Pressure (BP) and Trust in the Doctor with variables related to patients and the doctors that assist them in Primary Health Care (PHC) in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. This is a cross-sectional, analytical and observational study. 700 elder patients with hypertension of 70 Family Health Strategy (FHS) teams and their doctors were evaluated. These doctors have diverse educational background, some having participated in the Continuing Educational Program for family physicians Peer Review groups (CEP). Descriptive, bivariate and multivariate analyzes were made. After multivariate analysis, the variables negatively associated with Controlled BP were male gender (OR=2.00; $p<0.001$) among those relating to patients and have not been supervisor or PEP participant for at least 02 years (OR=1.73; $p=0.046$) among the related to doctors. Relatively to Trust in the Doctor, this showed negative association with lack of access to the same doctor in the last 02 years (OR=2.77; $p=0.012$) and not receiving information about the consequences of the disease (OR=3.18; $p=0.019$) among the variables relating to patients and not have been participating or PEP supervisor for a period of at least 01 year (OR=3.77; $p=0.046$) among the ones related to doctors. We conclude therefore that the "Peer Review" model of CME, when followed its methodology and applied for a certain period of time, can influence health outcomes of populations in low-resource environments.

Key-words: Education, Medical; Aged; Hypertension; Health Education; Patient Satisfaction.

LISTA DE SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
BOAS	<i>Brazil Old Age Schedule</i>
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCV	Doença Cardiovascular
DPC	Desenvolvimento Profissional Continuado
EAD	Educação à Distância
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica abreviada de 15 questões
EMC	Educação Médica Continuada
EPOC	Effective Practice and Organisation of Care Group, Cochrane Collaboration
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAP	Grupo de Aperfeiçoamento da Prática
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HL	<i>Health Literacy</i> (Alfabetização em Saúde)
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MCS	<i>Mental Component Summary</i> , SF-12
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão Arterial
PCS	<i>Physical Component Summary</i> , SF-12
PDD	Programas de Desenvolvimento Docente
PEP	Programa de Educação Permanente para Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
QV	Qualidade de Vida
SAHLPA-18	<i>Short Assessment of Health Literacy for Portuguese- Speaking Adults</i> de 18 questões
SF-12	Questionário SF-12 de Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 PRODUTOS	22
3.1 Artigo 1	23
3.2 Artigo 2	44
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	72
ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

Novas publicações científicas são apresentadas todos os dias, nas mais diversas áreas. Acredita-se que em torno de 2 milhões de artigos científicos da área médica são publicados todos os anos em revistas indexadas (1). Desta forma, os conhecimentos sobre os melhores cuidados a serem ofertados aos pacientes entram rapidamente em obsolescência, sendo afetados tanto por desenvolvimentos científicos como sociais. Grande parte do aprendizado adquirido ao longo da formação acadêmica de médicos, enfermeiros e paramédicos já se encontra obsoleto no momento de suas graduações (2).

O desenvolvimento tecnológico, com um acesso maior à internet, permitiu que hoje existissem maiores facilidades para a realização da chamada “gestão do conhecimento”, definida como “o arranjo eficaz e eficiente do conhecimento” (3). A disponibilização de artigos científicos, ou pelo menos de seus resumos, de forma eletrônica, permitiu uma maior seleção por parte do leitor do material realmente relevante, com informações válidas e úteis para sua utilização na prática. Além disto, livros-texto eletrônicos (como o *ACP Medicine* e o *Harrison's Textbook of Medicine*) e bibliotecas eletrônicas baseadas em evidências (como o *UpToDate* e o *Medscape*) são permanentemente atualizados e disponíveis pela internet.

No entanto, estudos demonstram que há uma importante lacuna temporal entre a comprovação científica do valor de uma determinada conduta e sua aplicação de forma generalizada entre os médicos. Uma pesquisa demonstrou que, apesar de a terapia trombolítica ser comprovadamente eficaz para o tratamento do infarto agudo do miocárdio no início dos anos 1970, apenas a partir de 1985 tal informação passou a constar em livros-texto e revisões de periódicos como uma rotina de cuidados (4). O mesmo tipo de defasagem em condutas médicas foi demonstrado para outros tipos de tratamento e condições de saúde (3).

Em muitos casos, os profissionais de saúde só aprendem e adotam novas informações gradualmente, o que é compreensível perante o excesso de informações (2). Há mais ou menos duas décadas, estimou-se que um médico teria de ler aproximadamente 19 artigos científicos por dia para manter-se atualizado com a literatura. No entanto, mesmo os estudiosos mais entusiásticos somente utilizavam 2 horas por semana, no máximo, lendo artigos recentes (5). Porém, mesmo que clínicos estejam informados sobre novas descobertas sobre cuidados ideais aos pacientes, nenhuma mudança necessariamente ocorre em suas rotinas diárias (2).

Logo, é de interesse que se reconheçam as barreiras que impedem mudanças desejáveis nas condutas por parte de médicos e serviços de saúde. Tais barreiras podem ter origem no profissional de saúde ou serem barreiras próprias do local de trabalho. Com relação ao profissional de saúde, as barreiras podem ser a falta de competência para a realização das mudanças necessárias, a falta de motivação ou atitude para implementá-las, ou ainda características pessoais. Já com relação às barreiras locais, estas podem ser devidas a fatores sociais (como a não aceitação de novas práticas por colegas de serviço ou pacientes) ou ainda a fatores estruturais, logísticos e organizacionais (como a exigência de um investimento extra de tempo ou dinheiro, a interferência em rotinas pré-existentes no serviço, bem como questões de infraestrutura, funções, ou leis locais ou regionais) (6).

Existem descritas na literatura estratégias que objetivam atingir a implementação de melhores cuidados de saúde. Elas podem ser divididas em: 1) intervenções profissionais, em que o foco é a mudança atitudinal dos profissionais através de uma abordagem direta; 2) intervenções financeiras, objetivando mudanças através do incentivo ou penalização monetária; 3) intervenções organizacionais, voltadas para o desempenho dos vários papéis profissionais além do médico no serviço de saúde, e para os papéis dos pacientes e da estrutura de trabalho nos resultados em saúde; e 4) intervenções regulatórias, onde as mudanças nos serviços de saúde são propostas através de leis (7,8,9).

Entre as intervenções profissionais, cabe de forma muito importante citar as estratégias educacionais. Usualmente, a educação se configura em um primeiro passo necessário na implementação de inovações. Ela é particularmente importante no contexto de um programa de implementação mais amplo, em que também estão compreendidas outras formas de intervenção (10).

Entre as estratégias educacionais, é importante citar as formas de capacitação formal de pós-graduação possíveis para médicos no Brasil. Estas se dão nos moldes *Lato Senso* (Residência Médica e Especialização) e *Strictu Senso* (Mestrado e Doutorado). Diferentemente de outros países, nenhum tipo de pós-graduação se faz obrigatória para que médicos possam exercer sua profissão no Brasil, porém, há legislação específica para a realização de cada uma delas.

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica

(CNRM). O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista (11,12).

Além da Residência Médica, o outro modelo de pós-graduação *Lato Sensu* é a especialização. Os cursos de especialização existem em diversos moldes (presenciais ou à distância, teóricos e práticos, e com diversidade de cargas horárias, porém nunca inferiores a 360 horas) (13), e podem servir apenas para continuidade do aprimoramento de conhecimentos ou objetivar permitir que um médico adquira título de especialista (14). Para que o curso de especialização permita que o médico possa receber título de especialista é necessário que o mesmo cumpra pré-requisitos específicos solicitados pela sociedade da especialidade específica e que passe por uma prova (concurso) promovido pela Associação Médica Brasileira (AMB), muitas vezes em conjunto com a sociedade brasileira daquela especialidade (15).

Já a pós-graduação *Strictu Sensu*, composta pelos Mestrados e Doutorados, são especializações específicas para profissionais que pretendem seguir carreira docente e na pesquisa, e não necessariamente instrumentar o profissional para áreas eminentemente assistenciais. As seguintes características fundamentais devem estar presentes nestes níveis de curso: ser de natureza acadêmica e de pesquisa e, mesmo quando voltado para setores profissionais, ter objetivo essencialmente científico. Os cursos de mestrado e doutorado são, portanto, parte integrante do complexo universitário, necessários à plena realização dos fins essenciais da universidade (16).

Para além da capacitação formal, as estratégias educacionais incluem várias atividades focadas na melhoria de competências individuais com relação a uma inovação (10,17). O Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) da Cochrane Collaboration, divide as estratégias educacionais da maneira que segue (9):

- Materiais educacionais: publicação e dispersão de recomendações escritas para cuidados clínicos, incluindo linhas-guia, materiais audiovisuais, publicações eletrônicas e programas de computador;
- Encontros educacionais de larga-escala: participação de profissionais de saúde em palestras e conferências assistidas por grandes grupos, com participação passiva;
- Encontros educacionais de pequena-escala: participação de profissionais de saúde em oficinas, treinamentos de habilidades e grupos educacionais fora do ambiente de trabalho. Neste caso, a participação tende a ser mais ativa;
- Visitas de sensibilização: contato de um profissional treinado que fornece informações, instrução e suporte no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde;

- E-learning (aprendizagem eletrônica): atividades educacionais que utilizam tecnologias modernas de comunicação e informação, em especial a *world wide web*;
- Líderes de opinião: atividades educacionais fornecidas por indivíduos que são vistos como influentes em uma determinada área clínica específica.

Várias são as justificativas para que sistemas nacionais de saúde, planos de saúde privados, e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade visem a melhora das condutas dos profissionais de saúde e dos consequentes desfechos em saúde: reduzir custos, diminuir taxas de morbidade e mortalidade, fornecer cuidados apropriados no momento apropriado, ofertar um cuidado mais centrado nos pacientes e diminuir as variações na provisão de cuidados (2). Neste sentido, muito tem se investido, por diferentes instituições, no que se convencionou chamar Educação Médica Continuada (EMC) ou Desenvolvimento Profissional Continuado (DPC).

Historicamente, a EMC é direcionada ao fortalecimento do conhecimento de médicos e outros profissionais de saúde na sua área específica de prática ou especialização. Um modelo voltado, portanto, para uma atualização individualizada, de modo a tentar manter os diversos profissionais em dia com os recentes avanços e a melhorar seus conhecimentos em áreas consideradas apropriadas dentro de um determinado tipo de profissão ou especialidade. Em alguns países, a EMC pode ser utilizada como uma forma de recertificação, através da qual se pode comprovar que um médico ainda pode deter um título de especialista naquela área (18).

A EMC convencional, com seus formatos didáticos, demonstrou ser não efetiva em melhorar o desempenho de clínicos e os desfechos de pacientes (19–23). Acredita-se que isto ocorra pelo formato destes cursos, frequentemente passivos, não demandando envolvimento ativo e contribuições dos participantes (24). Estes achados estimularam a emergência de uma nova abordagem da EMC que liga a aprendizagem à melhora do desempenho (19,25) e dá ênfase à aprendizagem experiencial (ou seja, aprendizagem ativa, auto-direcionada através da reflexão de suas próprias experiências) (26,27). O pressuposto básico desta abordagem é que os médicos serão compelidos a adquirir novos conhecimentos e habilidades – e mais provavelmente mudar hábitos – quando a reflexão sobre suas próprias práticas rotineiras levam ao seu reconhecimento de lacunas em seu desempenho e a necessidades de aprendizagem.

Recentes discussões entre diferentes instituições com especial interesse no tema educação em saúde nos Estados Unidos elencaram os seguintes temas como críticos para o futuro de um DPC (18):

1) Realizar a transposição de um sistema de pagamento/valorização baseado em atendimentos ou em tempo para uma medida que tenha inferência na competência do desempenho como a métrica desejada para o andamento de um DPC.

2) Focar na educação continuada interprofissional como um elemento central de um DPC mais amplo; a educação interprofissional apoiando os programas de desenvolvimento profissional já existentes conjuntamente com competências multi-profissionais que incentivem uma oferta de cuidado coordenado.

3) Construir e fortalecer a integração do DPC com a melhoria da qualidade, conectando a ciência baseada em evidência, a avaliação de necessidades a partir de lacunas de conhecimento, e abordagens educacionais efetivas de modo a demonstrar a ligação entre a atividade educativa e melhoria do desempenho.

4) Expandir o foco da DPC a fim de resolver questões potencialmente complexas da população e de saúde pública do foco inicial de um DPC focado na doença.

5) Identificar e padronizar as competências necessárias para os profissionais de educação continuada nas profissões da saúde a fim de se adotar uma programação educacional que satisfaça as necessidades de DPC de médicos, profissionais da área da saúde, e equipes enquanto avalia os desfechos da participação nestas iniciativas educacionais e de melhoria do desempenho.

Percebe-se, portanto, que o termo EMC é utilizado de maneira ampla, podendo ser compreendido desde capacitações específicas realizadas ao longo do tempo para médicos, como métodos mais complexos e abrangentes, fazendo parte de uma proposta educacional maior envolvendo outros profissionais e campos do conhecimento.

Várias são as formas de um determinado médico envolver-se em uma EMC. O profissional pode buscá-la, por interesse e recursos próprios, ou a mesma pode lhe ser provida através da instituição para a qual trabalha.

Como anteriormente citado, não há exigência na legislação brasileira que médicos tenham concluído algum programa de especialização ou residência para exercer sua profissão. Muitos médicos entram para o mercado de trabalho, em especial em serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS) ou de Urgência e Emergência, e, concomitantemente ao exercício dos mesmos, realizam cursos preparatórios para provas de residência médica, sob suas próprias expensas. Tais cursos organizam-se usualmente na forma de uma aula teórica presencial ou online, na forma de uma palestra, em um turno da semana, mais a liberação de apostilas com conteúdo teórico e questões de provas de residência para estudo individual (28,29). Tal estratégia de EMC tem apresentado interesse crescente pelos médicos, em

especial aqueles recentemente graduados. Eminentemente teóricos, o foco principal de tais cursos é a aprovação em uma prova de residência, e não necessariamente a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

Com relação à EMC ofertada pelas instituições em que os médicos trabalham, estas podem ser oferecidas de várias formas.

Há médicos que realizam funções docente-assistenciais, ou seja, trabalham como professores de escolas médicas ao mesmo tempo em que exercem suas funções de médico, ou ainda, que recebem e orientam alunos em seu ambiente de exercício da medicina. Para estes, existem os Programas de Desenvolvimento Docente (PDD), em diferentes formatos, que permitem maior ou menor participação e reflexão por parte do profissional envolvido (30-32). Mais uma vez, o foco destas iniciativas não é a melhoria do desempenho profissional com vistas a melhores desfechos em saúde. Obviamente, este é um resultado bastante desejável e provavelmente é o objetivo final quando se pensa em ofertar um ensino de qualidade nas áreas da saúde; no entanto, o foco principal dos PDDs é fazer com que o profissional de saúde exercendo a docência seja capaz de facilitar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes por parte dos aprendizes.

Os médicos que trabalham somente com funções assistenciais eventualmente podem ser convidados ou convocados pelas instituições para as quais prestam serviço a frequentar programas de EMC.

Recentemente, o governo brasileiro, com o intuito de incentivar uma melhor distribuição do trabalho médico, permitindo um melhor acesso da população a estes profissionais em áreas mais carentes das grandes cidades ou do interior, criou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) (33) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (34). Ambos são programas de especialização baseados na aprendizagem em serviço, em que o profissional médico é remunerado através de bolsa para trabalhar em unidades de APS em cidades inscritas nos programas, recebendo supervisão presencial e à distância desenvolvidas por tutores de instituição de ensino superior (33,34). No PROVAB podem se inscrever médicos graduados no Brasil ou que tenham passado por processo de revalidação de seus diplomas; o programa tem a duração de um ano e aqueles profissionais que obtiveram um desempenho satisfatório recebem um certificado de especialização em APS e terão um acréscimo de 10% de seu desempenho nas provas de residência médica que vierem a prestar (33). Já no PMMB, estes profissionais podem ser brasileiros ou estrangeiros, graduados no Brasil ou no exterior, sem a necessidade de revalidação de seus diplomas por órgão nacional competente. O mesmo tem a duração de três

anos, e envolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, fornecendo, também, certificação ao término do período de um ano, em que se conclui um curso de especialização (34). No âmbito dos dois programas os médicos participantes terão acesso a ferramentas de Educação à Distância (EAD) e Telessaúde, além de um encontro mensal em que ocorre supervisão presencial por parte de um médico vinculado a uma instituição pública de ensino superior (33,34).

No estado de Minas Gerais, diferentes estratégias educacionais são utilizadas pelos gestores públicos. Há a dispersão de materiais educacionais, na forma de linhas-guia educacionais, de forma impressa e disponíveis online (35), seguindo uma linha mais tradicional de EMC. Outra estratégia é o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) (36,37).

O PEP começou a ser implantado em 2005, começando com um projeto-piloto na região de Janaúba, Norte de Minas Gerais. O mesmo é baseado no modelo de “Revisão entre Pares” (*Peer Review*), grupos permanentes de revisão contínua da prática profissional, que se originou como uma estratégia de EMC dos Médicos de Família (*General Practitioners*) da Holanda, mas que se espalharam por diversos países da Europa (36, 37).

O PEP se configura em uma intervenção presencial, multifacetada, que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço de habilidades clínicas. Além do aprimoramento do conhecimento científico, é reforçado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes importantes na atenção primária à saúde. A aprendizagem colaborativa em pequenos grupos, o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa. O PEP é implementado a partir de parceria com as escolas regionais de Medicina cujos professores, após treinamento específico, assumem as atividades docentes do programa nas suas áreas de abrangência. Tais docentes assumem o papel de supervisores, “gestores da metodologia”, que têm a responsabilidade de zelar para que os encontros não se transformem em grupos de discussão não-sistemáticos ou espaço para aulas expositivas. Nos municípios onde as atividades serão desenvolvidas é instalada uma Sala de Educação Permanente, espaço exclusivo com características físicas, equipamentos e de acervo apropriados para o desenvolvimento das atividades de ensino e de aprendizagem propostas. O programa é financiado integralmente com recursos do estado de Minas Gerais, sem custos financeiros para os municípios, escolas

de Medicina e médicos participantes (37). O programa entrou em inatividade na maior parte das regiões do estado no segundo semestre de 2013, mantendo-se em atividade por esforços de grupos individuais em alguns polos.

No entanto, o governo de Minas Gerais já iniciou proposta de retorno de funcionamento do mesmo, emitindo Consulta Pública referente ao Processo de Credenciamento de Instituições de Ensino Superior para o programa através Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais no dia 05 de janeiro de 2016 (38).

