



THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

**REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DE SUPERVISÃO NO  
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA  
ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) E NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**CAMPINAS  
2015**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO**

**REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DE SUPERVISÃO NO PROGRAMA DE  
VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) E NO  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Aparecida Mari Iguti

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO  
ALUNO THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO, E  
ORIENTADO PELA PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. APARECIDA MARI IGUTI.

**CAMPINAS  
2015**

C279r Castro, Thiago Figueiredo, 1986-  
Reflexões sobre a prática de supervisão no  
Programa de Valorização do Profissional da Atenção  
Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos / Thiago  
Figueiredo de Castro. -- Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador : Aparecida Mari Iguti.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde. Programa de Valorização do  
Profissional da Atenção Básica. 2. Sistema Único de  
Saúde. Programa Mais Médicos. 3. Supervisão. 4.  
Educação médica. 5. Recursos humanos em saúde. I.  
Iguti, Aparecida Mari. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Reflections on the practical supervision in the "Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica" (Primary Care Professional Enhancement Program) - PROVAB - and in the "Programa Mais Médicos" (More Doctors Program)

**Palavras-chave em inglês:**

Brazil, Secretariat of Labor Management and Health Education, Professional Enhancement  
Program Primary Care  
Unified Health System, More Medical Program  
Supervision  
Medical education  
Health Manpower

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Aparecida Mari Iguti [Orientador]  
Eduardo Sérgio Soares Sousa  
Gustavo Tenório Cunha

**Data de defesa:** 24-02-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

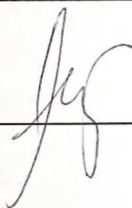
## BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO

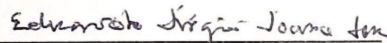
Orientador (a) PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI

### MEMBROS:

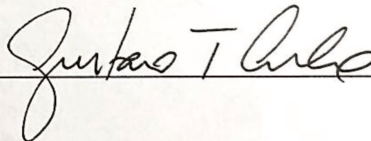
1. PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI



2. PROF(A). DR(A). EDUARDO SÉRGIO SOARES SOUSA



3. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de fevereiro de 2015



## **RESUMO**

Saúde é um direito social conquistado, e a efetivação deste direito só se cumpre com o enfrentamento dos seus dois principais entraves: financiamento em saúde e gestão dos recursos humanos em saúde. O Brasil tem lidado com a questão dos recursos humanos em saúde através de programas governamentais que têm por finalidade o provimento de profissionais e a melhoria da qualidade da formação destes. O PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos são os dois mais recentes programas na área. O presente trabalho objetiva refletir e analisar, a partir da experiência do Sujeito-Pesquisador como Supervisor do PROVAB e do Programa Mais Médicos, sobre o papel da supervisão prática nestes programas, e também sobre suas potencialidades e limites como ferramenta pedagógica. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, baseado em relatos de experiências do Sujeito-Pesquisador, ocorridas no período de 2013 a 2015. Realiza-se um estudo descritivo dos programas, em seguida são relatadas as experiências selecionadas de supervisão, e por fim realiza-se a construção de categorias de análise. São delimitados três grupos de categorias: supervisão em contexto, papel da supervisão e ferramentas de supervisão. A pesquisa encontra seus limites na contemporaneidade aos fatos, que dificultam o encontro de dados e fontes distintas às fornecidas pelo governo federal, além da própria escolha metodológica, que remete os achados ao olhar implicado do autor. Com este trabalho, verifica-se que a prática de supervisão no PROVAB e no Programa Mais Médicos tem grande potência pedagógica, e que uma melhor definição do papel do supervisor, assim como a incorporação de novas ferramentas, tal qual o Grupo Balint-Paidéia e a Supervisão Ampliada, são algumas das propostas para o avanço dessas políticas. Novos estudos são necessários, para ampliar o olhar dos profissionais, gestores, equipe, usuários sobre os programas e, verificar as mudanças ocorridas, e a influência/potência da supervisão nestas mudanças.

