

O IMPACTO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: A VISÃO DOS GESTORES

THE IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF THE MASTER PLAN OF PRIMARY ATTENTION IN MINAS GERAIS MUNICIPALITIES: THE VISION OF MANAGERS

EL IMPACTO DEL PLAN MAESTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN MINAS GERAIS CIUDADES: LA VISIÓN DE LOS GERENTES

Stephanie Marques Moura Franco Belga¹Kênia Lara Silva²

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o impacto do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) no cotidiano da atenção à saúde, segundo a visão dos gestores municipais. Trata-se de uma abordagem qualitativa e tem como referencial teórico-metodológico a dialética. Foram cenários da pesquisa seis municípios que apresentavam diferentes faixas populacionais e o instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista com roteiro semi-estruturado com os gestores e profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS). Os resultados indicam que a qualificação da APS foi apresentada pelos gestores por meio da percepção de mudanças ocorridas após o processo de implantação do PDAPS. A reorganização ocorreu devido à incorporação de ferramentas de trabalho, tais como mapeamento, acolhimento, programação local, protocolos e diretrizes clínicas para normatizar processos, ações e condutas na APS. Além da incorporação de ferramentas, destaca-se a qualificação dos profissionais, potencializando-os como transformadores do fazer em saúde. Conclui-se que o maior impacto da implantação do PDAPS refere-se ao conhecimento e utilização dos instrumentos de trabalho, existentes para uma APS com melhores indicadores de saúde e maior resolubilidade da assistência.

Descritores: Atenção Primária de Saúde, Gestor de Saúde, Planos e Programas de Saúde

¹ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. Bolsista de iniciação científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Belo Horizonte – MG. Brasil. E-mail: tetimarques@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG. Sub-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Belo Horizonte - MG. Brasil. E-mail: kenialara@yahoo.com.br

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the impact of the Master Plan for Primary Health Care (PDAPS) in everyday health care, according to the vision of municipal managers. This is a qualitative approach and its theoretical and methodological dialectics, research scenarios were six municipalities that had different population groups and the instrument used for data collection was an interview with screenplay semi-structured with managers and professionals Attention primary health care. The results indicate that the qualification of Attention primary health care was presented by managers through the perception changes after deployment process PDAPS. The reorganization was due to the incorporation of tools, such as mapping, host, local programming, protocols and clinical guidelines to standardize processes, actions and behaviors in Attention primary health care. In addition to incorporating tools, there is the qualification of professionals, empowering them as transformers do in health. We conclude that the greatest impact of the deployment of PDAPS refers to the knowledge and use of tools, for an existing Attention primary health care with better health indicators and solving the greatest assistance.

Key words: Attention Primary Health Care, Health Manager, Health Plans and Programs

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el impacto del Plan Maestro para la Atención Primaria de Salud (PDAPS) en la atención diaria, según la visión de los gestores municipales. Este es un enfoque cualitativo y su referencial teóricos y metodológicos es la dialéctica, los escenarios de la investigación fueron seis municipios que tenían los distintos grupos de población y el instrumento utilizado para la recolección de datos fue una entrevista con guión semi-estructuradas con gerentes y profesionales de la Atención atención primaria de salud. Los resultados indican que la clasificación de la Atención atención primaria de salud fue presentado por los administradores a través de los cambios en la percepción después del PDAPS y proceso de despliegue. La reorganización se debió a la incorporación de herramientas como el mapeo, presentador, programación local, protocolos y guías clínicas para estandarizar los procesos, acciones y comportamientos en la salud. Además de las herramientas que incorporan, está la capacitación de profesionales como transformadores hacer en salud. Llegamos a la conclusión de que el mayor impacto de la implementación de

PDAPS se refiere al conocimiento y uso de herramientas, para un Atención atención primaria con mejores indicadores de salud y mayor asistencia.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Gerente de Salud, Planes y Programas de Salud

INTRODUÇÃO

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS consolida o princípio de descentralização das ações e serviços de saúde, transferindo responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais ⁽¹⁾. Dessa forma, os municípios empoderam-se, tornando-se responsáveis por organizar as estruturas e processos de gestão, que tem o papel de implementar a atenção à saúde e efetivar as atribuições regulatórias oriundas do SUS.