Apesar de o modelo educacional do PEP já ter sido estudado em vários países do mundo, apresentando resultados satisfatórios nas mudanças de conduta (39-42), nos custos (39,42) e nos desfechos de saúde dos pacientes (40,41), pouco ainda se sabe sobre seus resultados no Brasil.

Duas pesquisas quali-quantitativas avaliaram o perfil dos médicos participantes, os temas e estratégias metodológicas utilizadas e os aspectos que representam desafios para a implantação e consolidação do programa (43,44).

Outro trabalho, realizado na região Norte de Minas Gerais, comparou dois grupos de médicos, um submetido a metodologia ativa e outro a um modelo tradicional de EMC no tratamento a hipertensão arterial sistêmica. O grupo que experienciou o método ativo de EMC apresentou, ao término do estudo, melhores condutas comparativamente ao outro grupo de médicos (45).

E, por fim, um estudo realizado com 165 médicos participantes do PEP, que trabalham na APS na região de Juiz de Fora, Minas Gerais, verificou que as reuniões em pequenos grupos de revisão da prática proporcionada pelo programa foi capaz de modificar a qualidade da performance clínica dos mesmos (46).

Ciente da carência de evidências de quais impactos podem ser gerados em desfechos de saúde advindos das experiências educacionais prévias de médicos, elencamos aqui variáveis já descritas na literatura que são passíveis de sofrer modificações de acordo com as condutas dos médicos.

A população elencada para se avaliar os achados em saúde foi a de idosos hipertensos atendidos pelos médicos da APS. Tal escolha se deve ao fato dos idosos consumirem muito mais recursos em saúde que as demais faixas etárias da população. Estes apresentam maior número de doenças e/ou condições crônicas, requerendo mais dos serviços médicos (47). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, estando frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos

sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (48-51), e representa um dos principais problemas de saúde pública, estando diretamente associada ao aumento da mortalidade por doença cardiovascular (DCV), e é considerada um dos seus principais fatores de risco modificáveis. A prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento (48,52). Para os pacientes com diagnóstico de HAS, um importante fator preditor para o risco cardiovascular é a manutenção de um adequado controle dos seus níveis de pressão arterial (PA) (48). A mensuração destes níveis pode ser facilmente obtida através de um exame clínico simples e de baixo custo, bastando-se utilizar de um estetoscópio e um esfigmomanômetro (48).

Uma vez que múltiplos fatores de risco estão envolvidos na etiologia da hipertensão, faz-se importante estudar a influência dos mesmos no controle pressórico, uma vez que estes podem interferir conjuntamente com as ações dos profissionais de saúde neste desfecho.

Portanto, nesta pesquisa, foram elencados os fatores de risco sabidamente associados a HAS e a piores desfechos por DCV como variáveis a serem avaliadas, quais sejam: ingestão de sal; consumo de tabaco; hábito etilista; sedentarismo e fatores socioeconômicos (48).

Outro importante problema de saúde, a depressão é muito maior em indivíduos de idade avançada do que em qualquer outra faixa etária (53). Demência, doenças físicas, perda da independência e suicídio são muito mais comuns na velhice, corroborando para uma maior prevalência de depressão nesta população (54). A depressão é ainda fator de risco para mortalidade após Infarto Agudo do Miocárdio e prediz pouca melhora e empobrecimento da qualidade de vida em pessoas acima de 60 anos que já tiveram algum evento cardiovascular (55).

Importante aspecto a ser também avaliado é a Qualidade de Vida (QV). A composição do conceito de QV tem origem subjetiva e objetiva, pois valores não materiais e subjetivos como amor, liberdade, solidariedade, participação social, realização pessoal e felicidade compõem o constructo, enquanto que desemprego, exclusão social e violência, por exemplo, são fatores que o afetam de maneira objetiva (56). A partir dos anos 90, vários estudos passam a corroborar esta conceituação, utilizando os termos subjetividade (percepção do próprio indivíduo) e multidimensionalidade (composto por diferentes dimensões da vida do indivíduo) como os dois aspectos componentes da QV, passando pela proposição de escalas que possam medir tais aspectos (57). Pesquisas já foram conduzidas avaliando o aspecto qualidade de vida em pacientes idosos e hipertensos, e percebe-se que muitos fatores podem corroborar para uma pior ou melhor qualidade de vida nos mesmos. Estudo conduzido na Espanha demonstrou que apenas estar ciente do diagnóstico de HAS é suficiente para piores

resultados de QV relacionada à saúde em mulheres idosas daquele país (58). Em estudo longitudinal conduzido em adultos e idosos com HAS, foi demonstrado que piores resultados de QV em 5 anos estavam relacionados a hábito tabagista, índice de massa corporal, histórico de depressão e comorbidades, entre outros (59). Em trabalho realizado em Portugal com adultos e idosos com diabetes tipo 2, a QV foi pior naqueles que apresentavam complicações do diabetes e HAS (60). Além disso, pesquisa demonstrou que o manejo farmacológico da HAS influencia na QV de seus pacientes (61). Neste estudo, tanto a classe do anti-hipertensivo utilizado quanto conseguir manter controle pressórico adequado demonstraram impacto na QV dos indivíduos avaliados (61).

Além da avaliação da QV, cabe ressaltar aqui a crescente importância do conceito de *Health Literacy* (HL) – Alfabetização ou Literacia em Saúde, em português – nos estudos da área da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a HL é definida como “as habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter uma boa saúde” (62).

Aproximadamente 9 de 10 adultos norte-americanos têm dificuldade em utilizar informações cotidianas de saúde que estão rotineiramente disponíveis em serviços de saúde, lojas, na mídia e nas comunidades (63). Sem informações claras e na falta de uma compreensão sobre a importância da informação, as pessoas estão mais predispostas a não realizar exames médicos necessários, utilizar serviços de emergência com maior frequência e ter maiores dificuldades em manejar doenças crônicas como o diabetes e a HAS (64). Uma HL inadequada pode afetar de maneira desproporcional a saúde de pessoas idosas, não somente como resultado de um menor acesso à educação por parte desta geração, mas também porque idosos possuem maior número de condições médicas, utilizam mais os serviços de saúde e estão mais suscetíveis a necessitar de regimes terapêuticos mais complexos (65). Frente a todo o exposto, é importante que os serviços de saúde estejam preparados para auxiliar seus usuários a adquirirem uma maior HL, através de uma educação em saúde mais efetiva. A educação em saúde envolve as estratégias utilizadas para o empoderamento das pessoas quanto à tomada de decisões sobre sua saúde, sendo a HL um resultado da mesma (66). Assim, a educação em saúde e, como consequência, a alfabetização em saúde, auxiliam as pessoas a tomarem decisões sobre suas vidas (67). Mensurar aspectos concernentes à HL das populações pode, portanto, nos dizer muito sobre a capacidade destas relativamente ao seu autocuidado, e o quanto este pode influenciar em desfechos diversos de saúde.

Por fim, a avaliação da qualidade do atendimento de um serviço de saúde deve levar em consideração a satisfação dos usuários. Avaliar os fatores que determinam o grau de

satisfação é importante para direcionar o planejamento de melhorias das condições do atendimento ao usuário (68). Segundo Donabedian, a avaliação dos serviços de saúde deve ser baseada em duas dimensões: o desempenho técnico e o relacionamento com o paciente, visando reduzir os riscos e maximizar os benefícios aos usuários (69).

A satisfação dos usuários relativamente a um serviço já se demonstrou estar relacionada, entre outros fatores, a forma com que o médico lhes trata durante a prestação de atendimento (70). Vários estudos científicos avaliando a satisfação já demonstraram ter confiabilidade, e apresentaram correlação entre satisfação e adesão do usuário ao serviço de saúde (71-74). A inclusão da satisfação como critério de avaliação em saúde tem recebido especial atenção não apenas por ser um indicador de qualidade, mas também por estar potencialmente relacionada a uma melhor adesão ao tratamento e relação médico-paciente, e à maior adequação no uso dos serviços (75,76).

Medir a satisfação dos usuários recai também sobre o reconhecimento da insuficiência das medidas laboratoriais e clínicas para a real compreensão dos desfechos das doenças crônicas, em que o objetivo não é a cura, mas sim a redução do impacto da doença nas diferentes áreas de vida do paciente (77), demonstrando assim, a relevância de seu uso no presente trabalho.

Uma das premissas de funcionamento do PEP é adoção de protocolos ou linhas-guia para o desenvolvimento da prática médica (44). O manejo da HAS é um tema com linhas-guias permanentemente atualizadas, e encontra-se entre os assuntos que foram mais frequentemente elencados para estudo dentro de seus grupos de aperfeiçoamento da prática (GAP) (43). Além disso, a ênfase no treinamento das habilidades de comunicação dentro do PEP é um ponto importante desta estratégia educacional (37). Sabe-se que uma comunicação médico-paciente efetiva melhora a satisfação dos pacientes (78) e a sua aderência às recomendações médicas (79). Há ainda evidências de que aconselhamentos médicos têm o potencial de melhorar a qualidade de vida e mesmo sintomas depressivos no nível da APS (80).

Os métodos utilizados pelo PEP são diversos das demais formas de educação médica utilizadas na graduação, pós-graduação e outras formas de EMC. Tais métodos já demonstraram mudar condutas de forma duradoura (6) quando aplicados durante certo período de tempo em um grupo de profissionais (81) na literatura internacional. Por todo o exposto é que se faz importante avaliar possíveis impactos do PEP em desfechos de saúde em nossa realidade. Comparar desfechos de tal estratégia educacional com outras disponíveis pode elucidar questões ainda não respondidas sobre EMC no Brasil e influenciar políticas

institucionais no sentido de orientar quais ofertas educacionais podem ser mais relevantes para a aprendizagem de médicos no âmbito da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar as variáveis *Controle de Pressão Arterial* e *Confiança no Médico* de uma população de idosos hipertensos e sua associação com aspectos relativos a estes pacientes e aos médicos que lhes prestam assistência.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de idosos hipertensos assistida de acordo com seus aspectos individuais;
- Caracterizar a população médica que lhes presta cuidados a partir de sua formação, de outras experiências educacionais e do significado do trabalho em APS;
- Verificar a associação entre *Controle de Pressão Arterial* de pacientes idosos hipertensos com as variáveis independentes concernentes aos aspectos individuais dos mesmos e aos relativos aos seus médicos;
- Avaliar possíveis associações entre *Confiança no Médico* destes pacientes com aspectos individuais e com aqueles relacionados aos médicos que lhes prestam cuidado.

3 PRODUTOS

3.1 Artigo 1: *Associação entre melhor controle pressórico de idosos hipertensos e um modelo de educação médica continuada (inglês)*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Medical Education (impresso) – Área de Avaliação: Saúde Coletiva (A2). Fator de impacto: 3.196. (Thompson Reuters).

3.2 Artigo 2: *As experiências educacionais de médicos podem ter influência na confiança nestes profissionais por parte dos pacientes? Um estudo populacional com idosos hipertensos. (inglês)*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Medical Teacher (impresso) – Área de Avaliação: Medicina I (B1). Fator de impacto: 1.679 (Thompson Reuters).

Os produtos foram dois artigos científicos.

3.1 ARTIGO 1

Associação entre controle pressórico de idosos hipertensos e um modelo de educação médica continuada

Introdução

Na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, trabalham profissionais com experiências diversas em sua formação médica nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (1). Estes variam desde o médico recém-graduado até o que está prestes a se aposentar; profissionais sem nenhum tipo de especialização; com especialização não relacionada com APS; especialização específica na área; e até profissionais com experiência docente. De maneira geral, nenhum treinamento específico se faz obrigatório (2). Estudos sobre a formação de médicos da APS no Brasil revelam que no máximo 50% destes realizaram residência médica (1). Muitos se inscrevem em cursos preparatórios para as provas de residência e estudam para passar em algum programa enquanto trabalham. Além disso, recentemente foi criado pelo governo brasileiro o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Visando atingir áreas rurais remotas e periferias de cidades antes não cobertas por atendimento médico, tal programa permitiu que médicos graduados no exterior pudessem trabalhar sem a necessidade de revalidação de seus diplomas por um período de até 03 anos, adicionando mais um ingrediente a esta multiplicidade de experiências educacionais (2,3).

Em um cenário como este, faz todo sentido que se invistam em intervenções para garantir a qualidade do atendimento prestado, em especial que possam melhorar as condutas profissionais e dos consequentes desfechos em saúde: reduzir custos, diminuir taxas de morbidade e mortalidade, fornecer cuidados apropriados no momento apropriado, ofertar um cuidado mais centrado nos pacientes e diminuir as variações na provisão de cuidados (4).

Uma intervenção profissional de caráter educacional é o investimento em Educação Médica Continuada (EMC). Muitos países têm investido nos grupos de *Peer Review*, de revisão contínua da prática profissional, como estratégia de EMC (5,6). No Brasil, no estado de Minas Gerais, há uma experiência neste sentido chamada Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP) (7). Apesar deste modelo educacional já ter

apresentando resultados satisfatórios nas mudanças de conduta (6, 8-10), nos custos (6,10) e nos desfechos de saúde dos pacientes (5,10) em diferentes países, pouco ainda se sabe sobre seus resultados em países em desenvolvimento. Conhecer tais resultados pode nortear uma melhor aplicação de recursos, usualmente escassos nestes países, no sentido de atingir uma melhor qualidade e melhores resultados em saúde (11).

No estudo aqui apresentado, a população elencada para se avaliar os achados em saúde foi a de idosos hipertensos atendidos pelos médicos da APS. Tal escolha recai no fato de que é sabido que os idosos consomem muito mais recursos em saúde que as demais faixas etárias da população. Estes apresentam maior número de doenças e/ou condições crônicas, requerendo mais dos serviços médicos (12). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a condição mais comum vista na APS (13). Caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, é uma doença multifatorial, estando diretamente associada ao aumento da morbidade e mortalidade por doença cardiovascular (DCV) – infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal – se não detectada precocemente e tratada (13), sendo considerada um dos seus principais fatores de risco modificáveis. A prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento (14), e a maior parcela da população idosa recebe seus atendimentos no nível da APS (15), justificando que esta pesquisa seja conduzida dentro deste contexto.

O presente trabalho objetiva identificar fatores – tanto individuais quanto relativos aos médicos que lhes prestam cuidado – que possam estar associados à variável dependente *Controle de Pressão Arterial (PA)* em uma população idosa hipertensa atendida pelas equipes de ESF.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, analítico, observacional, na cidade de Montes Claros. Com 338.381 habitantes, é a maior cidade do Norte do estado de Minas Gerais, no Sudeste do Brasil. A região Norte de Minas Gerais é uma das mais pobres e com piores índices de desenvolvimento do país (16). Foram incluídos no estudo indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes e cadastrados nas áreas de abrangência das equipes de ESF da área urbana deste município. Foi calculada amostra para população infinita, com estimativa para proporções da ocorrência do evento (níveis pressóricos não controlados) em 30% da população, confiança de 95% e erro de 5%. Após a realização dos cálculos, chegou-se a uma amostra de 323 idosos

hipertensos. Uma vez que foi feita amostragem por conglomerado, estabeleceu-se efeito do delineamento (*deff*) de 2, alterando assim a amostra para, no mínimo, 646 indivíduos. Em Agosto de 2014, Montes Claros contava com 93 equipes de ESF cadastradas. Destas, 3 foram excluídas do trabalho por se encontrarem na zona rural; 16 não possuíam médicos trabalhando no período de coleta de dados e 4 tiveram a participação na pesquisa negada pelo médico. Como o trabalho objetiva avaliar desfechos nos usuários comparativamente a aspectos dos médicos, era fundamental que estes fossem selecionados apenas de equipes em que os médicos aceitassem participar da pesquisa fornecendo informações sobre sua formação e experiências educacionais. Assim sendo, foram sorteados para a amostra 10 sujeitos cadastrados de cada uma das 70 equipes restantes. Para incorporar a estrutura do plano amostral por conglomerado na análise, cada entrevistado foi associado a um peso, que correspondeu ao inverso de sua probabilidade de inclusão na amostra. Em cada conglomerado (ESF), a probabilidade de inclusão do entrevistado foi obtida pela razão entre o número de idosos selecionados ($n=10$) e o número de idosos hipertensos da equipe.

Inicialmente, foi realizado o treinamento 09 auxiliares de pesquisa para a aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa. Este foi feito em dois momentos, englobando orientações sobre cada um dos instrumentos e a padronização da técnica de aferição da PA conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (14). Estas são realizadas com o indivíduo sentado, após 5 minutos de descanso e pelo menos 30 minutos sem consumo de cafeína e/ou cigarros. Foram realizadas três medidas, desprezando-se a primeira. A PA foi considerada como a média aritmética da segunda e terceira medidas (14). Como parâmetros para o estabelecimento da variável dependente *Controle de PA* foram utilizados os valores estabelecidos de $<150\text{mmHg}$ na sistólica e $<90\text{mmHg}$ na diastólica (13).

Após, foi realizado estudo piloto visando à viabilidade dos instrumentos. Estes foram avaliados duas vezes para testar a compreensão das questões com 20 idosos hipertensos cadastrados em duas equipes de ESF do município (10 de cada), e com os dados obtidos dos médicos responsáveis pelas respectivas equipes. Após, foi iniciada a coleta de dados.

A coleta dos dados dos idosos hipertensos foi realizada em seus respectivos domicílios. Foram aplicados os instrumentos:

– Questionário para avaliação de aspectos biopsicossociais, adaptado do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) (17).

– *Escala de Depressão Geriátrica abreviada de 15 questões* (EDG-15) (18). Utilizada para identificar sintomas depressivos. Idosos com escores maiores que 5 foram considerados com sintomatologia depressiva presente.

– Questionário *SF-12* (19) para avaliação de Qualidade de Vida (QV). Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e o mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de QV (20). Tanto o PCS quanto o MCS foram dicotomizados a partir da mediana, a exemplo de outros trabalhos (21).

- O instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults* (SAHLPA-18) para avaliação do componente de compreensão da alfabetização em saúde, habilidade de realizar leitura e tarefas numéricas básicas necessárias para um bom funcionamento dentro dos ambientes de cuidados à saúde. Neste instrumento, cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18. Escores até 14 são considerados como inadequados (22).

- Instrumento de avaliação de satisfação de usuários de unidades de saúde (23). Este é um questionário validado no Brasil, composto de 12 questões referentes a distintos aspectos relacionados à consulta médica. Esse instrumento é constituído de respostas tipo Likert de 1 a 5, de “muito bom” a “muito ruim”. Para sua análise as respostas foram dicotomizadas, com números 1 e 2 sendo considerados “satisfeito”, e 3, 4 e 5 “insatisfeito”.