**Palavras-Chave: PROVAB, Programa Mais Médicos, Supervisão, Educação Médica, Recursos Humanos em Saúde.**





## **ABSTRACT**

Health is a conquered social right, and the fulfillment of this right only occurs with the confrontation of its two main obstacles: financing and management of the health workforce. Brazil deals with the issue of human resources for health through government programs to provide professionals and improve the quality of training. The PROVAB - "Professional Enhancement Program Primary Care" (Professional Improvement Program Primary Care) and (More Medical Program) "More Doctors Program" are the two most recent programs in this field. This article aims to reflect and analyze, from the experience of the subject-researcher as a Supervisor on the role of practical supervision in these programs on their potential and limits as a pedagogical tool. This is a study of qualitative and exploratory nature, based on reports of subject-researcher experience, during the period from 2013 to 2015. The author develops a descriptive study of the programs and reports selected supervisory experiences, and finally performs the construction of analysis categories, organized into three groups: supervision in the context, the role of supervision and supervision tools. The research finds its limits in the contemporaneity to the facts, making it difficult to collect different data and sources provided only by the federal government, also in from the specific methodological choice, referred the findings to the implicated author's look. With this work, it seems that the practice in supervision on the PROVAB "More Doctors Program" has great educational power, and that a better definition of the role of the supervisor as well as the incorporation of new tools, such as Balint-Paideia's Groups and the "enhanced supervision" are some of the proposals for the advancement of these policies. More studies are needed to broaden the perspectives of professionals, managers, team members about the programs and verify the changes occurred, and the influence / power of the supervision in these changes.

**Keywords:** PROVAB, Programa Mais Médicos, Supervision, Medical Education, Health Manpower.



# SUMÁRIO

Dedicatória .....	xiii
Agradecimentos .....	xv
Lista de Figuras e Quadros .....	xvii
Lista de Tabelas e Gráficos .....	xix
Lista de Siglas .....	xxi
Epígrafe .....	xxv
APRESENTAÇÃO .....	1
INTRODUÇÃO .....	5
<b>Parte 1</b>	
1. SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL CONQUISTADO .....	9
1.1 Saúde – um conceito em disputa.....	9
1.2 Processo Saúde-Doença .....	11
2. DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS.....	19
2.1 Subfinanciamento e Contra-Reforma.....	20
2.2 Recursos Humanos em Saúde .....	24
3. PROVAB E PROGRAMA MAIS MÉDICOS – CONTEXTO E INQUIETAÇÕES .....	49
4. SUPERVISÃO – INTERFACES ENTRE CONTROLE, APOIO E FORMAÇÃO .....	61
5. GRUPOS BALINT-PAIDÉIA: UMA NOVA FERRAMENTA PARA A PRÁTICA DE SUPERVISÃO .....	81
6. JUSTIFICATIVA.....	87
7. OBJETIVOS.....	89
8. QUESTÕES DE MÉTODO .....	91

## Parte 2

1. ESTUDO DESCRITIVO DOS PROGRAMAS.....	95
1.1. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB .....	95
1.2. Programa Mais Médicos .....	107
1.3. A prática de Supervisão no PROVAB e no Programa Mais Médicos ..	117
2. RELATOS DE EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO .....	123
2.1. Supervisão indutora de modelo: um exercício de Universalidade .....	124
2.2. Supervisão da prática de cuidado: exercício da Integralidade .....	128
2.3. Das dificuldades do processo de Supervisão Prática .....	134
2.4. Um jeito diferente de fazer supervisão: Grupo Balint-Paidéia.....	140
2.4.1. GBP PROVAB/PMMB.....	143
2.4.2 GBP PMMB .....	153
2.5. Os espaços de encontro entre supervisores.....	159
2.5.1. Da Reunião Geral ao Encontro Loco-Regional.....	160
2.5.2. Reunião de supervisores .....	163
3. DISCUTINDO AS EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO .....	171
3.1. Supervisão em contexto .....	172
3.2. Papel do Supervisor.....	180
3.3. Ferramentas de Supervisão.....	183
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
REFERÊNCIAS .....	197
ANEXO 1 – RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO .....	217
ANEXO 2 – RELATÓRIO MENSAL DE SUPERVISÃO PRÁTICA.....	225
ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DO MÉDICO PELO SUPERVISOR.....	229

À Heloísa,  
minha amada esposa.



## AGRADECIMENTOS

A meus pais, Osvaldo e Josy, e Irmãos, Túlio e Tamyres pelo carinho e compreensão diante da distância.

À Helô, pela descoberta mutua realizada neste processo de mestrado, pelo lindo casamento e por todo o apoio e carinho, sem o qual teria sido tudo bem mais difícil.