Os avanços obtidos no processo de descentralização implicam na sustentação de gestão descentralizada, articulada, cooperativa e solidária entre as três esferas de governo, singularidade do SUS ⁽²⁾. Isto se configura como um grande desafio para os gestores em todos os níveis, ao considerar o enfrentamento de temas importantes como as acentuadas desigualdades e especificidades dos problemas regionais existentes no país.

Nos níveis federal e estadual os desafios se apresentam principalmente pela diversidade dos municípios, com grandes desigualdades e necessidades regionais diferenciadas, confirmando um perfil complexo. Para os gestores dos municípios, principalmente aqueles de pequeno porte, a dificuldade se inicia pela precária organização da área de planejamento, com deficiência de infraestrutura, insuficiência numérica e qualificada de pessoal ⁽³⁾.

Com isso, são necessárias iniciativas permanentes que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e tomada de decisão, ajustando as necessidades do SUS e a qualidade da assistência.

Com o propósito de melhorar o desempenho dos serviços, o governo do Estado de Minas Gerais vem desenvolvendo desde 2008 o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). O Plano Diretor surgiu com uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), atuando no planejamento, operacionalização e monitoramento de ações que visam à melhoria dos indicadores de saúde, à qualidade e à resolubilidade da assistência.

O PDAPS é uma estratégia educacional e conta para a sua implantação, com oficinas que são realizadas nos municípios e tem como público-alvo, profissionais que atuam na APS e gestores de saúde. Para a estruturação das Oficinas conta-se com três atores: o tutor, o facilitador e os participantes locais. Os tutores são profissionais das Universidades ou de instituições de saúde que assumem a condução da Oficina com os facilitadores e a supervisão da implantação do PDAPS nas microrregiões. Os facilitadores são profissionais vinculados à APS nos municípios e que assumem a função de reuplicar as Oficinas para os participantes no nível local. Os participantes são os demais profissionais da APS nos municípios que, após a participação nas Oficinas, apresentam os produtos para os facilitadores⁽⁴⁾.

O material de apoio utilizado nas oficinas do PDAPS era composto por módulos, nas seguintes linhas temáticas: Redes de atenção à saúde; Análise da Atenção Primária no Município; Diagnostico local; Assistência Farmacêutica; Programação Local e Municipal; Organização da Demanda Espontânea; Prontuário da Família; Abordagem Familiar; Monitoramento e Contrato de Gestão.

A diversidade socioeconômica e a estrutura de gestão complexa que acompanha os municípios mineiros, e no restante do Brasil, têm sido lacunas para a consolidação de ações que visem a planificação e a organização em saúde, tal como se propõe o PDAPS. Em parte, esses desafios se devem às características dos programas e projetos estruturados nos governos federal e estaduais, que muitas vezes não são formulados de acordo com as necessidades locais. Assim, embora ocorra a adesão aos projetos e programas, muitos municípios encontram arduidades para firmá-los no cotidiano dos serviços de saúde.

Partindo desta premissa, no presente estudo propõe-se a analisar o impacto do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no cotidiano da atenção à saúde, segundo a visão dos gestores municipais.

METODOLOGIA

A pesquisa teve início em 2010 na microrregião de Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté, em Minas Gerais. Foram cenários seis municípios que apresentavam diferentes faixas populacionais: dois municípios com menos de 10.000 habitantes, dois municípios com população entre 20.000 e 50.000 e dois municípios com população acima de 100.000 habitantes.

O percurso metodológico incluiu entrevistas com os gestores dos municípios cenários orientadas por um roteiro semi-estruturado,. As entrevistas aconteceram no período de março a junho de 2012, após o término do ciclo de Oficinas do PDAPS, buscando-se analisar as mudanças percebidas no cotidiano do trabalho das equipes de APS. Em dois municípios (M1e M6) não foi possível realizar a entrevista com os gestores, devido a alterações na gestão municipal de saúde desde a finalização do ciclo de Oficinas e/ou e recusa em participar da pesquisa.