- Questionário para avaliação de realização de atividade física, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (24). Os indivíduos testados foram categorizados em sedentários ou não sedentários tendo como parâmetro 150 minutos de exercícios por semana (25).

Além destes instrumentos, foi utilizado questionário próprio sobre hábitos autorreferidos pelo entrevistado, discorrendo sobre seu consumo de sal, hábitos tabagista e etilista e de uso do serviço de saúde.

O questionário de dados sobre o médico tinha por característica ser autoaplicável, com informações sobre gênero, idade, nacionalidade, formação médica (graduação, pós-graduação e EMC), atuação em docência, percepções do médico sobre aprendizagem reflexiva e identificação com a prática em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Relativamente à EMC, foi perguntado ao médico se participou do PEP, de programa de desenvolvimento docente (PDD) de sua instituição (no caso de ser docente) ou de algum curso preparatório para residência médica. As últimas nove questões do instrumento inquiriam sobre se o médico alcança os nove princípios da MFC conforme estabelecidos por McWhinney no livro clássico *Textbook of Family Medicine* (26).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Todos os pacientes e médicos participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento.

Na análise estatística, foi testada a associação entre a variável dependente *Controle de PA* e variáveis independentes relativas aos idosos hipertensos e aos médicos que lhes prestam assistência. Os dados foram organizados inicialmente no *software* PASW Statistics 19.0 para a realização das análises descritivas e bivariadas. Em seguida foi utilizado o programa Stata 12.0 para realização da análise múltipla. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. Estas foram corrigidas pelo efeito do desenho (*deff*) utilizando-se o módulo *Complex Sample* do *software*. Após, foram conduzidas análises bivariadas (qui-quadrado) e análises múltiplas, e estimadas as *Odds Ratio* com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p. As variáveis que apresentaram níveis descritivos (valores de p) menores que 0,20 na análise bivariada foram incluídas na análise múltipla. O modelo final foi composto pelos fatores que permaneceram associados a *Controle de PA* ao nível de 0,05 ($p < 0,05$). Na análise múltipla foi empregado o modelo multinível de regressão logística para avaliar a associação entre *Controle de PA* e os fatores relativos aos pacientes (primeiro nível) e aos médicos (segundo nível) ajustados. Foi adotado o modelo de efeitos mistos, estimando o efeito aleatório entre o desfecho e os fatores do segundo nível, e o efeito fixo das medidas de associação entre o desfecho e os fatores de primeiro nível. A análise múltipla foi realizada em três etapas.

Primeiramente, foi estimado o modelo sem fatores ou modelo vazio (Modelo 1), contendo apenas a variável dependente. Em seguida, foram incluídos os fatores relacionados aos médicos selecionados na análise bivariada (Modelo 2). O Modelo 3 incluiu todos os fatores com ajuste concomitante das variáveis contextuais e individuais (selecionadas na análise bivariada). Nessa etapa da modelagem foi adotado nível de significância $\leq 0,05$, no entanto as variáveis que apresentaram valor-p $\leq 0,10$ permaneceram no modelo final como fatores de ajuste.

A qualidade de ajuste dos modelos foi avaliada pela estatística -2 vezes o logaritmo da função de verossimilhança. Utilizou-se o teste da razão de verossimilhança para analisar mudanças significativas na qualidade de ajuste dos modelos.

Resultados

Após a análise multinível, estiveram negativamente associadas a *Controle de PA* o gênero masculino (OR=2,00; $p<0,001$) entre as variáveis individuais e não ter sido supervisor ou participante do PEP por pelo menos 02 anos (OR=1,53; $p=0,046$) entre as relativas aos médicos.

As análises descritivas relativas aos idosos hipertensos estão apresentadas na Tabela 1, e as relativas aos médicos das equipes de ESF na Tabela 2. As análises bivariadas dos aspectos relativos aos pacientes e aos médicos estão representadas nas Tabelas 3 e 4, respectivamente. Os resultados da análise multinível estão descritos na Tabela 5.

Discussão

O presente trabalho apresentou como fator negativamente associado a *Controle de PA* a não participação, ou participação inferior a 02 anos, por parte do médico que lhes presta assistência a uma intervenção de EMC. Num estudo que analisa a influência da ação médica em um desfecho de saúde em nível populacional, é importante avaliar também fatores próprios dos indivíduos estudados, pela própria característica multifatorial da doença avaliada e pelo entendimento de que o controle pressórico depende de vários fatores, como idade, gênero, situação socioeconômica, condições físicas e de saúde mental, compreensão de suas condições de saúde e seu consequente autocuidado, dos hábitos (ingesta sódica, tabagismo e etilismo, atividade física) e do uso correto de medicações e do serviço (14). No entanto, entre os achados relacionados *Controle de PA* relativos aos indivíduos, somente o gênero masculino esteve associado, e de maneira negativa. Apesar de este achado ser diverso ao de estudos populacionais realizados com hipertensos nos EUA em que o controle pressórico se mostrou maior entre os homens (51,1% vs. 44,8%) (27) e na Bélgica em que o percentual de controle entre os sexos foi semelhante (21,2% em homens contra 21,8% em mulheres) (28), o mesmo é condizente com outro trabalho realizado no Brasil com hipertensos, na sua maioria idosos, atendidos na APS (29). A frequência de controle pressórico elevada entre a população estudada (64,4%) também é semelhante à demonstrada em outros estudos brasileiros, em especial nos conduzidos em cidades do interior com ampla cobertura da ESF (30,31).

A contribuição original deste artigo é a demonstração da associação entre o médico não ter sido supervisor ou participante do PEP por período igual ou superior a 02 anos e um pior *Controle de PA*.

Até o presente momento, não foram identificados outros estudos que comprovem a modificação de desfechos de saúde de pacientes nesta realidade. Duas pesquisas descreveram o perfil dos médicos, os temas e estratégias metodológicas utilizadas e os desafios para a implantação e consolidação do programa (32,33); um trabalho discorreu sobre fatores associados à sua adesão (34) e dois estudos verificaram mudanças na qualidade da performance clínica dos mesmos (35,36).

Muito se acreditava no potencial de mudança do PEP. Baseado nos grupos de “Peer Review” originalmente utilizados com *General Practitioners* (Médicos de Família) da Holanda, este modelo educacional combina intervenções multifacetadas que enfatizam a aprendizagem ativa, autodirigida, com reflexão sobre a sua prática rotineira, levando, pelo menos do ponto de vista teórico, os médicos a reconhecerem suas lacunas e necessidades de aprendizagem, adquirindo assim novos conhecimentos e habilidades necessários (37-39). O crescimento desta prática se deveu muito à comprovação de que a EMC convencional não é efetiva na melhora da performance de clínicos e nos desfechos dos pacientes (11,37,40), creditando-se a isto ao formato destes cursos, passivos, não demandando envolvimento e contribuições dos participantes (41).

O PEP se configura em uma intervenção presencial, multifacetada, que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço de habilidades clínicas (7). Além do aprimoramento do conhecimento científico, é reforçado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes importantes na APS. A aprendizagem colaborativa em pequenos grupos, o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa (7). O PEP é implementado a partir de parceria com as escolas regionais de Medicina cujos professores, após treinamento específico, assumem as atividades docentes do programa nas suas áreas de abrangência. Tais docentes assumem o papel de supervisores, “gestores da metodologia”, que têm a responsabilidade de zelar para que os encontros não se transformem em grupos de discussão não-sistemáticos ou espaço para aulas expositivas, sendo esta a única diferença entre estes e os demais participantes dos grupos (7).

Uma das premissas de funcionamento do PEP é adoção de protocolos ou linhas-guia para o desenvolvimento da prática médica (31). O manejo da HAS é um tema com linhas-guias permanentemente atualizadas, e encontra-se entre os assuntos que foram mais frequentemente elencados para estudo dentro de seus grupos (32). Além disso, a ênfase no

treinamento das habilidades de comunicação (7) pode ter influenciado nos resultados finais, uma vez que é sabido que uma comunicação médico-paciente efetiva melhora a aderência de pacientes às recomendações médicas (42).

O PEP foi implantado em 2005 no Norte de Minas Gerais e manteve seus grupos com funcionamento regular até a metade de 2013, quando o mesmo entrou em inatividade na maior parte dos seus polos devido a problemas de suporte organizacional e de financiamento. No entanto, a literatura fala do potencial destes grupos em criar mudanças duradouras em suas práticas após estarem em funcionamento durante um período de tempo (6). Nesta pesquisa, foi necessário um período de 02 anos para que pudessem ser apresentadas associações com desfechos.

Grande responsabilidade das mudanças na prática neste modelo acredita-se ser advinda da instigação a uma prática reflexiva, uma vez que está relacionada com o autoconhecimento, a autorregulação, a automonitorização e a aprendizagem contínua (43). No entanto, todos os médicos responderam realizar reflexão sobre suas práticas, e não houve associação a com pior *Controle de PA* entre os que não tentam dirimir lacunas de aprendizagem a partir desta reflexão, o que pode ter significados diversos, desde uma autoimagem distorcida por parte dos médicos sobre suas capacidades reflexivas, passando pela capacidade do instrumento em captar adequadamente tal informação.

Importante citar que não houve associação significativa entre *Controle de PA* e o país de graduação do médico neste estudo, uma vez que há grande questionamento por parte da comunidade médica local sobre a qualidade dos médicos estrangeiros inscritos no PMMB, uma vez que estes não necessitam, como pré-requisitos, passar por provas de proficiência da língua nem de revalidação de seus diplomas médicos (2,44), ainda que muitos deles venham de seus países com especialização específica para APS (Tabela 2).

Também não houve associação entre experiência docente e *Controle de PA*. Artigos recentes vêm questionando a capacidade dos serviços de saúde ligados a escolas médicas em prestar um cuidado de qualidade aos seus usuários (45,46). Um destes discorre sobre as implicações de uma integração insuficiente da educação sobre segurança do paciente e melhoria da qualidade pelos docentes no ambiente de aprendizagem clínica em muitos programas de graduação médica, e o importante papel que os docentes têm de desempenhar para um melhor alinhamento entre os contextos educacional e clínico, de modo que ambos os resultados educacionais e clínicos estejam centrados no paciente (45). Em outro, é mencionada a necessidade de um avanço entre as escolas de um ensino médico baseado em competências, em que, no ambiente clínico, exista uma supervisão que equilibre segurança

dos pacientes com desenvolvimento profissional dos estudantes e onde a educação médica seja baseada nas necessidades de saúde da população assistida (46).

Com relação à formação específica em APS, a mesma também não se encontrou relacionada a um melhor desfecho de controle de PA. Cabe ressaltar aqui, que na experiência brasileira, temos no mesmo espaço de prática da APS médicos com vários tipos de formação (2), de modo que elencamos para o grupo com formação específica os médicos com residência em MFC, aqueles com curso de especialização na área e os médicos estrangeiros com formação específica para APS realizada em seu país de origem, enquanto que os sem formação específica foram aqueles que não tinham qualquer tipo de especialização, ou especialização ou ainda residência que não específicas para o trabalho em APS. A comparação destes grupos com dados da literatura é dificultada uma vez que em outros países, a exemplo do Canadá e da Inglaterra (47,48) o trabalho em APS só é possível após rigoroso treinamento através de residência médica, não coexistindo médicos com outros tipos de formação na área. No caso inglês, acredita-se que os excelentes resultados de seu sistema de saúde (49) recaem sobre esta formação, e, no Brasil, especialistas da área já se posicionaram sobre o fato de que os recursos humanos para APS devem sair das residências em MFC, devendo os programas de especialização serem uma medida transitória, uma vez que muitos tendem a desenvolver conteúdos mais relacionados à área de saúde coletiva, deixando de aprofundar nas especificidades clínicas da especialidade (50). Futuros trabalhos devem contemplar esta questão, e tentar avaliar em maior profundidade as diferenças de desfechos clínicos na APS praticada por egressos das residências em MFC comparativamente aos que não a fizeram.

As questões concernentes a tempo de trabalho na APS e na mesma equipe, se o médico realiza todos os princípios da MFC, tempo que ainda pretende trabalhar na APS e o significado de trabalhar como médico de família recaem basicamente em tentar alcançar a influência da importância ou significância deste contexto como mola propulsora para uma maior aprendizagem, baseado nas premissas da aprendizagem significativa (51,52). Trabalhar na APS no Brasil muitas vezes é uma tarefa desafiadora, em virtude de dificuldades advindas do contexto ou condições de trabalho, do atraso ou do descumprimento do pagamento de honorários e das dificuldades próprias das populações assistidas. Permanecer trabalhando em uma mesma equipe, ou ter o desejo de trabalhar até se aposentar passa, com certeza, por questões de significação individual para além das compensações externas. Neste sentido, aqueles que têm uma maior identificação com o trabalho na área, do ponto de vista da aprendizagem significativa, teriam maiores condições de retenção, compreensão e de

assimilação de novas informações a tudo que estivesse relacionado a esta área de afinidade, uma vez que aprendemos a partir do que já assimilamos e damos significado em nossa estrutura cognitiva (51,52). No presente trabalho, uma maior identificação por parte do médico com estas questões conceituais não foram suficientes para mostrar um melhor controle de PA por parte destes, apontando para o fato de que, mesmo que o contexto cognitivo seja favorável, é bastante provável que nenhuma mudança ocorra a menos que alguma facilitação externa apontando a necessidade de novas condutas venha a acontecer (53), como o que ocorre no PEP.

Como conclusão, o presente estudo pode demonstrar que experiências de EMC baseadas no modelo de “Peer Review” têm o potencial de auxiliar médicos a atingir melhores desfechos em seus pacientes, mesmo em locais com baixos recursos e para além de algumas características individuais dos pacientes e da variabilidade de experiências educacionais dos médicos.

Para tanto, é importante que esta estratégia estimule uma aprendizagem ativa, autodirigida, com reflexão sobre as práticas, e que tenha funcionado de forma regular por algum tempo – neste estudo sendo necessário pelo menos dois anos de participação.

Como limitações deste estudo, devem ser citados os desfechos estudados, a região e a população avaliada, bastante específicos, o que impede extrapolações dos achados. Novos estudos são necessários, averiguando outros desfechos em diferentes populações, preferentemente estudos longitudinais e com maior número de indivíduos.

Tabelas

Tabela 1 – Descrição das características da população estudada - Amostra de idosos hipertensos cadastrados nas Equipes de Saúde de Família de Montes Claros – MG.

Variáveis		n	%*
Biopsicossociais (BOAS)			
Gênero	Masculino	212	29,6
	Feminino	488	70,4
Idade	De 60 a 80 anos	591	83,8
	Maior de 80 anos	109	16,2
Escolaridade completa**	Alfabetizado	384	57,4
	Analfabeto	304	42,6
Estado conjugal**	Casado / Relação estável	361	51,5
	Sem relacionamento estável	337	48,5
Sustento de vida**	Trabalho	23	3,1
	Aposentadoria	537	77,5
	Outros	138	19,4
Renda familiar**	Meio salário ou mais <i>per capita</i>	377	40,3
	Menos de meio salário <i>per capita</i>	250	59,7
Número de medicações em uso**	Nenhum até 4 medicamentos	519	72,9
	5 ou mais medicamentos	178	27,1
	(polifarmácia)		
Sintomas depressivos, qualidade de vida, alfabetização em saúde e atividade física			
Sintomas depressivos (EDG-15)	Ausentes	506	72,3
	Presentes	194	27,7
Qualidade de vida (QV) – Física (SF12 – PCS)	Adequada	352	50,6
	Inadequada	348	49,4
Qualidade de vida (QV) – Mental (SF12 – MCS)	Adequada	354	50,2
	Inadequada	346	49,8
Alfabetizado em saúde (SAHLPA-18)	Adequada	61	9,8
	Inadequada	639	90,2
Atividade física (IPAQ)	Ativo	259	36,3
	Não Ativo	441	63,7
Hábitos			
Consumo de sal	Realiza restrição	272	36,9
	Sem restrição	428	63,1
Hábito tabagista	Não fuma	660	94,6
	Tabagista	40	5,4
Hábito etilista	Não consome álcool	631	90,2
	Consome álcool	69	9,8
Controle da Pressão Arterial			
Pressão Arterial	Controlada	451	65,1
	Não-controlada	249	34,9

* Percentagens ajustadas pelo peso proporcional dos indivíduos na amostra

** Percentagens válidas, excluindo-se as perdas

Tabela 2 – Descrição das características dos profissionais que prestam assistência à população em estudo – Médicos das Equipes de Saúde de Família de Montes Claros – MG.

Variáveis		n	%
Gênero	Masculino	22	31,4
	Feminino	48	68,6
Nacionalidade	Brasileira	61	87,1
	Cubana	09	12,9
Graduação em Escola Médica Brasileira ou Estrangeira	Brasileira	60	85,7
	Estrangeira (Cubana)	10	14,3
Realizou Pós-Graduação	Sim	50	71,4
	Não	20	28,6
Realizou algum tipo de especialização específica na área de Atenção Primária à Saúde / Saúde da Família	Residência em Medicina de Família e Comunidade (Brasil)	17	24,3
	Especialização <i>Medicina General Integral</i> (Cuba)	10	14,3
		09	12,9
	Nenhuma especialização específica	34	48,6
Experiência docente em Escola Médica	Sim	31	44,3
	Não	39	55,7
Realiza atualmente alguma estratégia para atualização médica	Sim	54	77,1
	Não	16	22,9
Realiza curso preparatório para Residência Médica como estratégia para atualização	Sim	29	41,4
	Não	41	58,6
Participou do PEP	Sim	34	48,6
	Não	36	51,4
Tempo de participação no PEP	Por 02 ou mais anos	18	25,7
	De 01 ano até menos de 02 anos	03	4,3
	Menos de 01 ano	13	18,6
	Não participou	36	51,4

Tabela 3 – Resultado da análise bivariada. *Controle de Pressão Arterial (PA)* comparada aos aspectos individuais da população em estudo.