À Paulo, co-orientador solidário deste trabalho e amigo. Você, Érika e o Vi são minha 2ª família, e tenho muita gratidão pela acolhida em Campinas e pelas várias histórias vividas junto com vocês, desde tempos de “Efeito Placebo”. E à Ignez pela força e disposição no trabalho de revisão.

À Iguti, pelas sempre fraternas e delicadas palavras. Tenho aprendido a ser professor, e agora a ser mestre com nossos encontros e conversas.

Aos professores que contribuíram e muito na qualificação deste trabalho, o prof. Aguinaldo Gonçalves e o Prof. Gustavo Tenório.

Aos professores do antigo DMPS e agora Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, com quem desde a residência em Medicina Preventiva e Social tenho aprendido a encher minha caixa de ferramentas para pensar e intervir na realidade de saúde do Brasil. Em especial a Gustavo Tenório e Herling Alonzo, pessoas jovens e admiráveis deste departamento, que me apoiaram desde minha chegada a Campinas. Ao Sérgio Rezende, pelas sempre provocativas e desconcertantes aulas. À Mariana Dorsa e Ju Luporini, pelas carinhosas sabatinas, que me fizeram rever e mudar totalmente meu objeto de estudo. Ao Gastão e Rosana, pelo livro, conceitos e pensamentos emprestados.

Aos colegas de turma de mestrado. Como gosto de uma boa turma, tive a oportunidade de ter logo duas: a primeira turma do mestrado profissional de saúde coletiva da UNICAMP, Carol, Raquel, Daniel, Junior, Valérias e tantos outros, além de Heloisa e Érika; e a segunda turma, agora não mais como ouvinte, com os quais

sofri junto! André, Tânia, Paula, Carina, Marden, Ana Paula, Dri, Marina, Luiza, Rosilei, Jairon... um carinho grande por todos vocês.

Aos alunos e professores da universidade que venho ajudando a construir, Adilson, Maria Alice, Pedro, Beth, Marília, Maria Júlia, Rubinho, Suzana, Anna, Aline, Cony, Arlete. Neste lugar, venho experimentando o ser professor.

Aos profissionais e amigos do CS Integração, CS Balão do Laranja, CS Ipaussurama e CS São Marcos, de onde retiro a maior parte das minhas vivências enquanto médico na Atenção Básica.

Aos amigos da Mansão, Ivan, Reque, Luiz, Hélvia, Maria e Ivens. Muitas das discussões que trago neste trabalho foram gestadas nesta casa, nas várias oportunidades que tivemos de discutir as mudanças que queríamos no mundo.

Ao Rodrigo, pela escuta Lacaniana.

Aos amigos do CANAL-UFPB e do Levante, agora um pouco mais distante, porém a base de minha formação ético-política. Devo em boa parte meu ideário e trajetória aos momentos e movimentos que construímos juntos.

Aos médicos do PROVAB e do PMMB que supervisionei, com quem convivi, troquei experiências, torci junto, irritei-me, e principalmente aprendi.

Aos trabalhadores do SUS, um sistema universal, integral e de qualidade possível.



## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead .....	14
Figura 2 - Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, décadas de 1980 e 90 e anos 2000 ...	42
Figura 3 – Tríplice vértice da atividade de Supervisão .....	70
Figura 4 - Distribuição de Médicos PROVAB, contratados, por Região/UF, setembro/2012 .....	101
Figura 5 - Distribuição no Brasil de médicos do PROVAB 2013 recebidos pelos municípios .....	105
Figura 6 - Distribuição estadual de médicos por 1000 habitantes no Brasil, 2012 .....	108
Figura 7 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos com CRM do Brasil .....	115
Figura 8 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos formados no exterior .....	115
Figura 9 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos cubanos .....	116
Figura 10 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, total de médicos no programa .....	116
Figura 11 – Mapa Representativo de Cidades, Médicos, Supervisores, Tutor e Apoiador referidos nos relatos.....	124
Figura 12 – O papel e a interlocução (“Construção de Pontes”) do supervisor com os diversos atores envolvidos no PROVAB/PMMB .....	180