Os dados oriundos das entrevistas foram submetidos à Análise de conteúdo temática, conforme descrito por Bardin (2002) ⁽⁵⁾, procedendo-se às etapas de organização do material empírico com a transcrição dos discursos obtidos durante as entrevistas; leitura exaustiva dos depoimentos, buscando “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência” ⁽⁶⁾; estabelecimento as idéias centrais a partir da leitura vertical de cada grupo permitindo a origem aos temas e subtemas que compõem o discurso dos gestores.

A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 0361.0.203.000-10). Os sujeitos foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados indica que o PDAPS teve impacto na realidade da APS dos municípios, na ótica dos gestores. Os gestores revelaram que havia uma expectativa em relação às mudanças necessárias para a atenção à saúde nos municípios. O PDAPS respondeu a essa expectativa ao induzir processos de reconhecimento da realidade e introdução de ferramentas de trabalho.

E outra, o PDAPS conseguiu mostrar pra gente o que realmente estava bom e o que realmente estava ruim e o que precisava melhorar, eu acho que isso foi o mais importante (Gestor M3).

O PDAPS trouxesse realmente, que era a nossa expectativa, que era de organizar o serviço... Com o PDAPS nos conseguimos ver como que deve ser a Atenção Primaria, e conseguimos perceber nossas fragilidades (Gestor M2).

Os gestores afirmam que a implantação do PDAPS não ocorreu sem resistências. Houve dificuldades de aceitação de profissionais referente à demanda de trabalho gerada pelas Oficinas, de gestores quanto à liberação das equipes e da população quanto à compreensão do “fechamento” das unidades de saúde para o processo de capacitação.

As pessoas não receberam muito bem não, de início eles tiveram um pouco de receio, de iniciar as oficinas, mas com o tempo, nos fizemos o trabalho de mobilização com os profissionais, e a partir do momento que foram realizadas as oficinas, eles foram tendo esse compromisso. (Gestor M4).

Inicialmente foi muito bom, a adesão, mas eram assim os primeiros, a gente sabia que a gente ia ter uma mudança, então ficou todo mundo entusiasta com essa mudança, pra melhoria da assistência do serviço, só que a gente viu que no andar das oficinas teve muita resistência (Gestor M5).

Pra fazer as oficinas, no município, você tinha que parar atendimento, conversar, sensibilizar comunidade, a população não entende, isso era uma das coisas mais difíceis que a gente trabalha (Gestor M3).

Apesar das resistências, os gestores reconhecem que o PDAPS permitiu conhecer a realidade do município e criou expectativas quanto às mudanças no processo de trabalho. Esse achado foi evidenciado quando os entrevistados se referem ao conteúdo abordado nas oficinas, destacando que as oficinas temáticas que mais impactaram o trabalho na APS foi a classificação de Risco e a programação da demanda nas unidades de APS:

Classificação de risco, onde foram feitas as visitas na comunidade, eu acho, assim, foi importantíssimo, para a gente ter essa noção do resultado, de qual risco que a nossa comunidade enfrentava naquele momento, então assim, ele fez um desenho da nossa realidade mesmo (GIM4).

[...] classificação de risco eu acho que se todo os municípios conseguissem a classificação de risco, ia ajudar muito tanto na demanda espontânea quanto na demanda programada, quanto na programação de medicamento, eu acho que a classificação de risco seria o primordial para a equipe funcionar (Coordenador da APS M2).

[...] o cadastramento familiar, e classificar as famílias, eu acho assim, que foi uma das coisas mais importantes que teve lá (GIM3).

A oficina que trabalhou a classificação de risco familiar instrumentalizou os profissionais para classificação por grau de risco da família conforme fatores sociais e

econômicos, e presença de condições ou patologias crônicas prioritárias. As Oficinas sensibilizaram os profissionais de saúde quanto à aplicação dos conhecimentos e instrumentos nos seus locais de trabalho, tornando a APS mais organizada ⁽⁷⁾.