Variáveis	Controle de PA n (%) [*]	Controle de PA insatisfatório n (%) [*]	OR (IC 95%)	Valor p
Biopsicossociais (BOAS)				
Gênero				
Masculino	114 (53,9)	98 (46,1)	1,00	
Feminino	337 (69,8)	151 (30,2)	0,521 (0,374 – 0,726)	<0,001
Escolaridade **				
Alfabetizado	245 (64,3)	139 (35,7)	1,00	
Analfabeto	197 (65,9)	107 (34,1)	0,957 (0,699 – 1,311)	0,786
Estado conjugal **				
Casado / Relação estável	234 (64,7)	127 (35,3)	1,00	
Sem relacionamento estável	217 (65,9)	120 (34,1)	1,019 (0,747 – 1,390)	0,906
Renda familiar (salários-mínimos <i>per capita</i>) **				
Meio salário ou mais <i>per capita</i>	157 (63,7)	93 (36,3)	1,00	
Menos de meio salário <i>per capita</i>	242 (64,1)	135 (35,9)	0,942 (0,676 – 1,312)	0,723
Encontra-se alimentando bem **				
Sim	353 (63,0)	215 (37,0)	1,00	
Não	98 (74,9)	33 (25,1)	0,533 (0,360 – 0,849)	0,006
Número de medicamentos em uso **				
Nenhum até 04 medicamentos	326 (63,1)	193 (36,9)	1,00	
05 ou mais medicamentos (polifarmácia)	123 (70,4)	55 (29,6)	0,755 (0,525 – 1,087)	0,131
Satisfação com relação à vida em geral **				
Satisfeito	385 (64,8)	281 (35,2)	1,00	
Insatisfeito	58 (70,7)	24 (29,3)	0,731 (0,442 – 1,210)	0,221
Apresenta dificuldade para dormir **				
Não	193 (64,1)	93 (35,9)	1,00	
Sim	258 (67,1)	153 (32,9)	0,813 (0,591 – 1,117)	0,201
Sintomas depressivos, qualidade de vida, alfabetização em saúde e atividade física				
Sintomas depressivos (EDG-15)				
Ausentes	327 (65,8)	179 (34,2)	1,00	
Presentes	124 (63,4)	70 (36,6)	1,031 (0,730 – 1,456)	0,861
Qualidade de Vida (QV) - Física (SF12 – PCS)				
Adequada	232 (67,2)	120 (32,8)	1,00	
Inadequada	219 (63,0)	129 (37,0)	1,139 (0,836 – 1,552)	0,411
Qualidade de Vida (QV) - Mental (SF12 – MCS)				
Adequada	224 (64,4)	130 (35,4)	1,00	
Inadequada	227 (65,6)	119 (34,4)	0,903 (0,663 – 1,231)	0,520
Alfabetizado em saúde (SAHLPA-18)				
Sim	46 (75,9)	15 (24,1)	1,00	
Não	405 (63,9)	234 (36,1)	1,772 (0,968 – 3,243)	0,061
Atividade física (IPAQ)				
Ativo	167 (65,2)	92 (34,8)	1,00	
Não Ativo	284 (65,1)	157 (34,9)	1,003 (0,728 – 1,383)	0,983
Hábitos				
Consumo de sal				
Realiza restrição	185 (68,5)	87 (31,5)	1,00	
Sem restrição	266 (63,1)	162 (36,9)	1,295 (0,939 – 1,785)	0,114
Hábito tabagista				
Não fuma	431 (65,9)	229 (34,1)	1,00	
Tabagista	20 (51,2)	20 (48,8)	1,882 (0,992 – 3,570)	0,050

Hábito etilista					
Não consome álcool	416 (66,2)	215 (33,8)	1,00		
Consome álcool	35 (55,2)	34 (44,8)	1,880 (1,140 – 3,098)		0,012
Relativos ao serviço de saúde					
Acesso ao mesmo médico nos 02 últimos anos**					
Sim	258 (64,6)	147 (35,4)	1,00		
Não	193 (66,0)	101 (34,0)	0,918 (0,671 – 1,258)		0,596
Recebeu informações sobre consequências da doença**					
Sim	390 (63,9)	224 (36,1)	1,00		
Não	61 (74,4)	24 (25,6)	0,685 (0,415 – 1,129)		0,136
Compreendeu as informações**					
Sim	312 (64,1)	178 (35,9)	1,00		
Não	139 (67,7)	70 (32,3)	0,883 (0,628 – 1,242)		0,473
Tem seguido as orientações**					
Sim	309 (65,2)	174 (34,8)	1,00		
Não	142 (65,7)	73 (34,3)	0,913 (0,651 – 1,280)		0,597
Tem tomado as medicações como orientado**					
Sim	412 (65,8)	219 (34,2)	1,00		
Não	39 (59,0)	29 (41,0)	1,399 (0,842 – 2,324)		0,194
Consegue pegar as medicações na rede pública**					
Sim	401 (64,3)	228 (35,7)	1,00		
Não	50 (72,8)	20 (27,2)	0,704 (0,409 – 1,211)		0,203
Relativos à satisfação do usuário					
Cordialidade do médico					
Satisfeito	430 (65,3)	236 (34,7)	1,00		
Insatisfeito	21 (61,4)	13 (38,6)	1,128 (0,555 – 2,293)		0,739
Atenção dada às queixas					
Satisfeito	421 (65,1)	232 (34,9)	1,00		
Insatisfeito	30 (65,1)	17 (34,9)	1,001 (0,546 – 1,838)		0,999
Exame clínico					
Satisfeito	415 (64,9)	230 (35,1)	1,00		
Insatisfeito	36 (67,9)	19 (32,1)	0,952 (0,534 – 1,699)		0,868
Confiança no médico					
Satisfeito	425 (65,7)	229 (34,3)	1,00		
Insatisfeito	26 (56,3)	20 (43,7)	1,428 (0,780 – 2,613)		0,246
Confiança na receita médica					
Satisfeito	427 (65,5)	231 (34,5)	1,00		
Insatisfeito	24 (58,9)	18 (41,1)	1,386 (0,737 – 2,608)		0,309
Explicações do médico					
Satisfeito	402 (64,9)	223 (35,1)	1,00		
Insatisfeito	49 (66,6)	26 (33,4)	0,957 (0,578 – 1,582)		0,862
Explicações sobre o prognóstico de sua doença					
Satisfeito	387 (64,5)	219 (35,5)	1,00		
Insatisfeito	64 (69,0)	30 (31,0)	0,828 (0,521 – 1,318)		0,426
Consulta como um todo					
Satisfeito	414 (65,0)	228 (35,0)	1,00		
Insatisfeito	37 (66,4)	21 (33,6)	1,031 (0,589 – 1,803)		0,916

* Percentagens ajustadas pelo peso proporcional dos indivíduos na amostra

** Percentagens válidas, excluindo-se as perdas

Tabela 4 – Resultado da análise bivariada. *Controle de Pressão Arterial (PA)* comparada aos aspectos relativos aos médicos.

Variáveis	Controle de PA n (%)	Controle de PA insatisfatório n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Graduado em Escola Médica brasileira				
Sim	394 (65,7)	206 (34,3)	1,00	
Não	57 (57,0)	43 (43,0)	1,443 (0,938 – 2,219)	0,094
Experiência docente em Escola Médica				
Sim	201 (64,8)	109 (35,2)	1,00	
Não	250 (64,1)	140 (35,9)	1,033 (0,756 – 1,410)	0,840
Realiza preparatório para residência atualmente				
Sim	178 (61,4)	112 (38,6)	1,00	
Não	273 (66,6)	137 (33,4)	0,798 (0,583 – 1,091)	0,156
Realiza reflexão sobre a prática profissional				
Sim	451 (64,4)	249 (35,6)	1,00	
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Se busca preencher lacunas de aprendizagem a partir da reflexão				
Sim	422 (64,9)	228 (35,1)	1,00	
Não	29 (58,0)	21 (42,0)	1,340 (0,747 – 2,404)	0,971
Participante ou Supervisor do PEP por pelo menos 02 anos				
Sim	130 (72,2)	50 (27,8)	1,00	
Não	321 (61,7)	199 (38,3)	1,612 (1,112 – 2,336)	0,011
Formação médica específica para Atenção Primária à Saúde (APS)				
Sim	230 (65,7)	120 (34,3)	1,00	
Não	221 (63,1)	129 (36,9)	1,119 (0,821 – 1,525)	0,477
Tempo de trabalho em APS				
Mais de 02 anos	260 (63,4)	150 (36,6)	1,00	
Até 02 anos	191 (65,9)	99 (34,1)	0,898 (0,656 – 1,231)	0,505
Tempo de trabalho na mesma equipe				
Mais de 02 anos	159 (69,1)	71 (30,9)	1,00	
Até 02 anos	292 (62,1)	178 (37,9)	1,365 (0,975 – 1,911)	0,069
Realiza todos os princípios da Medicina de Família e Comunidade				
Sim	258 (67,9)	122 (32,1)	1,00	
Não	193 (60,3)	127 (39,7)	1,392 (1,020 – 1,899)	0,037
Mais quanto tempo pretende trabalhar na APS				
Até me aposentar	212 (68,4)	98 (31,6)	1,00	
Outras opções	239 (61,3)	151 (38,7)	1,367 (0,998 – 1,872)	0,051
Significado de trabalhar como Médico de Família e Comunidade				
É minha opção de vida e especialidade	235 (67,1)	115 (32,9)	1,00	
Outras opções	216 (61,7)	134 (38,3)	1,268 (0,930 – 1,729)	0,134

Tabela 5 – Resultado da análise multinível de variáveis individuais e relativas aos médicos associadas negativamente a *Controle de Pressão Arterial* em idosos hipertensos atendidos nas unidades de ESF, modelo ajustado. Montes Claros-MG, Brasil, 2014-2015.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR (IC95%)	Valor- p	OR (IC95%)	Valor- p	OR (IC95%)	Valor- p
Intercepto	0,52 (0,41 - 0,65)	0,000	0,34 (0,21-0,55)	0,000	0,30 (0,18-0,50)	0,000
2º Nível - Variáveis relacionadas aos médicos						
Participante ou Supervisor do PEP por pelo menos 02 anos						
Sim			1,00			
Não			1,73 (1,01 – 2,96)	0,046		
1º Nível - Variáveis relacionadas aos idosos hipertensos						
Gênero						
Feminino					1,00	
Masculino					2,00 (1,39 - 2,87)	p<0,001
Encontra-se alimentando bem						
Sim					1,00	
Não					0,66 (0,41 – 1,05)	0,081
- 2 vezes o logaritmo da função de verossimilhança	892,1		888,1		864,1	

O Modelo 1 não contém fatores de ajuste (modelo vazio); o Modelo 2 apresenta o ajuste do desfecho por variáveis de nível contextual; e o Modelo 3 apresenta o ajuste por variáveis de nível contextual e individual. (OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de 95% de confiança).

Referências

1. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos Profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
2. Mash R, Almeida M, Wong WCW, Kumar R, Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Hum Resour Health*. 2015 Dec 4;13(1):93.
3. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm], acesso em [24/03/2014].
4. Grol R, Wensing M. Implementation of change in health care: a complex problem. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
5. Zaher E, Ratnapalan S. Practice-based small group learning programs: systematic review. *Can Fam Physician*. 2012 Jun;58(6):637-42, e310-6.
6. Grol R, Lawrence M. *Quality improvement by peer review*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
7. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(60 4 Supl 4): S60-S66.
8. North of England Study of Standards and Performance in General Practice. Medical audit in general practice. I: Effects on doctors' clinical behaviour for common childhood conditions. *BMJ*. 1992 Jun 6;304(6840):1480-4.
9. Fortselund L, Björndal A, Rashidian A, et al. Continuing medical meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD003030.
10. Wensing M, Broge B, Riens B, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18:763-769.
11. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005; 366(9490):1026–1035.
12. Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl I):3-6.46

13. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5;311(5):507-20.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010 95 (1): 1-51.
15. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. Geneva; 2004.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil – 2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Extraído de [<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>], acesso em [05/01/2016].
17. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas – A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publica*. 1988;22:513-8.
18. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
19. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.
20. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med-Care* 1996; 34(3):220-233.
21. De Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, Ricciardi W. Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health* 2008, 8:348.
22. Apolinario D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, Lee SD. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):702-11.
23. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(3):623-628.

24. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 Aug;35(8):1381-95.
25. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health. *JAMA* 273:402–407, 1995.
26. McWhinney I, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. 3rd. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
27. Gu Q, Burt VL, Paulose-Ram R, Dillon CF. Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among US adults with hypertension: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *Am J Hypertens.* 2008 Jul;21(7):789-98.
28. Van der Niepen P, Verbeelen D. Gender and hypertension management: a sub-analysis of the I-inSYST survey. *Blood Press.* 2011 Apr;20(2):69-76.
29. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the “Hiperdia Program”: A Territory-Based Study. *Arq Bras Cardiol.* 2014; 102(6):571-578.
30. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.
31. Jardim PCV, Peixoto MR, Monego E, Moreira H, Vitorino PVO, Souza WSBS, Scala LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Card* 2007; 88(4): 452–457.
32. Leite MTS, Sena RR, Vieira MA, et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de minas gerais. *Reme: Rev Min Enferm* 2012; 16(4): 594-600.
33. Assis LN, D’Avila LS, Melo MB, Brant LC. 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* 2012; 2(3):394-409.
34. D’Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014 Feb;19(2):401-16.
35. Mamede S, Loyens S, Ezequiel O, et al. Effects of reviewing routine practices on learning outcomes in continuing education. *Med Educ.* 2013 Jul;47(7):701-10.

36. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care. *J Contin Educ Health Prof.* 2014 Fall;34(4):243-51.
37. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner. *JAMA.* 2002;288(9):1057–1060.
38. Davis D, Galbraith R. Continuing medical education effect on practice performance. *Chest.* 2009;135(suppl):42–48.
39. Kahn N, Bagley B, Tyler S. Performance improvement CME: core of the new CME. *AMA CPPD Rep.* 2007;22:1–3.
40. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39 (8 Suppl 2):II2–45.
41. Grol R, Wensing M. Dissemination of innovations. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care.* 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
42. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3(1):25-30.
43. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Medical Education* 2011; 45: 60–68.
44. Conselho Federal de Medicina. Nota do Conselho Federal de Medicina contra a importação de médicos cubanos. Extraído de: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3], acesso em [13/01/2016].
45. Wong BM, Holmboe ES. Transforming the Academic Faculty Perspective in Graduate Medical Education to Better Align Educational and Clinical Outcomes. *Acad Med.* 2015 Dec 22. [Epub ahead of print]
46. Carraccio C, Englander R, Van Melle E, Ten Cate O, Lockyer J, Chan MK, Frank JR, Snell LS; International Competency-Based Medical Education Collaborators. Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician-Educators. *Acad Med.* 2015 Dec 15. [Epub ahead of print]
47. Handfield-Jones R, Rainsberry P. Certification examination of the College of Family Physicians of Canada. Part 1: History and implications for the present and future. *Can Fam Physician.* 1996 May;42:957-60; 962; 965-6; 969.

48. Simon C. From Generalism to Specialty – a Short History of General Practice. *InnovAiT*. 2009. 2(1), 2-9.
49. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall: how the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2014 Update. New York: The Commonwealth Fund, June 2014. Extraído de: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf], acesso em [13/01/2016].
50. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 19-20.
51. Ausubel DP. The acquisition and retention of knowledge: a cognitive view. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
52. Moreira MA, Caballero C, Rodríguez-Palmero ML. Aprendizaje significativo: interacción personal, progresividad y lenguaje. Burgos: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos, 2004.
53. Braspenning J, Hermens R, Calsbeek H, Westert G, Campbell S, Grol R. Quality and safety of care: the role of indicators. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.

3.2 ARTIGO 2

As experiências educacionais de médicos podem ter influência na confiança nestes profissionais por parte dos pacientes? Um estudo populacional com idosos hipertensos.

Introdução

Melhorias constantes na prática clínica são necessárias para que pacientes possam receber atendimentos de qualidade (1). A fim de que resultados melhores possam ser alcançados, é necessária a avaliação da qualidade e da segurança do cuidado. A acurácia desta avaliação passa pela seleção de indicadores válidos e confiáveis a serem analisados para a proposição de futuras mudanças. Estes indicadores podem ser relativos à estrutura, aos processos ou aos desfechos de um serviço. Entre estes últimos, existem os relativos à experiência do paciente (2).

Concernente às experiências dos pacientes com um serviço de saúde, avaliar seu grau de satisfação é importante para direcionar o planejamento de melhorias das condições do atendimento ao usuário (3). Segundo Donabedian, a avaliação dos serviços de saúde deve sempre passar por duas dimensões: o desempenho técnico e o relacionamento com o paciente, visando reduzir os riscos e maximizar os benefícios aos usuários (4).

A satisfação dos usuários relativamente a um serviço já se demonstrou estar relacionada, entre outros fatores, a forma com que o médico lhes trata durante a prestação de atendimento (5). Estudos científicos avaliando a satisfação já demonstraram ter confiabilidade, e apresentaram correlação entre satisfação e adesão do usuário ao serviço de saúde (6-9). A inclusão da satisfação como critério de avaliação em saúde tem recebido especial atenção não apenas por ser um indicador de qualidade, mas também por estar potencialmente relacionada a uma melhor adesão ao tratamento e relação médico-paciente, e à maior adequação no uso dos serviços (10,11). Medir a satisfação dos usuários recai também sobre o reconhecimento da insuficiência das medidas laboratoriais e clínicas para a real compreensão dos desfechos das doenças crônicas, em que o objetivo não é a cura, mas sim a redução do impacto da doença nas diferentes áreas de vida do paciente (12).

Estudos têm apontado a confiança no médico não como um estado puramente psicológico, dissociado do contexto, mas sim derivado de uma situação vivenciada, ou seja, é uma característica “construída” ou “adquirida” (13). Melhorias na qualidade do serviço afetam a satisfação com o mesmo. Estudo conduzido em hospitais em Taiwan demonstrou que uma percepção de qualidade no serviço prestado aumenta a confiança, e a confiança aumenta a satisfação por parte dos pacientes (14).

Muitos países do mundo utilizam como estratégia para melhoria da qualidade em seus serviços um modelo de Educação Médica Continuada (EMC) conhecido como “Revisão entre Pares” (*Peer Review*), grupos permanentes de revisão contínua da prática profissional, originalmente empregado com Médicos de Família (*General Practitioners*) da Holanda, mas que se espalharam por diversos países da Europa (15). No Brasil, no estado de Minas Gerais, há uma experiência neste sentido chamada Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP) (15). O PEP se organiza em uma aprendizagem colaborativa em pequenos grupos, o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa (15). Apesar de o modelo educacional do PEP já ter sido estudado em vários países do mundo, apresentando resultados satisfatórios nas mudanças de conduta (16-19), nos custos (16,19) e nos desfechos de saúde dos pacientes (17,18) pouco ainda se sabe sobre seus resultados em países em desenvolvimento. Conhecer tais resultados pode nortear a aplicação de recursos em estratégias que provem ter a capacidade de atingir uma melhor qualidade e melhores resultados nos serviços de saúde (20).