## LISTA DE QUADROS

---

Quadro 1- Principais objetivos e características dos projetos / programas de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil — 2001-2005 .....	41
Quadro 2 – Análise dos principais programas de provimento de Recursos Humanos em Saúde, Brasil 1960-2014. ....	43
Quadro 3 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor .....	66
Quadro 4 – Principais diferenças entre Pedagogia e Andragogia .....	72
Quadro 5: Características comparadas dos Grupos Balint Tradicional e do Método Paidéia .....	83

Quadro 6: Características metodológicas dos Grupos Balint e dos GBP. ....	85
Quadro 7 - Pesos das avaliações na composição do conceito. ....	101
Quadro 8 - Descrição do resultado com base no valor final atribuído. ....	101
Quadro 9 – Grupos e Categorias de análise .....	172
Quadro 10: Características dos GBP aplicados à Supervisão Prática do PMMB/PROVAB .....	189

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 – Gastos comparados em Saúde, Brasil e Regiões selecionadas. Dados 2011 .....	21
Tabela 2 - Evolução do número de médicos e da população brasileira 1910/2014 .....	51
Tabela 3 - Frequência absoluta de médicos, segundo diferentes bases de dados - Brasil, 2013 .....	53
Tabela 4 - Distribuição dos Municípios no PROVAB 2012 por Perfis Especificados .....	97
Tabela 5 - Quantitativo de profissionais selecionados e contratados no PROVAB 2012 e Percentual de Retenção .....	98
Tabela 6 - Proporção de Enfermeiros e Dentistas Selecionados, Contratados e Bolsista no PROVAB 2012 e seu Percentual de Retenção .....	99
Tabela 7- Comparativo do Número de médicos e municípios contemplados com o PROVAB, 2012-2013 .....	103
Tabela 8 – Comparativo regional de municípios solicitantes médicos e municípios atendidos por médicos pelo PROVAB 2013. ....	104

## LISTA DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1 - Projeção da população brasileira para as próximas décadas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) .....	53
Gráfico 2 - Contribuição de um curso de Medicina com 100 vagas para o aumento do número de médicos, se os médicos trabalharem durante 45 anos. ....	54
Gráfico 3 - Projeção do número de médicos no Brasil, a partir do número de concluintes em cursos de Medicina, com 4.500 vagas a mais, em relação a 2010. ....	55
Gráfico 4 - Projeção do número de médicos/1000 habitantes no Brasil, a partir do número de concluintes em cursos de Medicina, considerando 4.500 vagas a mais do que em 2010. ....	56
Gráfico 5 - Motivação do Profissional para inscrição no PROVAB 2012.....	100
Gráfico 6- Número de Enfermeiros e Dentistas selecionados no PROVAB 2013.2 por região .....	106



## Lista de Siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Assistência Médico-Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRHS	Conferência de Recursos Humanos para a Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSS	Determinantes sociais de saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEPAFEM	Federação Pan-americana de Faculdade e Escolas Médicas
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil

Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GBP	Grupo Balint-Paidéia
GTS	Gastos Totais em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MEM	Movimento Estudantil de Medicina
MFC	Medicina da Família e da Comunidade
MGFC	Medicina Geral da Família e da Comunidade
MPAS	Ministério da Previdência e da Ação Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health System
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OOP	<i>Out-of-pocket</i>

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PE	Pernambuco
PI	Projeto de Intervenção
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Purchasing Power Parity
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
Promed de	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RGPS	Regime Geral de Previdência Social

RHS	Recursos Humanos em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
EU	Urgência/Emergência
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



"Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar preconceitos."

(Sigmund Freud, 1924)



## APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a tarefa de supervisão se deu a partir de minha inserção enquanto docente de medicina. Ser sanitarista, professor da área de saúde coletiva e de Medicina de Família, em uma instituição de ensino médico, atuando como supervisor de um programa de educação médica e de provimento de pessoal para o SUS tem suas idiossincrasias.

As experiências da docência e o contato inicial com outros professores, construindo novas abordagens e novas maneiras de instigar o diálogo sobre temas nebulosos para a medicina, fruto da formação da residência e minha trajetória no MEM, acabaram por me conduzir a ser supervisor no PROVAB.

Sob tutoria/coordenação de experiente docente assumimos, quatro professores, a tarefa de supervisão do PROVAB 2013, cada um supervisionando de seis a sete médicos, alocados em dez municípios do interior de São Paulo.

Coube a mim a tarefa de acompanhar sete médicos em quatro municípios diferentes. Diferentes cenários, diferentes perfis, muitas singularidades, espaço para reflexões sobre a prática profissional possível e a potência pedagógica do espaço de supervisão.