Os gestores reconheceram também a importância do PDAPS na instrumentalização das equipes para o acolhimento e para o trabalho com grupos:

Acolhimento mesmo foi uma das oficinas mais agradáveis, porque a gente viu, que a gente tava oferecendo coisas que o paciente às vezes nem queria, o que ele queria mesmo era uma atenção (Gestor M5).

Eu acho que a visão do profissional de saúde, que começou a ver a unidade com outros olhos, que começou a preocupar com a questão do receber, do acolhimento, da importância do acolhimento, antes de se fazer qualquer diagnóstico, de ouvir, da escuta, de ouvir o paciente, que muitas vezes procura a unidade para ser ouvido (Gestor M4).

A gente sentiu que a pessoa começou a trabalhar, às vezes começou a trabalhar quem não trabalhava com grupos, passou a fazer grupos, entendeu, então isso a gente sente, mas não foi colocado na íntegra. (Gestor M3).

Entre os elementos que potencializaram a implantação do PDAPS, os gestores reconheceram o importante papel dos facilitadores locais na replicação das Oficinas. Citaram o envolvimento dos facilitadores e a habilidades dos mesmos em compreender o que foi proposto, e transmitir o conteúdo para os participantes de forma criativa, aplicável e lúdica.

Eu acho que as oficinas foram muito bem reaplicadas, eu acho que as meninas dedicaram, todo mundo que participou que conseguiu entender o que era a proposta. Então nesse ponto também foi positivo (G1M2).

Dificuldade de repassar, isso eu não tive, uma das vantagens que eu tive é ter um profissional, preocupado com a questão da capacitação e comprometido mesmo em desenvolver as oficinas, o que não é fácil (G1M4).

Eu acho que foi assim, se você for ver a nível de dedicação e disponibilidade de profissional de saúde de se empenhar pra desempenhar aquilo é onde eles tiveram mais recursos (G1M3).

Esse achado demonstra que nos processos de educação permanente a construção do conhecimento deve partir da realidade e do cotidiano do sujeito para construir uma nova síntese que represente um conhecimento mais elaborado ^(8,9).

Uma das dificuldades mencionadas pelos gestores dos municípios foi a extensa área territorial, o que impediu a implantação de algumas ferramentas propostas pelo PDAPS, pois tais áreas apresentam difícil acesso e baixa oferta de serviços de saúde.

A classificação de risco seria o primordial para a equipe funcionar, e também a programação, apesar de ser pra gente uma realidade tão diferente, porque eu ainda não tenho como mapear o município, até o momento eu não tenho em lugar nenhum, e esse é o mapa de (Coordenador da APS M2).

Nós iniciamos a classificação de risco, onde foram feitas as visitas na comunidade, foi importantíssimo, para a gente ter essa noção do resultado, apesar do município, ser um município com uma extensão territorial muito grande, me dificultou não ter assim, o total da pesquisa, eu não tenho certeza de ter o total (Gestor M4).

Foram destacadas pelos gestores algumas dificuldades em relação à infra-estrutura para a realização das Oficinas e à compreensão da linguagem expressa nos módulos:

Dependeu muito dos ACS e a gente teve dificuldade com a questão de transporte, que tinha que ser um trabalho mais rápido, então não adiantava ele fazer só o trabalho dele...(Gestor M3).

A interpretação mesmo ficou difícil, ate mesmo pra que se deseja fazer um estudo individual. Parece que ele foi alinhavado mesmo para se feito uma construção coletiva, não foi individual mesmo (Gestor M4).

O vocabulário que tava difícil, tava difícil de entendimento talvez se você tivesse mais tempo de ta analisando (Gestor M5).

Os assuntos discutidos muitas vezes estavam relacionados ao cotidiano do trabalho em saúde. Entretanto, mesmo com a posse do material didático, é importante o desenvolvimento do trabalho em equipe e comprometimento dos membros.