A presente pesquisa pretende avaliar a *Confiança no Médico* com fatores relativos aos indivíduos e aos médicos que lhes prestam assistência em uma população de idosos hipertensos atendidos no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Métodos

Foi realizado estudo transversal, analítico e observacional, na cidade de Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, no Sudeste do Brasil, de Agosto de 2014 a Setembro de 2015. Com quase 350.000 habitantes, Montes Claros é a maior e mais desenvolvida cidade da região Norte do estado de Minas Gerais, uma das áreas mais pobres e com piores índices de desenvolvimento do país (21). Foram incluídos no estudo indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes e

cadastrados nas áreas de abrangência das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) da área urbana deste município. Foi calculada amostra para população infinita, com estimativa para proporções da ocorrência do evento falta de confiança no médico em no máximo 30% da população com base em achados prévios em unidades de APS no Brasil (22,23), confiança de 95% e erro de 5%. Após a realização dos cálculos, chegou-se ao número de 323 idosos hipertensos. Por se tratar de amostra por conglomerado, estabeleceu-se efeito do delineamento (*d_{eff}*) de 2, alterando assim este número para, no mínimo, 646 indivíduos. Em Agosto de 2014 o município contava com 93 unidades de ESF cadastradas. Destas, 3 foram excluídas por se encontrarem na zona rural; 16 não possuíam médicos trabalhando no período de coleta de dados e 4 tiveram a participação na pesquisa negada pelo médico. Como o trabalho objetiva avaliar desfechos nos usuários comparativamente a aspectos dos médicos, era fundamental que estes fossem selecionados apenas de equipes em que os médicos aceitassem participar da pesquisa fornecendo informações sobre sua formação e experiências educacionais. Assim sendo, foram sorteados para a amostra 10 sujeitos cadastrados de cada uma destas 70 equipes. Para incorporar a estrutura do plano amostral por conglomerado na análise dos dados, cada entrevistado foi associado a um peso, que correspondeu ao inverso de sua probabilidade de inclusão na amostra. Em cada conglomerado (ESF), a probabilidade de inclusão do entrevistado foi obtida pela razão entre o número de idosos selecionados ($n=10$) e o número de idosos hipertensos cadastrados.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado treinamento de 09 auxiliares de pesquisa, todas acadêmicas de enfermagem, para a aplicação dos instrumentos utilizados e a padronização da aferição da Pressão Arterial (PA).

Na sequência, foi realizado estudo piloto visando à viabilidade dos instrumentos. Estes foram avaliados duas vezes para testar a compreensão das questões com 20 idosos hipertensos cadastrados em duas ESF do município (10 de cada), e com os dados obtidos dos médicos responsáveis pelas respectivas equipes.

Após, foi iniciada a coleta de dados, com os idosos hipertensos sendo entrevistados em seus respectivos domicílios. Foram utilizados os seguintes questionários:

– Instrumento de avaliação de satisfação de usuários de unidades de saúde (22). Este é um questionário validado no Brasil, composto de 12 questões referentes a distintos aspectos relacionados à consulta médica. Esse instrumento é constituído de respostas tipo Likert de 1 a 5, de “muito bom” a “muito ruim”. Para sua análise as respostas foram dicotomizadas, com números 1 e 2 sendo considerados “satisfeito”, e 3, 4 e 5 “insatisfeito”. A questão referente à

Confiança no Médico deste instrumento é que foi utilizada como variável dependente no presente trabalho.

– Questionário para avaliação de aspectos biopsicossociais, adaptado do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) (24).

– *Escala de Depressão Geriátrica abreviada de 15 questões* (EDG-15) (25). Utilizada para identificar sintomas depressivos. Idosos com escores maiores que 5 foram considerados com sintomatologia depressiva presente.

– Questionário *SF-12* (26) para avaliação de Qualidade de Vida (QV). Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e o mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de QV (27). Tanto o PCS quanto o MCS foram dicotomizados a partir da mediana, a exemplo de outros trabalhos (28-30).

- O instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults* (SAHLPA-18) (31) para avaliação do componente de compreensão da alfabetização em saúde, habilidade de realizar leitura e tarefas numéricas básicas necessárias para um bom funcionamento dentro dos ambientes de cuidados à saúde (32). Neste instrumento, cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18. Escores até 14 são considerados como inadequados (31).

- Questionário para avaliação de realização de atividade física, o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (33). Os indivíduos testados foram categorizados em sedentários ou não sedentários tendo como parâmetro 150 minutos de exercícios por semana (34,35).

Além destes instrumentos, de questionário próprio sobre hábitos autorreferidos pelo entrevistado, quais sejam: consumo de sal, hábitos tabagista e etilista e de uso do serviço de saúde.

A padronização da técnica de aferição da PA foi feita conforme as orientações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (36). Estas são realizadas com o indivíduo sentado, após 5 minutos de descanso e pelo menos 30 minutos sem consumo de cafeína e/ou cigarros. Foram realizadas três medidas, desprezando-se a primeira. A PA foi considerada como a média aritmética da segunda e terceira medidas (36). Como parâmetros de PA controlada nos idosos foram utilizados os valores estabelecidos de <150mmHg na sistólica e <90mmHg na diastólica (37).

Para os médicos foi utilizado questionário autoaplicável, com informações sobre gênero, idade, nacionalidade, formação médica (graduação, pós-graduação e EMC), atuação em docência, percepções do médico sobre aprendizagem reflexiva e identificação com a prática em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Relativamente à EMC, foi perguntado ao médico se participou do PEP, de programa de desenvolvimento docente (PDD) de sua instituição (no caso de ser docente) ou de algum curso preparatório para residência médica. As últimas nove questões do instrumento inquiriam sobre se o médico alcança os nove princípios da MFC conforme estabelecidos por McWhinney no livro clássico *Textbook of Family Medicine* (38). Tal questionário foi entregue pessoalmente aos médicos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Todos os pacientes e médicos participantes assinaram termo de consentimento.

Na análise estatística, foi testada a associação entre a variável dependente *Confiança no Médico* e variáveis independentes relativas a população estudada e aos médicos que lhes prestam assistência. Os dados foram organizados inicialmente no *software* PASW Statistics 19.0 para a realização das análises descritivas e bivariadas. As análises descritivas foram corrigidas pelo efeito do desenho (*deff*) utilizando-se o módulo *Complex Sample* deste *software*. Em seguida, foram conduzidas análises bivariadas, e estimadas as *Odds Ratio* com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p. As variáveis com valores de p menores que 0,20 na análise bivariada foram incluídas na análise múltipla. O modelo final foi composto pelos fatores que permaneceram associados aos sintomas depressivos ao nível de 0,05 ($p < 0,05$). Para a análise múltipla, foi utilizado o programa Stata 12.0, sendo empregado o modelo multinível de regressão logística para avaliar a associação entre *Confiança no Médico* e os fatores individuais (primeiro nível) e relativos aos médicos (segundo nível) ajustados. Na análise multinível foi adotado o modelo de efeitos mistos, estimando o efeito aleatório entre o desfecho e os fatores do segundo nível, e o efeito fixo das medidas de associação entre o desfecho e os fatores de primeiro nível. A análise múltipla foi realizada em três etapas. Primeiramente, foi estimado o modelo sem fatores, ou modelo vazio (Modelo 1), que contém apenas a variável dependente. Após, foram incluídos os fatores contextuais selecionados na análise bivariada (Modelo 2). O Modelo 3 incluiu todos os fatores com ajuste concomitante das variáveis contextuais e individuais (selecionadas na análise bivariada). Nessa etapa da modelagem foi adotado nível de significância $\leq 0,05$, no entanto as variáveis que apresentaram valor-p $\leq 0,10$ permaneceram no modelo final como fatores de ajuste. A qualidade de ajuste dos modelos foi avaliada pela estatística -2 vezes o logaritmo da função

de verossimilhança. Utilizou-se o teste da razão de verossimilhança para analisar mudanças significativas na qualidade de ajuste dos modelos.

Resultados

Na análise multinível, permaneceram associados a menor *Confiança no médico* a falta de acesso a um mesmo médico nos últimos 02 anos ($p < 0,012$) e não ter recebido informações sobre consequências da doença ($p < 0,019$) no nível individual e não ter sido participante ou supervisor do PEP por período de pelo menos 01 ano ($p = 0,046$).

As análises descritivas dos fatores relacionados aos idosos hipertensos e de seus médicos encontram-se respectivamente apresentados nas Tabelas 1 e 2. Os resultados da análises bivariadas encontram-se descritos nas Tabelas 3 e 4 e da análise multinível na Tabela 5.

Discussão

Entre os aspectos dos pacientes significativamente associados a uma pior *Confiança no médico*, é importante comentar que não se encontram desfechos de saúde física ou mental dos mesmos, como um pior controle pressórico, sintomas depressivos presentes ou pior qualidade de vida física ou mental, e sim desfechos intimamente relacionados com a percepção dos pacientes acerca suas visitas ao profissional.

O não acesso a um mesmo médico nos últimos 02 anos e sua relação com uma pior confiança no médico é congruente com achados prévios da literatura. Barbara Starfield explicava que “o alcance da atenção primária implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema” (38), sendo esta relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes chamada de *Longitudinalidade*. A longitudinalidade está associada a critérios de satisfação aumentados por parte dos pacientes, conforme demonstrado em vários estudos (39-41). Por exemplo, pacientes de 133 centros de clínica geral na Noruega que estavam relacionados aos mesmos médicos por mais de cinco anos tinham uma probabilidade mais de um terço maior de relatar estarem muito satisfeitos, em relação àqueles cuja relação durava de um a cinco anos (42).

Da mesma forma, a não disponibilização de informações sobre as consequências da doença por parte do médico com uma pior confiança no mesmo é resultado semelhante a

outros já apresentados anteriormente. Uma melhor comunicação médico-paciente provou estar relacionada com maior satisfação por parte dos pacientes (43), a melhores desfechos (44) e menores queixas de má-prática médica (45).

A contribuição original do artigo é a apresentação de uma associação negativa entre a *Confiança no Médico* e a não participação de um grupo de EMC de revisão das práticas por período de pelo menos 01 ano. Até o presente momento não havia sido demonstrada na literatura a influência por esta estratégia educacional desfechos de pacientes em países em desenvolvimento.

Pesquisas apontam que a confiança em um médico é um processo complexo, construído por diversos fatores, mas que basicamente traduzem uma interpretação dos pacientes de uma melhor capacitação técnica e relação interpessoal por parte destes profissionais. Um estudo aponta que uma boa *concordância*, construída por uma satisfatória relação médico-paciente (um estado de harmonia estabelecido entre ambos, onde o paciente é também considerado um tomador de decisão) leva a uma maior confiança no profissional, e esta confiança a um maior empoderamento por parte dos pacientes (46). Uma maior percepção de qualidade ofertada pelo serviço também está relacionada a maior confiança, e esta confiança a uma maior satisfação (14). Estudo conduzido entre afro-americanos apresentou uma maior confiança relacionada à maior competência técnica e interpessoal por parte dos médicos (47). Outro estudo demonstrou que médicos com maior capacidade de interpretar e tomar atitudes frente às emoções apresentadas pelos pacientes tinham maior confiança por parte dos mesmos. Neste estudo, esta confiança estava ligada a melhor relação médico-paciente, levando a maior satisfação por parte dos pacientes a um nível significativo (48).

Ainda que uma revisão sistemática recente aponte para resultados inconclusivos sobre o impacto de intervenções para a melhoria da confiança nos médicos por parte dos pacientes (49), revisão sobre intervenções para a promoção de uma melhor relação médico-paciente demonstrou que estas são eficientes em transferir habilidades de consulta centrada no paciente aos profissionais (50). Esta última revisão também apresenta indícios de que intervenções complexas, com materiais educativos específicos para determinadas condições de saúde tiveram efeitos benéficos no processo das consultas e na satisfação e comportamentos de saúde dos pacientes (50).

Os piores desfechos relativos à confiança nos profissionais que não participaram pelo período mínimo de 01 do PEP podem incidir, portanto, no método proposto por esta intervenção. O modelo combina intervenções multifacetadas (de pequenos grupos, de grandes

grupos e de treinamento em serviço de habilidades clínicas) que enfatizam a aprendizagem ativa, autodirigida, com reflexão sobre dados advindos da realidade das práticas dos médicos. Uma das premissas de funcionamento do PEP é adoção de protocolos ou linhas-guia para o desenvolvimento da prática médica (51). O manejo da HAS é um tema com linhas-guias permanentemente atualizadas, e encontra-se entre os assuntos que foram mais frequentemente elencados para estudo no PEP (52). Além do aprimoramento do conhecimento científico, é reforçado o desenvolvimento de habilidades, com especial ênfase na comunicação médico-paciente. O hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são processos facilitadores para que os médicos reconheçam e preencham suas lacunas de aprendizagem (15, 53-57). O PEP é implementado em conjunto com faculdades de Medicina cujos professores, preferencialmente médicos de família, após treinamento específico, assumem as atividades de supervisores dos grupos. Tais supervisores são responsáveis por zelar que os encontros não se transformem em grupos de discussão não-sistemáticos ou que sejam transformados em aulas expositivas, sendo esta a única diferença entre estes e os demais participantes dos grupos (15). Tais grupos estiveram com funcionamento regular até a metade de 2013 em Montes Claros, quando o mesmo entrou em inatividade na maior parte dos seus polos devido a problemas de suporte organizacional e de financiamento. Porém, a literatura já aponta que tais grupos podem causar mudanças duradouras nas práticas profissionais após estarem em funcionamento durante um período de tempo, se seguidos os pressupostos metodológicos adequadamente (16).

Conclusão

A proposta de intervenção de uma EMC baseada em grupos de “Revisão entre Pares” pode ter resultados efetivos em desfechos de pacientes em ambientes com baixos recursos, um achado até então não apresentado. Foi descrita uma significativa diferença na confiança de pacientes idosos hipertensos assistidos por médicos que participaram desta intervenção por pelo menos 01 ano comparativamente aos que não participaram por igual período.

Como limitações deste estudo, devem ser citados os desfechos estudados, a região e a população avaliada, bastante específicos. Apesar destas limitações, é desejável que gestores em saúde prestem atenção neste modelo educacional, uma vez que cada vez mais há evidências de que o mesmo pode ser efetivo para a melhoria da assistência.

A confiança nos médicos é um importante desfecho em saúde, balizador da satisfação dos usuários e relacionado a um maior empoderamento destes. Assim sendo, parece justificado o investimento em tais intervenções, podendo trabalhos futuros discorrer sobre outros possíveis desfechos desejáveis destas.

Tabelas

Tabela 1 – Descrição das características da população estudada - Amostra de idosos hipertensos cadastrados nas Equipes de Saúde de Família de Montes Claros – MG.

Variáveis		n	%*
Biopsicossociais (BOAS)			
Gênero	Masculino	212	29,6
	Feminino	488	70,4
Idade	De 60 a 80 anos	591	83,8
	Maior de 80 anos	109	16,2
Escolaridade completa**	Alfabetizado	384	57,4
	Analfabeto	304	42,6
Estado conjugal**	Casado / Relação estável	361	51,5
	Sem relacionamento estável	337	48,5
Sustento de vida**	Trabalho	23	3,1
	Aposentadoria	537	77,5
	Outros	138	19,4
Renda familiar**	Meio salário ou mais <i>per capita</i>	377	40,3
	Menos de meio salário <i>per capita</i>	250	59,7
Número de medicações em uso**	Nenhum até 4 medicamentos	519	72,9
	5 ou mais medicamentos	178	27,1
	(polifarmácia)		
Sintomas depressivos, qualidade de vida, alfabetização em saúde e atividade física			
Sintomas depressivos (EDG-15)	Ausentes	506	72,3
	Presentes	194	27,7
Qualidade de vida (QV) – Física (SF12 – PCS)	Adequada	352	50,6
	Inadequada	348	49,4
Qualidade de vida (QV) – Mental (SF12 – MCS)	Adequada	354	50,2
	Inadequada	346	49,8
Alfabetizado em saúde (SAHLPA-18)	Adequada	61	9,8
	Inadequada	639	90,2
Atividade física (IPAQ)	Ativo	259	36,3
	Não Ativo	441	63,7
Hábitos			
Consumo de sal	Realiza restrição	272	36,9
	Sem restrição	428	63,1
Hábito tabagista	Não fuma	660	94,6
	Tabagista	40	5,4
Hábito etilista	Não consome álcool	631	90,2
	Consome álcool	69	9,8
Controle da Pressão Arterial			
Pressão Arterial	Controlada	451	65,1
	Não-controlada	249	34,9

* Percentagens ajustadas pelo peso proporcional dos indivíduos na amostra

** Percentagens válidas, excluindo-se as perdas

Tabela 2 – Descrição das características dos profissionais que prestam assistência à população em estudo – Médicos das Equipes de Saúde de Família de Montes Claros – MG.

Variáveis		n	%
Gênero	Masculino	22	31,4
	Feminino	48	68,6
Nacionalidade	Brasileira	61	87,1
	Cubana	09	12,9
Graduação em Escola Médica Brasileira ou Estrangeira	Brasileira	60	85,7
	Estrangeira (Cubana)	10	14,3
Realizou Pós-Graduação	Sim	50	71,4
	Não	20	28,6
Realizou algum tipo de especialização específica na área de Atenção Primária à Saúde / Saúde da Família	Residência em Medicina de Família e Comunidade (Brasil)	17	24,3
	Especialização <i>Medicina General Integral</i> (Cuba)	10	14,3
		09	12,9
	Nenhuma especialização específica	34	48,6
Experiência docente em Escola Médica	Sim	31	44,3
	Não	39	55,7
Realiza atualmente alguma estratégia para atualização médica	Sim	54	77,1
	Não	16	22,9
Realiza curso preparatório para Residência Médica como estratégia para atualização	Sim	29	41,4
	Não	41	58,6
Participou do PEP	Sim	34	48,6
	Não	36	51,4
Tempo de participação no PEP	Por 02 ou mais anos	18	25,7
	De 01 ano até menos de 02 anos	03	4,3
	Menos de 01 ano	13	18,6
	Não participou	36	51,4

Tabela 3 – Resultado da análise bivariada. *Confiança no Médico* comparada aos aspectos individuais da população em estudo.