Da minha atuação no PROVAB 2013, da continuidade do trabalho no PROVAB 2014 e no PMMB, é que trago, aqui, algumas experiências e reflexões à luz da teoria levantada.

Assim que entrei no PROVAB, logo surgiu uma primeira inquietação: qual o papel do supervisor?

É interessante colocar que uma das frentes mais atacadas pelas entidades médicas que se colocaram contra o programa foi a da instituição de um programa

que se diz educativo, com pagamento de bolsas mas sem haver a obrigatoriedade de um curso teórico vinculado, além da fragilidade da supervisão docente.

Quando entro no programa, já estávamos no segundo ano de PROVAB, naquele momento sendo redirecionado o enfoque para os médicos e se imprimindo algumas mudanças, como a obrigatoriedade de frequência de curso de especialização em atenção básica, a partir da ferramenta do UNA-SUS, além da garantia da presença de supervisão prática mensal, numa clara resposta do MS às pressões sobre o programa.

Logo nas primeiras visitas de supervisão, a tarefa estava bem estabelecida: o médico chegou? Quem é o gestor responsável pelo programa? Quais unidades de saúde foram escolhidas para atuação do médico? Existem condições de trabalho? Como é o trabalho na unidade?

Um extenso questionário, chamado Relatório de Primeira Visita (anexo 1), deve ser preenchido pelo supervisor. Luminosidade, medicamentos, consultórios, ambiência, materiais mínimos, os mais diversos, se presentes em qualidade e quantidade. Neste instrumento devemos apontar de forma definitiva: a unidade é adequada para o trabalho?

Preencher tal relatório junto à gestão e ao médico Provabiano (depois chamado Médico do PROVAB) nos alocava desconfortavelmente como “inquisidores” dos municípios. Não demorou para que as cobranças por investimentos em infraestrutura viessem.

A queixa da gestão de se sentir isolada, com pouco contato com o ministério ou mesmo com a gestão estadual passou a ser recorrente nas minhas supervisões. Algumas vezes, como somos pagos de certa forma pelo MS para estarmos em contato com os municípios, sentia ser cobrado como ministério, para atuar em cada um dos municípios.

O caminho que compreendi fugia à vinculação nominal que a supervisão tinha, classicamente (REIS e HORTALE, 2004). Não assumi postura de coação ao

trabalho sobre os médicos vinculados ao programa. Sentia desconforto com o nome supervisor, porém me aproximava na prática bem mais com o que se tem chamado de apoiador, ora institucional, ora matricial (CAMPOS, 2007a).

De fato se percebia uma dupla jornada. Por um lado, uma agenda de modelo de saúde e, por outro, a agenda da clínica ampliada e compartilhada. Não vejo isto como um trabalho prescrito ao supervisor; entretanto, deste lugar privilegiado, que é o da prática de supervisão, existe relação entre uma prática e um modelo de assistência a serem construídos. Nada estranho a um programa de formação e de provimento de Recursos Humanos em Saúde.

Se voltarmos ao debate de prescrição do trabalho (DEJOURS, 1986), vemos que o trabalhador tem capacidade de reformulação do seu processo de trabalho. Merhy (2007) reporta a distinção de trabalho vivo e trabalho morto. Ainda que uma boa parte do trabalho de supervisão seja trabalho morto, impossível não perceber que, no encontro entre supervisor-gestão-serviço-profissional-usuário, são construídas outras tecnologias e novas formas de produzir saúde.

Nas próximas páginas, trago reflexões acerca das experiências escolhidas dentre as várias situações que atravessam o trabalho de supervisão em diálogo com o referencial teórico construído.

Explicitado o caminho percorrido e as escolhas feitas pelo sujeito-pesquisador, este estudo é estruturado em duas partes. A parte 1 reúne o referencial teórico desta pesquisa, a justificativa do estudo, seus objetivos e a metodologia aplicada. A parte 2 é dividida em três tópicos: no primeiro, faz-se o estudo descritivo dos dois programas, no segundo tópico, faz-se a apresentação das experiências de Supervisão Prática selecionadas pelo Sujeito-Pesquisador, e no terceiro são discutidas as categorias de análise e as considerações finais do trabalho.