O fato da estratégia do Plano Diretor oportunizar a reflexão sobre o cotidiano da Atenção Primária à Saúde permitiu que os sujeitos envolvidos desenvolvessem a crítica e a autocrítica sobre a realidade. No entanto, o sucesso da aprendizagem depende da disposição do facilitador e da compreensão dos sujeitos envolvidos em assumirem a sua responsabilidade enquanto trabalhador da saúde, e do apoio da gestão local ⁽¹⁰⁾.

A rotatividade médica foi mencionada por quase todos os gestores entrevistados, como um dificultador na construção coletiva da estratégia do PDAPS.

Tivemos algumas desistências, tivemos no período alguns funcionários que foram embora, alguns médicos que infelizmente não permaneceram no município (Gestor M4).

Costuma dizer que quem oferece cem reais a mais o médico larga ali todo trabalho desenvolvido e vai pra outra cidade que oferece um pouquinho a mais, a BR também é muito perigosa então é um fator bem estressante que os médicos procuram também evitar (Gestor M5).

Não foi por rotatividade da equipe de enfermagem, a equipe manteve os ACS e Técnicos manteve, o que teve foram os médicos, mas é o que menos influencia na organização do PSF (Gestor M2).

Alguns estudos apontam que a realização profissional parcial, somada ao limitado reconhecimento do médico por parte da população e de outros médicos, tem desestimulado a permanência dos profissionais no Programa Saúde da Família, gerando grande rotatividade e dificultando a criação de um vínculo adequado e duradouro com a população. Existem ainda a questão salarial e as condições desfavoráveis de trabalho ⁽¹¹⁾.

Apesar das dificuldades os gestores reconhecem a importância da estratégia Plano diretor e afirmam que a continuidade do processo é uma opção viável:

Eu acho que seria válido, ótimo, só que eu acho que aí teria que ter mais como se diz, empenho pra depois dar continuidade deste serviço pra nós, entendeu da proposta pra nós (Gestor M3).

Então ficou assim, a lição é o seguinte, que valeu a pena, compensou, o profissional de qualidade ele tem que buscar é isso mesmo, e não adianta a gente crescer sozinho (Gestor M4).

Eu particularmente fico muito insatisfeita, porque eu estava com esperança que mudasse e isso não ocorreu. Mas, a gente ainda acha que tem como recomeçar, capacitar a equipe nova que vai entrar, para que isso possa dar seqüência (Gestor M2).

Para a continuidade indicam a necessidade de rever o desenho proposto:

Então, o PDAPS foi importante e tem que continuar, pode ser que se modifique um pouco o desenho dele, mas que ele tenha a mesma meta e o mesmo objetivo mesmo que é trazer esse conhecimento para o profissional de saúde, que muitas vezes entra lá e aprende, fazendo (Gestor M4).

Apesar de reconhecer as potencialidades da iniciativa governamental na indução de processos de mudanças os participantes do estudo relatam um sentimento de frustração com a descontinuidade no processo:

Bom a proposta é excelente, mas na pratica não funciona bem assim, não é que o PDAPS não funciona, é que não foi colocado em pratica (Coordenador da APS M2).

Isso, o recadastramento na época do PDAPS, foi feito mas ele tem que continuar, não pode parar, o cadastramento, ele tem que continuar, então assim a gente, num sente, a não ser que tivesse uma pesquisa mesmo, pra saber se tá, mas a gente não sente que foi na íntegra não entendeu (Gestor M5).

E1= Acho que a continuidade, de tá lá entendeu,

E2= A continuidade do próprio Estado junto aos municípios, porque assim, não se fala mais no PDAPS, assim entendeu, porque ó...vou te falar uma coisa,

E1= Acabou...

E2= Acabou a oficina

P1= Vendeu o produto (Gestor M3).

Pode-se analisar que a descontinuidade deve-se tanto á finalização das Oficinas no modelo programático, mas também pode ser atribuída à “desresponsabilização” da gestão municipal na execução das políticas.

Esses aspectos podem ser explicados pela trajetória que o sistema de saúde brasileiro vivenciou durante a década de 1990, no que a tange a transferência gradativa de competências e recursos do nível federal para estados e, sobretudo, para os municípios.