Variáveis		Satisfeito n (%)*	Insatisfeito n (%)*	OR (IC 95%)	Valor p
Biopsicossociais (BOAS)					
Gênero					
	Masculino	199 (94,0)	13 (6,0)	1,00	
	Feminino	455 (93,0)	33 (7,0)	1,110 (0,572 – 2,155)	0,757
Escolaridade**					
	Alfabetizado	356 (92,8)	28 (7,2)	1,00	
	Analfabeto	287 (94,1)	17 (5,9)	0,753 (0,404 – 1,403)	0,371
Estado conjugal**					
	Casado / Relação estável	342 (95,0)	19 (5,0)	1,00	
	Sem relacionamento estável	310 (91,4)	27 (8,6)	1,568 (0,855 – 2,876)	0,144
Renda familiar (salários-mínimos <i>per capita</i>)**					
	Meio salário ou mais <i>per capita</i>	232 (92,7)	18 (7,3)	1,00	
	Menos de meio salário <i>per capita</i>	354 (93,3)	23 (6,7)	0,837 (0,442 – 1,586)	0,586
Encontra-se alimentando bem**					
	Sim	533 (92,3)	35 (7,7)	1,00	
	Não	121 (93,7)	10 (6,3)	1,259 (0,607 – 2,612)	0,536
Número de medicamentos em uso**					
	Nenhum até 04 medicamentos	485 (93,3)	34 (6,7)	1,00	
	05 ou mais medicamentos (polifarmácia)	166 (93,1)	12 (6,9)	1,031 (0,522 – 2,038)	0,930
Satisfação com relação à vida em geral**					
	Satisfeito	564 (93,5)	39 (6,5)	1,00	
	Insatisfeito	75 (90,0)	7 (10,0)	1,350 (0,583 – 3,126)	0,482
Apresenta dificuldade para dormir**					
	Não	389 (94,5)	22 (5,5)	1,00	
	Sim	262 (91,5)	24 (8,5)	1,620 (0,890 – 2,949)	0,112
Sintomas depressivos, qualidade de vida, alfabetização em saúde e atividade física					
Sintomas depressivos (EDG-15)					
	Ausentes	479 (94,7)	27 (5,3)	1,00	
	Presentes	175 (89,5)	19 (10,5)	1,926 (1,045 – 3,552)	0,033
Qualidade de Vida (QV) - Física (SF12 – PCS)					
	Adequada	333 (94,6)	19 (5,4)	1,00	
	Inadequada	321 (91,9)	27 (8,1)	1,474 (0,804 – 2,704)	0,208
Qualidade de Vida (QV) - Mental (SF12 – MCS)					
	Adequada	333 (93,7)	21 (6,3)	1,00	
	Inadequada	321 (92,8)	25 (7,2)	1,235 (0,678 – 2,250)	0,490
Alfabetizado em saúde (SAHLPA-18)					
	Sim	56 (91,7)	5 (8,3)	1,00	
	Não	598 (93,4)	41 (6,6)	0,768 (0,292 – 2,022)	0,592
Atividade física (IPAQ)					
	Ativo	236 (90,9)	23 (9,1)	1,00	
	Não Ativo	418 (94,6)	23 (5,4)	0,565 (0,310 – 1,028)	0,059
Hábitos					
Consumo de sal					
	Realiza restrição	256 (93,9)	16 (6,1)	1,00	
	Sem restrição	398 (92,9)	30 (7,1)	1,206 (0,644 – 2,257)	0,558
Hábito tabagista					
	Não fuma	615 (93,1)	45 (6,9)	1,00	
	Tabagista	39 (96,5)	1 (3,5)	0,350 (0,047 – 2,610)	0,285

Hábito etilista					
Não consome álcool	590 (93,3)	41 (6,7)	1,00		
Consome álcool	64 (93,1)	5 (6,9)	1,124 (0,429 – 2,947)	0,812	
Controle da Pressão Arterial					
Pressão Arterial					
Controlada	425 (94,2)	26 (5,8)	1,00		
Não controlada	229 (91,6)	20 (8,4)	1,428 (0,780 – 2,613)	0,246	
Relativos ao serviço de saúde					
Acesso ao mesmo médico nos 02 últimos anos**					
Sim	390 (96,4)	15 (3,6)	1,00		
Não	263 (88,9)	31 (11,1)	3,065 (1,622 – 5,789)	<0,001	
Recebeu informações sobre consequências da doença**					
Sim	583 (94,5)	31 (5,5)	1,00		
Não	70 (84,2)	15 (15,8)	4,030 (2,074 – 7,832)	<0,001	
Compreendeu as informações**					
Sim	470 (95,6)	20 (4,4)	1,00		
Não	183 (87,7)	26 (12,3)	3,339 (1,819 – 6,129)	<0,001	
Tem seguido as orientações**					
Sim	456 (94,2)	27 (5,8)	1,00		
Não	196 (91,0)	19 (9,0)	1,637 (0,889 – 3,014)	0,110	
Tem tomado as medicações como orientado**					
Sim	592 (93,7)	39 (6,3)	1,00		
Não	61 (88,9)	7 (11,1)	1,742 (0,747 – 4,062)	0,194	
Consegue pegar as medicações na rede pública**					
Sim	591 (93,7)	38 (6,3)	1,00		
Não	62 (90,0)	8 (10,0)	2,007 (0,896 – 4,493)	0,085	

* Percentagens ajustadas pelo peso proporcional dos indivíduos na amostra

** Percentagens válidas, excluindo-se as perdas

Tabela 4 – Resultado da análise bivariada. *Confiança no Médico* comparada aos aspectos relativos aos médicos.

Variáveis	Satisfeito n (%)	Insatisfeito n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Graduado em Escola Médica brasileira				
Sim	563 (93,8)	37 (6,2)	1,00	
Não	91 (91,0)	9 (9,00)	1,505 (0,703 – 3,222)	0,290
Experiência docente em Escola Médica				
Sim	297 (95,8)	13 (4,2)	1,00	
Não	357 (91,5)	33 (8,5)	2,112 (1,092 – 4,086)	0,024
Realiza preparatório para residência atualmente				
Sim	265 (91,4)	25 (8,6)	1,00	
Não	389 (94,9)	21 (5,1)	0,572 (0,314 – 1,044)	0,066
Realiza reflexão sobre a prática profissional				
Sim	654 (93,4)	46 (6,6)	1,00	
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Se busca preencher lacunas de aprendizagem a partir da reflexão				
Sim	607 (93,4)	43 (6,6)	1,00	
Não	47 (94,0)	3 (6,0)	0,901 (0,269 – 3,014)	0,866
Participante ou Supervisor do PEP por pelo menos 01 ano				
Sim	206 (98,1)	4 (1,9)	1,00	
Não	448 (91,4)	42 (8,6)	4,828 (1,709 – 13,643)	0,001
Formação médica específica para Atenção Primária à Saúde (APS)				
Sim	332 (94,9)	18 (5,1)	1,00	
Não	322 (92,0)	28 (8,0)	1,604 (0,870 – 2,957)	0,127
Tempo de trabalho em APS				
Mais de 02 anos	390 (95,1)	20 (4,9)	1,00	
Até 02 anos	264 (91,0)	26 (9,0)	1,920 (1,050 – 3,512)	0,032
Tempo de trabalho na mesma equipe				
Mais de 02 anos	218 (94,8)	12 (5,2)	1,00	
Até 02 anos	436 (92,8)	34 (7,2)	1,417 (0,719 – 2,790)	0,312
Realiza todos os princípios da Medicina de Família e Comunidade				
Sim	354 (93,2)	26 (6,8)	1,00	
Não	300 (93,8)	20 (6,3)	0,908 (0,497 – 1,659)	0,753
Mais quanto tempo pretende trabalhar na APS				
Até me aposentar	294 (94,8)	16 (5,2)	1,00	
Outras opções	360 (92,3)	30 (7,7)	1,531 (0,819 – 2,864)	0,179
Significado de trabalhar como Médico de Família e Comunidade				
É minha opção de vida e especialidade	332 (94,9)	18 (5,1)	1,00	
Outras opções	322 (92,0)	28 (8,0)	1,604 (0,870 – 2,957)	0,127

Tabela 5 – Resultado da análise multinível de variáveis individuais e relacionadas aos médicos associadas negativamente a *Confiança no Médico* por idosos hipertensos atendidos nas unidades de ESF, modelo ajustado. Montes Claros-MG, Brasil, 2014-2015.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR (IC95%)	Valor- p	OR (IC95%)	Valor- p	OR (IC95%)	Valor- p
Intercepto	0,04 (0,004 - 0,041)	0,000	0,01 (0,004 - 0,041)	0,000	0,005 (0,001-0,021)	0,000
2º Nível - Variáveis relacionadas aos médicos						
Participante ou Supervisor do PEP por pelo menos 01 ano						
Sim			1,00			
Não			3,77 (1,50 – 16,85)	0,046		
1º Nível - Variáveis relacionadas aos idosos hipertensos						
Acesso ao mesmo médico nos 02 últimos anos						
Sim					1,00	
Não					2,77 (1,25 - 6,05)	0,012
Recebeu informações sobre consequências da doença						
Sim					1,00	
Não					3,18 (1,21 – 8,38)	0,019
Compreendeu as informações						
Sim					1,00	
Não					2,05 (0,90 – 4,64)	0,085
- 2 vezes o logaritmo da função de verossimilhança	325,2		317,2		291,9	

O Modelo 1 não contém fatores de ajuste (modelo vazio); o Modelo 2 apresenta o ajuste do desfecho por variáveis de nível contextual; e o Modelo 3 apresenta o ajuste por variáveis de nível contextual e individual. (OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de 95% de confiança).

Referências

1. Grol R, Wensing M. Implementation of change in health care: a complex problem. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
2. Braspenning J, Hermens R, Calsbeek H, Westert G, Campbell S, Grol R. Quality and safety of care: the role of indicators. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013
3. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomel C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1994; 28: 131-6.
4. Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science 1978; 200:856-64.
5. Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. Rev Bras Epidemiol 2013; 16(1): 114-24.
6. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. BMJ. 1991 Apr 13;302(6781):887-9.
7. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992 Sep;14(3):236-49.
8. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA. 1993 Aug 18;270(7):835-40.
9. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. BMJ. 1996 Oct 5;313(7061):841-4.
10. Trad L, Bastos AC, Santana EM, Nunes M. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. [S.l.]: PNEPG; 2001.
11. Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. Ann Fam Med. 2007 Sep-Oct;5(5):419-24.
12. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.
13. Cohn S. 'Trust my doctor, trust my pancreas': trust as an emergent quality of social practice. Philos Ethics Humanit Med. 2015 Jun 11;10:9.

14. Chang CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res*. 2013 Jan 16;13:22.
15. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(60 4 Supl 4): S60-S66.
16. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press, 1995. p34-38.
17. Zaher E, Ratnapalan S. Practice-based small group learning programs: systematic review. *Can Fam Physician*. 2012 Jun;58(6):637-42, e310-6.
18. Fortselund L, Björndal A, Rashidian A, et al. Continuing medical meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD003030.
19. Wensing M, Broge B, Riens B, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18:763-769.
20. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005; 366(9490):1026–1035.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil – 2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Extraído de [<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>], acesso em [05/01/2016].
22. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(3):623-628.
23. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2009; 4(16):270-276.
24. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. Pesquisando populações idosas – A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saude Publica*. 1988;22:513-8.
25. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.

26. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.
27. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med-Care* 1996; 34(3):220-233.
28. Ribeiro KT. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - estudo SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
29. De Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, Ricciardi W. Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health* 2008, 8:348.
30. De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A, Ricciardi W, Rosano A. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health* 2008; 122:784–793.
31. Apolinario D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, Lee SD. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):702-11.
32. American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999;281(6):552-7.
33. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Aug;35(8):1381-95.
34. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health. *JAMA* 273:402–407, 1995.
35. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
36. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010 95 (1): 1-51.
37. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members

- appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5;311(5):507-20.
38. McWhinney I, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. 3rd. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
 39. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, 1998
 40. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA*. 1984 Nov 2;252(17):2413-7.
 41. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. *J Pediatr*. 1972 Oct;81(4):843-54.
 42. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. Continuity of pediatrician: New support for an old shibboleth. *J Pediatr*. 1974 Apr;84(4):599-605.
 43. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*. 1992 May 16;304(6837):1287-90.
 44. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480-492.
 45. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
 46. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559.
 47. Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med*. 2012 Jan;19(1):12-9.
 48. Jacobs EA, Rolle I, Ferrans CE, Whitaker EE, Warnecke RB. Understanding African Americans' Views of the Trustworthiness of Physicians. *J Gen Intern Med*. 2006 Jun;21(6):642-7.
 49. Weng HC. Does the physician's emotional intelligence matter? Impacts of the physician's emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health Care Manage Rev*. 2008 Oct-Dec;33(4):280-8.
 50. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;3:CD004134.

51. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD003267.
52. Leite MTS, Sena RR, Vieira MA, et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de minas gerais. *Reme: Rev Min Enferm* 2012; 16(4): 594-600.
53. Assis LN, D'Avila LS, Melo MB, Brant LC. 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* 2012; 2(3):394-409.
54. Mamede S, Loyens S, Ezequiel O, et al. Effects of reviewing routine practices on learning outcomes in continuing education. *Med Educ.* 2013 Jul;47(7):701-10.
55. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner. *JAMA.* 2002;288(9):1057–1060.
56. Davis D, Galbraith R. Continuing medical education effect on practice performance. *Chest.* 2009;135(suppl):42–48.
57. Kahn N, Bagley B, Tyler S. Performance improvement CME: core of the new CME. *AMA CPPD Rep.* 2007;22:1–3.
58. Davis D, Davis N. Selecting educational interventions for knowledge translation. *CMAJ.* 2010;182(2):E89–E93.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho pode-se verificar o potencial de modelos de EMC multifacetados, como o de “Revisão entre Pares” empregado pelo PEP, em conseguir influenciar nos desfechos de saúde das populações em ambientes de baixos recursos, quando seguidos seus pressupostos metodológicos e utilizados durante um certo período de tempo, independente do tipo de formação dos médicos, do tempo de trabalho na APS, ou dos mesmos serem docentes.

Apesar das limitações próprias do estudo, relativas aos desfechos estudados, à região e à população onde o mesmo se deu (bastante específica, composta por idosos hipertensos), cabe aos gestores em saúde prestarem atenção neste modelo educacional para melhoria de qualidade da assistência, uma vez que cada vez mais há evidências de que o mesmo pode ser efetivo.

Novos estudos acerca do tema se fazem necessários, buscando averiguar a influência em outros desfechos, e em diferentes populações, preferentemente estudos longitudinais e com maior número de indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Mulrow C. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1994; 309:597-599.
2. Grol R, Wensing M. Implementation of change in health care: a complex problem. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
3. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Knowledge Management. In: Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Clinical epidemiology: the essentials*. 5th ed. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins, 2014.
4. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatment of myocardial infarction. *JAMA* 1992; 268:240-248.
5. Haines A. The science of perpetual change. *Br J Gen Pract* 1996; 46:115-119.
6. Grol R, Lawrence M. Improvement and change through peer review. In: Grol R, Lawrence M. *Quality improvement by peer review*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
7. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-72.
8. Thorsten T, Mäkelä M, eds. *Theory and practice of clinical guidelines implementation*. Copenhagen: DSI Danish Institute for Health Services Research and Development [DSI Rapport 99.05], 1999.
9. Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). Data collection checklist. Ottawa: EPOC, 2002. Extraído de [<http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>], acesso em [13/02/2014].
10. Wensing M, Fluit C, Grol R. Educational strategies. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
11. Brasil. Ministério da Educação. Residência Médica. Extraído de [<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>], acesso em [07/01/2016].
12. Brasil. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Extraído de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=535-

- decreto-80281-05091977&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192], acesso em [07/01/2016].
13. Brasil. Ministério da educação. Resolução n° 1, de 8 de junho de 2007. Extraído de [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf], acesso em [07/01/2016].
 14. Passini R Jr. Residência médica x especialização. *Rev Med Res* 2011; 13 (3): 1-8.
 15. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.005/2012. Extraído de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/2005_2012.pdf], acesso em [07/01/2016].
 16. Brasil. Ministério da educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Mestrado e Doutorado: o que são? Extraído de [<http://www.capes.gov.br/avaliacao/sobre-a-avaliacao/mestrado-e-doutorado-o-que-sao>], acesso em [07/01/2016].
 17. Hasan A, Pozzi M, Hamilton JRL. New surgical procedures: can we minimise the learning curve? *BMJ* 2000; 320:171-173.
 18. Balmer JT. The transformation of continuing medical education (CME) in the United States. *Adv Med Educ Pract*. 2013; 4: 171–182.
 19. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002;288 (9):1057–60.
 20. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomised controlled trials. *JAMA* 1992;268 (9):1111–7.
 21. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O’Brien MA. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39 (8 Suppl 2):II2–45.
 22. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance - a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274 (9):700–5.
 23. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005;366 (9490):1026–35.
 24. Grol R, Wensing M. Dissemination of innovations. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2013.
 25. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Educ* 2011;45 (1):60–8.

26. Boud D, Keogh R, Walker D. Reflection: Turning Experience into Learning. London: Kogan Page, 1985.
27. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
28. Medcel Residência Médica. Extraído de [<http://www.medcel.com.br>], acesso em [17/02/2014].
29. Medgrupo. Extraído de [<http://site.medgrupo.com.br>], acesso em [17/02/2014].
30. Simpson D, Marcdante K, Morzinski J, Meurer L, McLaughlin C, Lamb G, Janik T, Currey L. Fifteen years of aligning faculty development with primary care clinician–educator roles and academic advancement at the Medical College of Wisconsin. *Acad Med* 2006; 81:945–953.
31. Ullian JA, Stritter FJ. Types of faculty development programs. *Fam Med* 1997 Apr;29(4):237-41.
32. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, Prideaux D. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach* 2006 Sep;28(6):497-526.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011. Extraído de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html], acesso em [24/03/2014].
34. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm], acesso em [24/03/2014].
35. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linhas-Guia e Manuais. Extraído de [<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/linha-guia-e-manuais>], acesso em [17/02/2014].
36. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Programa de Educação Permanente para Médicos da Família. Extraído de [<http://pep.esp.mg.gov.br>], acesso em [17/02/2014].
37. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(60 4 Supl 4): S60-S66.
38. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Consulta Pública: Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP). Extraído de

[<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7866consultapublicaprogramadeeducacaoopermanenteparamedicosdefamiliapep>], acesso em [07/01/2016].