Pretendemos com este estudo abrir o debate sobre os desafios a serem enfrentados para a plena implementação do Sistema Único de Saúde, face ao

contexto do Programa Mais Médicos, analisando os limites e potencialidades pedagógicas da supervisão neste processo.

## INTRODUÇÃO

O Brasil chega, neste ano, ao 27º aniversário do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda sofre com a dificuldade de implementar, com equidade, um sistema de saúde universal e integral para os seus 203.795.945 habitantes estimados para às 01:08 de 05 de fevereiro de 2015, quando se fecha esta pesquisa (BRASIL, 2015a).

Diversos são os entraves que este país enfrenta e, no âmbito da saúde, verifica-se que o financiamento e a gestão são os principais pontos a serem superados, em especial a gestão de recursos humanos (CAMPOS, 2007a; MACIEL FILHO, 2007). Dentro do campo dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), uma diversidade de políticas públicas vem sendo promovida, tentando dar respostas a carências da área: a formação adequada às necessidades sociais em saúde; e uma política de provimento de profissionais de saúde para áreas de difícil acesso e com dificuldade de fixação destes profissionais.

Esta pesquisa se propõe a analisar duas destas políticas que, de certa forma, almeja suprir às duas carências citadas. Trata-se do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), ambos atualmente inseridos no âmbito do Programa Mais Médicos. O recorte utilizado para a análise são as experiências de supervisão prática, dentro destes programas.

Esta pesquisa está dividida em duas partes. A primeira parte é constituída pelo arcabouço teórico em que este estudo se ancora, seguida pela justificativa da pesquisa, seus objetivos e a metodologia adotada. A segunda parte é constituída dos resultados, discussão dos resultados e considerações finais.

Quanto à parte 1, em um primeiro momento, procura-se compreender a saúde como direito social conquistado, produzido no conflito entre o interesse privado e o interesse público para, então, contextualizar-se como a agenda do direito universal à saúde foi construída no mundo e chegou ao Brasil. Segue-se com

a análise dos desafios enfrentados para a consolidação do SUS, esmiuçando a questão dos recursos humanos em saúde e sua relação com o panorama político brasileiro, em um paralelo com as conferências nacionais de saúde.

Em um segundo momento apresenta-se, sucintamente, o PROVAB e o Programa Mais Médicos, dando ênfase a seu momento de implantação e a sua justificativa social.

A supervisão é apresentada como um conceito de distintas conotações e é feita a aproximação da mesma com alguns dos dispositivos da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2007a).

Uma breve revisão sobre a ferramenta dos Grupos Balint-Paidéia é feita ainda na primeira parte, dada sua experimentação no âmbito da supervisão nos programas em estudo.

Finaliza-se a parte 1 com a justificativa do estudo, seus objetivos e as questões de método.

A parte 2 inicia-se com o estudo descritivo do PROVAB, do Programa Mais Médicos e da supervisão nos programas. Segue-se com os relatos de experiência da supervisão e se conclui com a discussão dos achados de pesquisa e as considerações finais do estudo.

Espera-se que esta pesquisa contribua com o campo da Saúde Coletiva, no sentido de se encontrarem caminhos para a superação de alguns dos muitos obstáculos à implementação do SUS, principalmente quanto à formação do profissional de saúde com o perfil socialmente necessário.



# PARTE 1

## 1. SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL CONQUISTADO

Estima-se que cerca de um bilhão de pessoas no mundo nunca serão atendidas por um profissional de saúde (BRASIL, 2012a). À medida que nos aproximamos de 2015, prazo final para as metas do milênio, faz-se necessário refletir sobre quais as políticas públicas que devem ser implementadas para o pós-2015, a fim de garantir acesso universal à saúde (MOGEDAL; WYND; AFZAL, 2013).

O caráter liberal e privatista da assistência médica é fator limitante ao acesso à saúde, e o papel do Estado no setor vem mudando desde o século passado. Saúde como direito universal é uma construção que surge, principalmente, após a 2ª guerra mundial (MENDES, 2012). Neste período, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), é aprovada, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece, em seu artigo 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

A partir desta premissa, Santos (2010) discute que existem valores ínsitos à natureza humana, os principais deles sendo o direito à vida e à dignidade. “Os homens nascem (direito à vida) livres (liberdades humanas) e iguais em *dignidade* e direitos. Vida com dignidade. Vida com direitos e deveres éticos, morais, jurídicos e sociais” (SANTOS, 2010, p. 21, *grifo da autora*).