Com o movimento de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o nível federal passou a desempenhar um papel fortemente direcionador e regulador do sistema, através de políticas públicas que determinam os movimentos e as práticas de gestão e de

assistência ^(12,13), além de responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras associadas a diferentes condições de gestão.

Contudo, o que parece ocorrer é um descompasso entre as propostas oriundas da instância federal e a execução ao nível local. O que vem acontecendo é uma forte indução do nível central por meio de normas e estímulos financeiros, aumentando paulatinamente a vinculação dos recursos transferidos a determinadas políticas ou programas e diminuindo a autonomia de gestores estaduais e municipais de saúde ⁽⁷⁾ na formulação de políticas próprias mais adequadas a sua realidade.

Com isso, os programas a nível federal são planejados e disseminados no sistema de saúde, contudo nos municípios e nos serviços de saúde, a implementação vai depender de uma ação continuada e sustentada ⁽¹²⁾. Os achados do estudo corroboram com essa explicação uma vez que os municípios parecem ter executado as ações apenas para cumprir o exigido pelo governo estadual, fazendo com que a proposta fosse concluída antes mesmo de se tornar algo permeável e comum no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

Por fim, destaca-se que os municípios em estudo compõem um cenário diversificado, considerando as desigualdades sociais, regionais e intra-regionais e este é um fator que deve ser levado em conta na construção de políticas de planificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde para a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) como falta de infra-estrutura, recursos humanos, materiais e envolvimento de alguns membros das equipes de saúde da família; o PDAPS possibilitou um grande avanço na atenção primária à saúde no que se refere não somente a mudança de condutas das equipes de saúde da família que se envolveram no processo, como também a criação de um novo olhar dos profissionais sobre a importância da atenção primária à saúde (APS) em relação à rede assistencial de saúde.

O PDAPS também proporcionou um conhecimento aos gestores, atribuído aos princípios e ferramentas da APS que depois de implantadas auxiliaram na organização do processo de trabalho.

Também a atuação do gestor municipal de saúde, foi apresentada cercada de limites e possibilidades. Entre os limites os resultados indicaram a dificuldade das propostas oriundas

da instância federal e a execução ao nível local. Destaca-se como possibilidade da atuação dos facilitadores das oficinas, como oportunidade de se qualificar e refletir sobre o processo de trabalho incorporando novas ferramentas no fazer da APS.

Sabe-se que melhoria na APS após implantação do PDAPS será gradual e em longo prazo, pois, algumas equipes de saúde da família ainda encontram-se em processo de implantação. Sabemos que o caminho a percorrer é longo para conseguirmos alcançar uma APS ideal, uma vez que evoluem investimentos financeiros, mudanças de paradigmas não apenas dos gestores, como também dos profissionais de saúde e da população. Para conseguirmos alcançar esse objetivo é necessário mudança de conceitos relacionados a essa política de saúde e o PDAPS pode proporcionar essas transformações.

REFERENCIAS

- 1- Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Pol.* 2000; 52:113-27.
- 2- Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18:139-51.
- 3- Berretta IQ, Lacerda, JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(11):2143-2154.
- 4- Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.
- 5- Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70; 2002.
- 6- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 7- Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 3- Diagnóstico Local. Guia do Tutor/Facilitador. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2008.

- 8- Vasconcelos C. Metodologia dialética em sala de aula. *Rev. cient. APEC.* 1992; 21(83):28-55,
- 9- Mendonça FF, Nunes EFPA, Garanhani ML, Gonzalez AD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(5):2593-2602.
- 10- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(2):490-498.
- 11- Goncalevs RJ, et al . Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rio de Janeiro, *Rev. bras. educ. méd.* 2009; 33(3).
- 12- Tamak EM, et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010;10:201-208, 2010.
- 13- Negri B, Viana ALD. *O SUS em dez anos de desafio.* São Paulo, Sobravime/Ceala; 2003.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-08-30
Last received: 2012-10-14
Accepted: 2013-01-23
Publishing: 2013-01-31