39. Grol R, Lawrence M. Effects of peer review: the evidence. In: Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press, 1995.
40. Zaher E, Ratnapalan S. Practice-based small group learning programs: systematic review. *Can Fam Physician*. 2012 Jun;58(6):637-42, e310-6.
41. Fortselund L, Björndal A, Rashidian A, et al. Continuing medical meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD003030.
42. Wensing M, Broge B, Riens B, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18:763-769.
43. Assis LN, D'Avila LS, Melo MB, Brant LC. 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* 2012; 2(3):394-409.
44. Leite MTS, Sena RR, Vieira MA, et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de minas gerais. *Reme: Rev Min Enferm* 2012; 16(4): 594-600.
45. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care. *J Contin Educ Health Prof*. 2014 Fall;34(4):243-51.
46. Mamede S, Loyens S, Ezequiel O, et al. Effects of reviewing routine practices on learning outcomes in continuing education. *Med Educ*. 2013 Jul;47(7):701-10.
47. Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl I):3-6.
48. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010 95 (1): 1-51
49. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.
50. Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
51. Williams B. The year in hypertension. *JACC* 2010; 55(1): 66–73.

52. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
53. Corrêa ACO. As depressões. *Arq Bras Medicina*, v.70, n.3, p.145-158; 1996.
54. Snowdon J. The prevalence of depression in old age. *Internal Journ Ger Psychiatry*. 5:141-144;1990.
55. Robert M, Allan S. Treatment of depression following acute myocardial infarction. *JAMA*. 288:750-751; 2002.
56. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
57. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-588.
58. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens*. 2006 Jul;19(7):686-93.
59. Maatouk I, Wild B, Herzog W, Wesche D, Schellberg D, Schöttker B, Müller H, Rothenbacher D, Stegmaier C, Brenner H. Longitudinal predictors of health-related quality of life in middle-aged and older adults with hypertension: results of a population-based study. *J Hypertens*. 2012 Jul;30(7):1364-72.
60. Sepúlveda E, Poínhos R, Constante M, Pais-Ribeiro J, Freitas P, Carvalho D. Relationship between chronic complications, hypertension, and health-related quality of life in Portuguese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2015 Oct 30;8:535-42.
61. Fletcher A. Quality of life in the management of hypertension. *Clin Exp Hypertens*. 1999 Jul-Aug;21(5-6):961-72.
62. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.
63. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. Washington: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics, 2006.
64. Rudd RE, Anderson JE, Oppenheimer S, Nath C. Health literacy: An update of public health and medical literature. In: Comings JP, Garner B, Smith C (Eds.). *Review of adult learning and literacy*. Vol.7. pp 175–204. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

65. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999;281(6):545-51.
66. Rootman I, Frankish J, Kwan B, Zumbo B, Kelly K, Begoray D, et al. The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. Vancouver/Victoria: University of British Columbia/University of Victoria, 2006.
67. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy—a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009; 38(3):144-7.
68. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomel C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28: 131-6.
69. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science* 1978; 200:856-64.
70. Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1): 114-24.
71. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *BMJ*. 1991 Apr 13;302(6781):887-9.
72. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992 Sep;14(3):236-49.
73. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1993 Aug 18;270(7):835-40.
74. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *BMJ*. 1996 Oct 5;313(7061):841-4.
75. Trad L, Bastos AC, Santana EM, Nunes M. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. [S.l.]: PNEPG; 2001.
76. Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. *Ann Fam Med*. 2007 Sep-Oct;5(5):419-24.
77. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.
78. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480-492.
79. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*.1999;3(1):25-30.

80. Carta M, Petretto D, Adamo S, Bhat K, Lecca M, Mura G, Carta V, Angermeyer M, Moro M. Counseling in primary care improves depression and quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012;8:152-7.
81. Grol R, Lawrence M. Methods for observing and reviewing practice with peers: some principles. In: Grol R, Lawrence M. *Quality improvement by peer review*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idosos hipertensos)

1ª via - Participante 2ª via - Pesquisador

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: **A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.**

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

Patrocinador: Não se aplica.

Pesquisadores: Ernesto José Hoffmann (doutorando), Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto (orientador).

Coordenador: Ernesto José Hoffmann.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 Objetivo: O(s) objetivo(s) deste estudo consiste em verificar se os idosos com pressão alta atendidos por médicos que participaram do Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP) como supervisores por um período de dois ou mais anos tem saúde melhor, se cuidam mais ou são mais satisfeitos que aqueles atendidos por médicos que não participaram do PEP desta mesma forma. Os resultados podem ajudar a descobrir maneiras de treinarmos melhor os médicos que atendem nas unidades de saúde, pois nenhum estudo até o momento mostrou se esta forma de educação para os médicos realmente melhora o atendimento às pessoas e suas condições de saúde.

2 Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, observacional, de base populacional, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Sua forma de participação consiste em responder a perguntas de alguns questionários: - Questionário para avaliação de aspectos biopsicossociais, adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS); - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de 15 questões (EDG-15), para avaliar sintomas depressivos; - Questionário SF-12 para avaliação de Qualidade de Vida; - O instrumento Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) para avaliação de alfabetização em saúde; - Instrumento de avaliação de satisfação de usuários de unidades de saúde; - Questionário para avaliação de realização de atividade física (IPAQ); além de questionário próprio sobre hábitos do entrevistado, discorrendo sobre seu consumo de sal, hábitos tabagista e etilista e de uso do serviço de saúde. Após os questionários terem sido respondidos, analisaremos os mesmos tentando descobrir como está o controle da pressão da pessoa que respondeu, bem como se está com depressão, se acha que tem uma boa qualidade de vida, como cuida de sua saúde e como acha que tem sido atendida nas unidades de saúde da família.

3 Justificativa: O presente trabalho justifica-se uma vez que não existem ainda evidências de que o PEP pode gerar mudanças em desfechos de saúde nas populações assistidas por médicos que foram submetidos a esta estratégia educacional.

4 Benefícios: São esperados os seguintes benefícios da sua participação: Verificação dos níveis de pressão arterial; rastreamento e diagnóstico precoce da depressão em idosos; avaliação da satisfação dos entrevistados com o serviço de saúde, permitindo a implementação de mudanças no serviço; averiguação de hábitos de vida, incluindo prática de atividade física, consumo de sal, álcool e tabaco, permitindo intervenções de saúde. Os problemas de saúde identificados serão encaminhados para tratamento no próprio território de ESF e centros especializados específicos.

1ª via - Participante
2ª via - Pesquisador

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

Patrocinador: Não se aplica.

Pesquisadores: Ernesto José Hoffmann (doutorando), Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto (orientador).

Coordenador: Ernesto José Hoffmann.

5 Desconfortos e riscos: Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: tomar uma parcela importante de seu tempo – em torno de quarenta minutos a uma hora para fazer todas as perguntas; aborrecer o entrevistado com alguma pergunta que o mesmo julgue ser indevida ou que não queira responder. Para minimizar tais problemas, os entrevistadores foram treinados a fim de tentar tomar o menor tempo possível na entrevista, e perguntas as quais não queira responder não precisarão ser respondidas.

6 Danos: Não estão previstos danos físicos, morais ou psíquicos aos participantes, uma vez que os participantes estarão expostos apenas às indagações verbais seguindo escalas, na sua maioria, validadas nacionalmente. Nenhum procedimento será feito nos mesmos e nenhum material será coletado.


7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8 Confidencialidade das informações: As informações coletadas serão usadas no nosso trabalho apenas para fins de pesquisa. A identidade do entrevistado será preservada e garantida sua total privacidade.

9 Compensação/indenização: O(a) entrevistador(a) e o entrevistado(a) não receberão nenhum benefício financeiro.

10 Outras informações pertinentes: Não se aplicam

11 Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	____/____/____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
Ernesto José Hoffmann		____/____/____
Nome do Coordenador da Pesquisa	Assinatura do Coordenador da Pesquisa	Data

ENDEREÇO DO COORDENADOR DA PESQUISA (PESQUISADOR RESPONSÁVEL): Rua Engenheiro João Antônio Pimenta, 190 Ap.601A CEP 39400-105 Montes Claros-MG
TELEFONE:(38) 32133675 E-MAIL: hoffmann.ernesto@gmail.com

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Médicos)

1ª via - Participante
2ª via - Pesquisador

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. **Patrocinador:** Não se aplica. **Pesquisadores:** Ernesto José Hoffmann (doutorando), Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto (orientador). **Coordenador:** Ernesto José Hoffmann.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 Objetivo: O(s) objetivo(s) deste estudo consiste em verificar se há diferenças no resultado de desfechos em saúde de idosos hipertensos com pressão alta atendidos pelos diferentes médicos da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros - MG. Verificaremos se fatores intrínsecos ao médico, relativos à sua formação, pós-graduação ou à suas estratégias para se manter atualizado na área médica influenciam no cuidado final ofertado a seus pacientes.

2 Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, observacional, de base populacional, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Sua forma de participação consiste em responder a perguntas de um questionário sobre o seu perfil enquanto profissional da saúde deste município, sua formação e estratégias para manter-se atualizado como médico.

3 Justificativa: O presente trabalho justifica-se uma vez que não existem ainda evidências de que estratégias de educação continuada/permanente podem gerar mudanças em desfechos de saúde nas populações assistidas por médicos que foram submetidos a estas estratégias.

4 Benefícios: Não estão previstos benefícios/recompensas por sua participação, que é voluntária nesta pesquisa.

5 Desconfortos e riscos: Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: tomar uma parcela importante de seu tempo – em torno de cinco a dez minutos para responder a todas as perguntas; aborrecer o entrevistado com alguma pergunta que o mesmo julgue ser indevida ou que não queira responder. Para minimizar tais problemas, os entrevistadores foram treinados a fim de tentar tomar o menor tempo possível na entrevista, e perguntas as quais não queira responder não precisarão ser respondidas.

6 Danos: Não estão previstos danos físicos, morais ou psíquicos aos participantes, uma vez que os participantes estarão expostos apenas às indagações verbais seguindo um questionário. Nenhum procedimento será feito nos mesmos e nenhum material será coletado.


7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8 Confidencialidade das informações: As informações coletadas serão usadas no nosso trabalho apenas para fins de pesquisa. A identidade do entrevistado será preservada e garantida sua total privacidade.

9 Compensação/indenização: O(a) entrevistador(a) e o entrevistado(a) não receberão nenhum benefício financeiro.

10 Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

11 Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	____/____/____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____		____/____/____
Ernesto José Hoffmann Nome do Coordenador da Pesquisa	Assinatura do Coordenador da Pesquisa	Data

ENDEREÇO DO COORDENADOR DA PESQUISA (PESQUISADOR RESPONSÁVEL): Rua Engenheiro João Antônio Pimenta, 190 Ap.601A CEP 39400-105 Montes Claros-MG TELEFONE:(38) 32133675 E-MAIL: hoffmann.ernesto@gmail.com

APÊNDICE C – Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa

1

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.

Instituição/empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Ernesto José Hoffmann

Endereço e telefone: Rua Engenheiro João Antônio Pimenta, 190 Ap.601A CEP 39400-105 Montes Claros-MG Telefone: (38) 32133675 E-mail: hoffmann.ernesto@gmail.com

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

O trabalho aqui apresentado objetiva avaliar diferentes desfechos de saúde de uma população de idosos hipertensos assistida por um grupo de médicos que participaram do Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP) como supervisores por um período não inferior a dois anos (aqui chamada de grupo caso) e comparar tais desfechos com os de uma população de característica semelhante, atendida por grupo semelhante de médicos, porém que não participaram do PEP da mesma forma que o grupo anterior (aqui chamada de grupo controle). Tais populações de idosos são residentes nas áreas de abrangência das unidades de ESF do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

2- Metodologia/procedimentos

A coleta de dados será feita através de entrevistas com os idosos por assistentes de pesquisa previamente treinados para a aplicação dos instrumentos a seguir: - Questionário para avaliação de aspectos biopsicossociais, adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS); - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de 15 questões (EDG-15), para avaliar sintomas depressivos; - Questionário SF-12 para avaliação de Qualidade de Vida; - O instrumento Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) para avaliação de alfabetização em saúde; - Instrumento de avaliação de satisfação de usuários de unidades de saúde; - Questionário para avaliação de realização de atividade física (IPAQ); além de questionário próprio sobre hábitos do entrevistado, discorrendo sobre seu consumo de sal, hábitos tabagista e etilista e de uso do serviço de saúde.

3- Justificativa

O presente trabalho justifica-se uma vez que não existem ainda evidências de que o PEP pode gerar mudanças em desfechos de saúde nas populações assistidas por médicos que foram submetidos a esta estratégia educacional.

4- Benefícios

Verificação dos níveis de pressão arterial; rastreamento e diagnóstico precoce da depressão em idosos; avaliação da satisfação dos entrevistados com o serviço de saúde, permitindo a implementação de mudanças no serviço; averiguação de hábitos de vida, incluindo prática de atividade física, consumo de sal, álcool e tabaco, permitindo intervenções de saúde. Os problemas de saúde identificados serão encaminhados para tratamento no próprio território de ESF e centros especializadas específicos.

5- Desconfortos e riscos

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: tomar uma parcela importante do tempo dos entrevistados – em torno de quarenta minutos a uma hora para realizar todas as perguntas; aborrecer o entrevistado com alguma pergunta que o mesmo julgue ser indevida ou que não queira responder. Para minimizar tais problemas, os entrevistadores serão treinados a fim de tentar tomar o menor tempo possível na entrevista, e perguntas as quais os entrevistados não queiram responder não precisarão ser respondidas.

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.

Instituição/empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Ernesto José Hoffmann

Endereço e telefone: Rua Engenheiro João Antônio Pimenta, 190 Ap.601A CEP 39400-105 Montes Claros-MG Telefone: (38) 32133675 E-mail: hoffmann.ernesto@gmail.com

6- Danos

Não estão previstos danos físicos, morais ou psíquicos aos participantes, uma vez que os participantes estarão expostos apenas às indagações verbais seguindo escalas validadas nacionalmente. Nenhum procedimento será feito nos mesmos e nenhum material será coletado.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações

As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- Compensação/indenização

Não será disponibilizado nenhum benefício financeiro.

10- Outras informações pertinentes

Não se aplicam.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Cláudia Mendes Campos Vassini - Coordenadora Atenção Primária Montes Claros

Nome e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Cláudia Mendes Campos Vassini
Enfermeira - COREN/MG 34158
Coord. Estratégia Saúde da Família
SUS I SAES - Montes Claros - MG

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa

28/07/2014

Data

ERNESTO JOSÉ HOFFMANN

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

[Assinatura]

Assinatura

10/09/2014

Data

OBS: 1) Durante o trabalho de campo, este termo deve ser feito em DUAS VIAS: uma para a instituição/ empresa participante da pesquisa e outra para ser arquivada, utilizar linguagem compreensível para população alvo. No caso de pesquisas relacionadas com ações terapêuticas ou diagnósticas, explicitar os métodos alternativos, os riscos e benefícios de não utilizá-los.

APÊNDICE D

Instrumento para coleta de dados dos pacientes

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA: "A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA MÉDICOS EM DESFECHOS DE SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS SOB SEUS CUIDADOS"

1) Número do Questionário: 3) Agente Comunitário: 4) Nome do entrevistado: 5) Endereço: 7) Nome do entrevistador:	2) ESF: 3) Médico da ESF: 6) Telefone: 8) Data da Entrevista:
--	--

9)1ª. Medida de PA :

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL (BOAS ADAPTADO)

10) Sexo do Entrevistado:

Entrevistador: Indique o sexo da pessoa entrevistada

1. () Masculino
 2. () Feminino

11) Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?

_____ anos
 99. () Não Sabe (NS)/ Não Respondeu (NR)

12) Qual é sua escolaridade máxima completa?

1. () Analfabeto
 2. () Sabe ler e escrever
 3. () Primário
 4. () Ginásio ou 1º. Grau
 5. () 2º. Grau completo (científico, técnico ou equivalente)
 6. () Curso Superior
 98. () Nenhuma das Anteriores (NA)
 99. () NS/NR

13) Atualmente qual é o seu estado conjugal?

1. () Casado/Morando junto
 2. () Divorciado(a) / separado (a)
 3. () Nunca casou
 4. () Viúvo
 99. () NS/NR

14) Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) em sua casa?

_____ pessoas
 00. () Entrevistado mora só
 99. () NS/NR

15) De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

1. () do seu trabalho
 2. () da sua aposentadoria
 3. () da pensão / ajuda do(a) seu(sua) esposo(a)
 4. () da ajuda de parentes ou amigos
 5. () de aluguéis, investimentos
 6. () de outras fontes: _____

16) Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem em sua residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado.

Rendimento mensal R\$ _____
 98. NA
 99. NS/NR

17) O Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?

1. () Sim
 2. () Não
 99. () NS/NR

18) Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem? Registre:

1. () Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a)/preocupado(a)/nervoso(a).
 2. () Outras razões.
 98. () NA
 99. () NS/NR

19) Atualmente o Sr.(a) tem algum problema de saúde?

1. () Sim
 2. () Não
 99. () NS/NR

20) Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Entrevistador: Especifique os problemas:

	NA	NS/NR
1) _____	98 ()	99 ()
2) _____	98 ()	99 ()
3) _____	98 ()	99 ()
4) _____	98 ()	99 ()
5) _____	98 ()	99 ()

21) Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

	NA	NS/NR
1) _____	98 ()	99 ()
2) _____	98 ()	99 ()
3) _____	98 ()	99 ()
4) _____	98 ()	99 ()
5) _____	98 ()	99 ()

22) No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades: Entrevistador: Leia para o

entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes (pode marcar mais de uma).

1. () Ouve rádio
 2. () Assiste televisão
 3. () Lê jornal
 4. () Lê revistas e livros
 5. () Recebe visitas
 6. () Vai ao cinema, teatro, etc.
 7. () Anda pelo seu bairro
 8. () Vai à igreja (serviço religioso)
 9. () Vai a jogos (esportes)
 10. () Pratica algum esporte
 11. () Faz compras
 12. () Sai para visitar amigos
 13. () Sai para visitar parentes
 14. () Sai para passeios longos (excursão)
 15. () Sai para encontro social ou comunitário
 16. () Costura, borda, tricota
 17. () Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)
 18. () Outros (especifique): _____

23) Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral? Entrevistador: Leia para o entrevistado as

alternativas listadas. Marque apenas uma opção.

1. () Satisfeito(a)
 2. () Insatisfeito(a)
 99. () NS/NR

24) Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida? Entrevistador: Não leia para o

entrevistado as alternativas listadas (pode marcar mais de uma).

1. () Problema econômico
 2. () Problema de saúde
 3. () Problema de moradia
 4. () Problema de transporte
 5. () Conflito nos relacionamentos pessoais
 6. () Falta de atividades
 7. () Outro problema (especifique): _____
 98. () NA

25) O Sr.(a) perdeu algum parente ou companheiro(a) nos últimos meses?