Santos continua, afirmando que

a saúde é corolário do direito à vida e da dignidade, condição para o exercício dos demais direitos e liberdades. Vida, dignidade e saúde formam a tríade que garante o exercício dos demais direitos e liberdades humanas (SANTOS, 2010, p. 23).

Ainda na Declaração Universal de Direitos Humanos, o artigo 25 faz a primeira referência à saúde como direito (L’ABBATE, 2009).

*Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948, grifo nosso).*

L'Abbate (2009), ao falar sobre o direito a saúde inscrito nas legislações, lembra que todo código ou legislação exibem um duplo caráter, ao se apresentarem como declarações de natureza pública e, ao mesmo tempo, como expressão de determinadas relações de forças sociais presentes naquele momento histórico. Seu caráter público se deve à necessidade de apontar para realizações que a sociedade não pode concretizar em determinado momento, mas, possivelmente, em um momento futuro.

Já a expressão da correlação de forças sociais que determinado código ou legislação assume acaba por definir o papel do Estado na mediação das classes sociais e é uma das explicações à existência da tendência mundial à estatização dos serviços de saúde, na segunda metade do século XX (DONNANGELO, 2011). Associa-se isto ao aumento das responsabilidades sociais gerais do Estado, o que implica maior interferência do Estado no setor saúde, explicitada pela

criação de vias adequadas à satisfação de necessidades de consumo de parte da população sem poder de compra direta (de saúde), respondendo às pressões imediatas do 'consumidor' (o que) equivale, ao nível das necessidades do sistema, a mecanismos tendentes à suavização de tensões sociais e à reatualização das condições de produtividade da força de trabalho (DONNANGELO, 2011, p. 211).

Donnangelo (2011) recorre à tipologia de Marshall<sup>1</sup> sobre os direitos de cidadania para afirmar que a ampliação dos direitos sociais (inclusive a garantia do consumo de saúde) está intimamente ligada à pressão exercida sobre o Estado pelos grupos mais afetados pelo padrão de desigualdade social, com vistas à

---

<sup>1</sup> Direitos de cidadania: incluem os Direitos Civis (relativos à liberdade individual), os Direitos Políticos (referentes à participação no exercício de poder político) e os Direitos Sociais (direito a um mínimo de bem-estar econômico e de participar por completo da herança social, levando a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões prevalentes na sociedade).

igualdade social ou ao equilíbrio entre justiça social e liberdade de mercado, no sistema capitalista.

O Brasil, a partir da Constituição Cidadã, traz estes avanços quanto aos direitos sociais e cumpre o duplo caráter descrito por L'Abbate (2009). Neste mesmo sentido, o caso brasileiro, na construção do direito à saúde, também se deve à pressão popular, o que o próprio Estado deixa transparecer em textos institucionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, inspirada num projeto de Estado de Bem-Estar Social. Essa característica o configura como um sistema contra hegemônico, avesso a uma visão mercantil, excludente, centrada na recuperação do dano e afinada com o ideário neoliberal de esvaziamento dos compromissos sociais do Estado (BRASIL, 2007, p. 11).

Ao se considerar saúde enquanto direito social, direito este conquistado (L'ABATTE, 2009), torna-se necessário entender como se define saúde, como ela é produzida e as quais as mediações que se estabelecem entre seus determinantes. Com este panorama, é possível compreender o papel da organização do cuidado à saúde nesta mediação, portanto o papel do SUS neste processo e, então, analisar quais os principais entraves para o estabelecimento do mesmo, sendo nosso campo de estudo balizado em um destes entraves, os recursos humanos em saúde.

## 1.1 Saúde – um conceito em disputa

A definição clássica, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu ato de fundação, é saúde como “[...] estado de **completo bem-estar** físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1948, grifo nosso). Tal definição, ainda que incompleta e de certa forma idealista, incorpora ao paradigma de saúde elementos que superam o limite do corpo biológico.

Canguilhem (2012) não precisa um conceito de saúde, mas analisa a vida como polaridade entre o normal e o patológico. Normal como aquilo que é conforme a norma/regra, que é como deve ser, ou como se encontra na maioria das vezes.