1. () Sim
2. () Não
99. () NS/NR

26) O Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?

1. () Sim
2. () Não
99. () NS/NR

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (EDG-15)

27) Satisfeito (a) com a vida?

- a. () Sim
b. () Não

28) Interrompeu muitas de suas atividades?

- a. () Sim
b. () Não

29) Acha sua vida vazia?

- a. () Sim
b. () Não

30) Aborrece-se com frequência?

- a. () Sim
b. () Não

31) Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?

- a. () Sim
b. () Não

32) Teme que algo ruim lhe aconteça?

- a. () Sim
b. () Não

33) Sente-se alegre a maior parte do tempo?

- a. () Sim
b. () Não

34) Sente-se desamparado(a) com frequência?

- a. () Sim
b. () Não

35) Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

- a. () Sim
b. () Não

36) Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?

- a. () Sim
b. () Não

37) Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?

- a. () Sim
b. () Não

38) Vale a pena viver como vive agora?

- a. () Sim
b. () Não

39) Sente-se cheio(a) de energia?

- a. () Sim
b. () Não

40) Acha que sua situação tem solução?

- a. () Sim
b. () Não

41) Acha que tem muita gente em situação melhor?

- a. () Sim
b. () Não

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-12)

42) Em geral, você diria que a sua saúde é?

- a. () Excelente
b. () Muito boa
c. () Boa
d. () Regular
e. () Ruim

43) Dificuldades para fazer atividades moderadas, como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa?

- a. () Sim, muita dificuldade
b. () Sim, pouca dificuldade
c. () Não tive dificuldade de modo algum

44) Dificuldade para subir vários lances da escada?

- a. () Sim, muita dificuldade
b. () Sim, pouca dificuldade
c. () Não tive dificuldade

45) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

- a. () Sim
b. () Não

46) Sentiu dificuldade no seu trabalho ou em outras atividades?

- a. () Sim
b. () Não

47) Fez menos do que gostaria por causa de problemas emocionais?

- a. () Sim
b. () Não

48) Não trabalhou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?

- a. () Sim
b. () Não

49) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal?

- a. () Não, nem um pouco
b. () Um pouco
c. () Moderadamente
d. () Bastante
e. () Extremamente

50) Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranquilo?

- a. () Todo o tempo
b. () A maior parte do tempo
c. () Uma boa parte do tempo
d. () Alguma parte do tempo
e. () Uma pequena parte do tempo
f. () Nenhum pouco do tempo

51) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

- a. () Todo o tempo
b. () A maior parte do tempo
c. () Uma boa parte do tempo
d. () Alguma parte do tempo
e. () Uma pequena parte do tempo
f. () Nenhum pouco do tempo

52) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e deprimido?

- a. () Todo o tempo
b. () A maior parte do tempo
c. () Uma boa parte do tempo
d. () Alguma parte do tempo
e. () Uma pequena parte do tempo
f. () Nenhum pouco do tempo

53) Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais?

- a. () Todo o tempo
 b. () A maior parte do tempo
 c. () Uma boa parte do tempo
 d. () Alguma parte do tempo
 e. () Nenhuma parte do tempo

SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS (SAHLPA-18)

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

Instruções para o Examinador:

- Antes de iniciar tenha os cartões de estímulo e o formulário de aplicação para anotar as respostas.
- Diga:
Agora eu vou te mostrar alguns cartões com 3 palavras. Primeiro eu quero que você leia a palavra de cima em voz alta. Então eu vou ler as duas palavras de baixo e quero que você me diga qual delas está mais relacionada com a de cima. Se você não souber a resposta diga "não sei" – não tente adivinhar.
- Mostre o primeiro cartão.
- Diga:
Agora, por favor, leia a palavra de cima em voz alta.
- Em seguida leia as duas palavras de associação e diga:
Qual dessas duas palavras está mais relacionada com a de cima? Se você não sabe a resposta, por favor diga "não sei".
- Repita as instruções nos itens subsequentes até que o paciente esteja confortável com o procedimento.
- O item é considerado correto apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação.

54) Osteoporose

- a. () Osso
 b. () Músculo
 c. () Não sei

55) Papanicolaou

- a. () Teste
 b. () Vacina
 c. () Não sei

56) Aborto

- a. () Matrimônio
 b. () Perda
 c. () Não sei

57) Hemorróida

- a. () Veias
 b. () Coração
 c. () Não sei

58) Anormal

- a. () Similar
 b. () Diferente
 c. () Não sei

59) Menstrual

- a. () Mensal
 b. () Diário
 c. () Não sei

60) Comportamento

- a. () Pensamento
 b. () Conduta
 c. () Não sei

61) Convulsão

- a) Tonto
 b) Tranquilo
 c) Não sei

62) Retal

- a) Regador
 b) Supositório
 c) Não sei

63) Apêndice

- a) Coceira
 b) Dor
 c) Não sei

64) Artrite

- a) Estômago
 b) Articulação
 c) Não sei

65) Cafeína

- a) Energia
 b) Água
 c) Não sei

66) Colite

- a) Intestino
 b) Bexiga
 c) Não sei

67) Vesícula biliar

- a) Artéria
 b) Órgão
 c) Não sei

68) Icterícia

- a) Amarelo
 b) Branco
 c) Não sei

69) Próstata

- a) Circulação
 b) Glândula
 c) Não sei

70) Incesto

- a) Família
 b) Vizinhos
 c) Não sei

71) Testículo

- a) Óvulo
 b) Esperma
 c) Não sei

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS

72) Qual é a sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?

- a. () b. () c. () d. () e. ()

73) Qual é a sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?

- a. () b. () c. () d. () e. ()

74) Qual é a sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?

- a. () b. () c. () d. () e. ()

75) Qual é a sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico foi cordial, educado(a), simpático(a))?

- a. () b. () c. () d. () e. ()

76) Qual é a sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?

- a. () b. () c. () d. () e. ()
-

77) Qual é a sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico lhe examinou)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

78) Qual é a sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico (você confiou no médico)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

79) Qual é a sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

80) Qual é a sua opinião sobre as explicações com respeito a sua doença (explicações do médico sobre o motivo da consulta, sobre o seu problema, que o médico lhe deu na consulta)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

81) Qual é a sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico sobre a duração, a evolução e as consequências do seu problema doença)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

82) Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

83) Qual é a sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?

a. () b. () c. () d. () e. ()

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

Estamos interessados em saber que tipo de atividade física você faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física **na ÚLTIMA semana**. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

ATIVIDADE FÍSICA todo movimento corporal que envolver algum esforço físico

ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS são aquelas que exigem algum esforço físico e que fazem respirar um POUCO mais forte que o normal.

ATIVIDADES FÍSICAS VIGOROSAS são aquelas que precisam de grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Incluir

- **atividades realizadas no trabalho** seja ele remunerado ou voluntário. **Incluir atividades realizadas na faculdade ou escola;**
- **deslocamentos para o trabalho (se trabalhar), cinema, supermercado, lojas, ou qualquer outro local;**
- **atividades normalmente realizadas por recreação, esporte, exercício ou lazer;**
- **atividades feitas em casa e ao seu redor (tarefas no jardim e no quintal, manutenção da casa, cuidado com a família).**

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos** contínuos de cada vez:

84) Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

1. () Nenhum

2. _____ dias por SEMANA

85) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

1. () Nenhum

2. Horas: _____ Minutos: _____

86) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA)

1. () Nenhum

2. _____ dias por SEMANA

87) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

1. () Nenhum

2. Horas: _____ Minutos: _____

88) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?

1. () Nenhum

2. _____ dias por SEMANA

89) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

1. () Nenhum

2. Horas: _____ Minutos: _____

AVALIAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA

QUESTIONÁRIO DE CONSUMO DE SAL

90) Como você classificaria o seu consumo de sal na última semana?

1. () Não consumi.

2. () Raro.

3. () Regular.

4. () Moderado.

5. () Exagerado.

QUESTIONÁRIO DE USO DE TABACO

91) Qual o seu hábito tabagista?

1. () Nunca fumou.

2. () Ex-tabagista (sem fumar nenhum cigarro há pelo menos 06 meses)

3. () Tabagista.

92) Quantos cigarros fuma por dia?

1. () Nenhum

2. _____ cigarros

QUESTIONÁRIO DE USO DE ALCÓOL

93) Qual o seu hábito etilista?

1. () Nunca bebeu.

2. () Abstêmio (não bebeu sequer 01 dose de álcool ao longo do último ano).

3. () Etilista atual.

94) Na última semana, o quanto de álcool você bebeu?

1. () Nenhum

2. _____ (especificar número) _____ (especificar se dose/copo/taça/garrafa/latinha) de _____ (especificar tipo de bebida)

QUESTIONÁRIO SOBRE SERVIÇO DE SAÚDE

95) Com que frequência você consultou com o médico especificamente nos últimos dois anos?

1. () Não consultei.
2. () Somente uma vez.
3. () Duas vezes.
4. () Entre três a quatro vezes..
5. () Mais de quatro vezes.
99. () NS / NR

96) Neste período você teve acesso sempre ao mesmo médico em sua unidade de ESF?

1. () Sim.
2. () Não.

97) Neste período você recebeu informações sobre quais as consequências que sua doença pode lhe trazer caso não se cuide?

1. () Sim.
2. () Não.

98) Estas informações foram passadas de forma que você consiga compreendê-las?

1. () Sim.
2. () Não.
3. () Parcialmente.
4. () Não recebi informações.

99) Ao longo deste período você tem seguido as orientações de cuidado de saúde passadas por seu médico?

1. () Sim.
2. () Não.
3. () Parcialmente.

100) Ao longo deste período você tem tomado as medicações de pressão conforme orientadas por seu médico?

1. () Sim.
2. () Não.
3. () Parcialmente.

101) Você tem conseguido pegar estas medicações em farmácias da rede pública?

1. () Sim, todas as medicações.
2. () Sim, mas só algumas medicações.
3. () Não.

Que nota de 0 a 10 você atribui à sua satisfação com:

102) a atenção/educação do médico?

- 0.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.()
6.() 7.() 8.() 9.() 10.()

103) ao tanto que ele esclareceu suas dúvidas / lhe explicou sobre sua situação de saúde e cuidados?

- 0.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.()
6.() 7.() 8.() 9.() 10.()

104) a competências técnica / conhecimento do médico?

- 0.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.()
6.() 7.() 8.() 9.() 10.()

105) ao atendimento no geral recebido do médico?

- 0.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.()
6.() 7.() 8.() 9.() 10.()

106)2ª. Medida de PA :

APÊNDICE E – Instrumento para coleta de dados dos médicos

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL DO MÉDICO ATUANDO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTES CLAROS-MG**

Entrevistador: _____ Data da Entrevista: _____

Nome do Médico: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Telefone(s): _____

Nacionalidade: () Brasileira () Outra (favor especificar): _____

Tipo de vínculo empregatício: () Contratado () Concursado público () PROVAB () Programa Mais Médicos
() Residente em Medicina de Família e Comunidade () Outro (favor especificar): _____

Equipe de Estratégia Saúde da Família em que atua: _____

Há quanto tempo atua na mesma equipe: _____

Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária à Saúde (APS): _____

Pretende trabalhar na APS por mais quanto tempo: () Até me aposentar () Até passar na residência () Até conseguir um trabalho melhor () Outro (favor especificar): _____

Trabalhar como Médico de Família: () é minha opção de vida e de especialidade () é um trabalho temporário
() ocorreu por acaso/circunstâncias () Outro (favor especificar): _____

1) Informações sobre a Graduação:

1.1) _____ Nome da

Escola Médica em que se graduou: _____

1.2) _____ É uma

escola médica brasileira? () Sim () Não (favor especificar país): _____

1.3) Ano da graduação: _____

2) Informações sobre a Pós-Graduação:

2.1) Realiza ou realizou algum tipo de pós-graduação: () Sim () Não

Caso a resposta da pergunta 2.1 tenha sido afirmativa, favor preencher qual(is) a(s) pós-graduação(ões) (até no máximo 04 possíveis):

2.2) Número de Pós-Graduações:

2.2.1) Pós-Graduação I

Tipo: () Especialização () Residência Médica () Mestrado () Doutorado

Nome da Pós-Graduação: _____

Instituição da Pós-Graduação: _____

Tal Pós-Graduação encontra-se: () Concluída () Em andamento

Ano de início: _____ Ano de conclusão (ou previsão): _____

2.2.2) Pós-Graduação II:

Tipo: () Especialização () Residência Médica () Mestrado () Doutorado

Nome da Pós-Graduação: _____

Instituição da Pós-Graduação: _____
 Tal Pós-Graduação encontra-se: () Concluída () Em andamento
 Ano de início: _____ Ano de conclusão (ou previsão): _____

2.2.3) Pós-Graduação III:

Tipo: () Especialização () Residência Médica () Mestrado () Doutorado
 Nome da Pós-Graduação: _____
 Instituição da Pós-Graduação: _____
 Tal Pós-Graduação encontra-se: () Concluída () Em andamento
 Ano de início: _____ Ano de conclusão (ou previsão): _____

2.2.4) Pós-Graduação IV:

Tipo: () Especialização () Residência Médica () Mestrado () Doutorado
 Nome da Pós-Graduação: _____
 Instituição da Pós-Graduação: _____
 Tal Pós-Graduação encontra-se: () Concluída () Em andamento
 Ano de início: _____ Ano de conclusão (ou previsão): _____

3) Informações sobre Docência:

3.1) O profissional é ou já foi docente em alguma escola médica? () Sim () Não
 Caso a resposta da pergunta 3.1 tenha sido afirmativa, favor preencher as perguntas que seguem:

3.2) Instituições em que lecionou ou leciona:

- () Universidade Estadual de Montes Claros
 () Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas
 () Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros
 () Outra (favor especificar): _____

Período em que atua(ou) como docente nesta(s) instituição(ões): _____

Ano de início: _____

Atuação como docente: () em exercício () concluída

Se concluída, favor especificar ano de conclusão: _____

4) Estratégias para Atualização Médica:

4.1) Assinale com um X para qual(is) das seguintes estratégias que você utiliza(ou) para atualizar seus conhecimentos em medicina. Você pode marcar tantas quantas você realiza:

- () PEP – Programa de Educação Permanente para Médicos da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais
 () Programa de Desenvolvimento Docente da Instituição em que leciona
 () Curso preparatório para Residência Médica (MEDCURSO / M.E.D. / MEDCEL)
 () Outra (favor especificar): _____

4.2) Caso você participe ou tenha participado do PEP, por favor responda às perguntas abaixo:

4.2.1) Participa(ou) do PEP como:

- () Participante
 () Supervisor
 () As duas funções

4.2.2) Período em que atua(ou) como Participante do PEP:

Ano de início: _____

Atuação como Participante: () em exercício () concluída

Se concluída, favor especificar ano de conclusão: _____

4.2.3) Período em que atua(ou) como Supervisor do PEP:

Ano de início: _____

Atuação como Supervisor: () em exercício () concluída

Se concluída, favor especificar ano de conclusão: _____

5) Prática reflexiva:

5.1) Você realiza reflexão sobre a sua prática profissional perante os problemas de saúde dos usuários que se apresentam em sua unidade de saúde? () Sim () Não

5.2) A partir de tais reflexões você crê que consegue estudar / buscar solucionar suas lacunas de conhecimento e modificar sua prática profissional? () Sim () Não

5.3) Caso negativo, por quê acredita que não é possível mudar sua prática?

() Não me sinto motivado a fazê-las pois não há qualquer tipo de reconhecimento em meu trabalho por tais iniciativas.

() Não consigo aplicá-las pois o volume de trabalho ou outros fatores organizacionais me impedem de fazê-lo.

() Não tenho tempo de estudar tais temas, pois estou priorizando o estudo de temas para a prova de residência ou de cursos de especialização.

() Não tenho tempo de estudar tais temas por questões de ordem pessoal.

6) Princípios da Medicina de Família e Comunidade:

Responda “Sim” ou “Não” levando em consideração se as afirmações a seguir correspondem à sua prática em sua unidade de saúde na maior parte do tempo:

6.1) Minha prática médica está mais comprometida com pessoas do que com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou a alguma técnica em especial. () Sim () Não

6.2) Em meus atendimentos procuro entender o contexto da experiência com a doença, ou seja, sempre tento valorizar a forma como cada pessoa que apresenta um problema de saúde se sente com ele. () Sim () Não

6.3) Cada contato que tenho com as pessoas que procuram atendimento vejo como uma oportunidade de prevenir doenças ou de promover a saúde. () Sim () Não

6.4) Enxergo cada uma das pessoas que atendo como uma “população de risco”, que necessita de cuidados específicos e individualizados. () Sim () Não

6.5) Em meu trabalho percebo-me como parte de uma rede comunitária maior de apoio e atenção à saúde. () Sim () Não

6.6) Realizo meus atendimentos em saúde no local em que a comunidade por mim assistida reside. () Sim () Não

6.7) Realizo atendimentos médicos através de visitas domiciliares. () Sim () Não

6.8) Dou importância a aspectos subjetivos da medicina. () Sim () Não

6.9) Tento gerenciar os recursos de minha unidade de saúde, tentando não desperdiçar materiais e recursos, tampouco solicitar exames, prescrever medicações ou encaminhar a outros níveis de atenção em saúde inadvertidamente. () Sim () Não

ANEXOS

ANEXO A – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A influência de diferentes estratégias educacionais para médicos em desfechos de saúde de idosos hipertensos sob seus cuidados.

Pesquisador: Ernesto José Hoffmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34523614.9.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 761.544

Data da Relatoria: 15/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, longitudinal, retrospectivo, e analítico que será desenvolvido na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Será calculada amostra representativa da população de idosos hipertensos cadastrados nas equipes de ESF de Montes Claros. Existem vários modelos de Educação Médica Continuada (EMC) disponíveis atualmente no Brasil. Entre eles, encontra-se o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) Baseado no modelo do "Peer Review" holandês, trata-se de uma intervenção presencial, multifacetada, que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço de habilidades clínicas.

Objetivo da Pesquisa:

avaliar diferentes desfechos de saúde de uma população de idosos hipertensos assistida por um grupo de médicos que participaram do PEP como supervisores, comparando-os com os de população de característica semelhante atendida por médicos que não participaram do mesmo programa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador prevê riscos e benefícios.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-069
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 761.544

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo pertinente com temática relevante, apresenta projeto bem elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados. Atende a lei 466/12.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador responsável a apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 22 de Agosto de 2014

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp. Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com