Entende que a vida é normativa, pois institui as normas, normas estas que designam ao homem a necessidade vital, permanente e essencial de lutar contra os inúmeros perigos que ameaçam a vida.

[...] para um ser, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (CANGUILHEM, 2012, p. 80).

O mesmo autor aponta que tal necessidade vital se relaciona com a necessidade humana de terapêutica, o que teria dado origem a uma medicina cada vez mais clarividente em relação às condições da doença. O estado normal se coloca, para a medicina, como o estado que se deseja restabelecer. Seja o normal ideal, fim da terapêutica, ou normal como desfecho esperado pelo doente, que compreende a doença como valores negativo, dentro da polaridade da vida.

Dejours (1986) critica o conceito clássico de saúde em dois pontos: (1) é impossível definir o estado de completo bem-estar; (2) este estado de perfeito conforto e bem-estar não existe. O autor faz quatro observações sobre o que entende por saúde e aponta a necessidade de se redefinir seu conceito.

- A primeira é a de que a saúde não é algo que vem do exterior [...]: a saúde não é assunto dos outros, não é assunto de uma instância, de uma instituição, não sendo também assunto do Estado ou dos médicos. É uma questão que não vem do exterior.
- Ao inverso disso, e é esta a segunda observação, a saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta e de que se depende. É algo onde o papel de cada indivíduo, de cada pessoa é fundamental. Isso não aparece nessa definição, e é necessário que este papel motor de cada homem na sua saúde apareça em alguma parte.
- A terceira observação é um resumo de tudo o que foi dito. A saúde não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo.
- A quarta observação é que a saúde é antes de tudo uma sucessão de compromissos com a realidade, - são compromissos que se assumem com a realidade, e que se mudam, se reconquistam, se redefinem, que se perdem e que se ganham. Isso é a saúde!

Se tentarmos, então, agora, uma definição, buscando salvar o que sugere a antiga definição de saúde, diríamos que *a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal*

*e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social*  
(DEJOURS, 1986, p.11, grifos nossos)

Para Dejours (1986), portanto, saúde é possuir os meios para se alcançar o bem-estar, que avalia ser algo próximo à liberdade dos indivíduos. Liberdade de poder dormir se estiver com sono, poder comer se estiver com fome ou, mesmo, poder cuidar de sua doença se estiver doente, liberdade, pois, de adaptação. Depreende que é normal ter sono, fome, ou ter uma gripe, sendo algo tido como anormal não ter a liberdade que é deixada ao desejo de cada um de organizar a sua vida, ou seja, comer, deitar na cama, repousar e deixar a sua doença passar, antes de voltar ao trabalho.

Silva (2014) reconhece a dificuldade de definir saúde. A autora retoma algumas destas definições e afirma que o ser saudável ou não-saudável é construído a partir da percepção subjetiva dos sujeitos. Pode-se dizer que a saúde e a doença coexistem em um processo dinâmico, em que ninguém é totalmente saudável ou totalmente doente, mesmo porque não se pode conceituar saúde como ausência de doença (SILVA, 2014, p. 39).

## **1.2 Processo Saúde-Doença**

Leavell e Clark (1976) foram os pioneiros a sistematizar o adoecimento enquanto algo dinâmico. Os autores do modelo explicativo da História Natural da Doença, ao analisar as diversas fases do adoecimento por sífilis, afirmam que existem dois períodos, neste processo: o da pré-patogênese, antes do contato com o agente externo, e o período da patogênese. Identificam pontos de intervenção em distintas fases, nestes períodos, a que chamam de níveis de prevenção (primária, secundária e terciária, a saber). Cabe aqui retomar estes autores, pois sua teoria é o que fundamenta a compreensão de saúde como processo saúde-doença, e seu estudo é essencial para se identificar quais as intervenções necessárias para promover/induzir este estado de liberdade/bem-estar.

Campos (2006), discutindo sobre trabalho em saúde, identifica distintos modelos explicativos para o adoecimento e aponta que o mesmo se dá na forma de co-produção do processo saúde/doença/intervenção. O autor afirma existirem fatores de co-produção, de caráter individual (Biológico e subjetivo), singular (relação com o outro, dominação/eliminação do agente) e universal (contexto político, econômico, social, ambiental), a partir dos quais se destacam pontos de intervenção no processo de adoecimento.

O papel do serviço de saúde é central na determinação/intervenção sobre o processo de adoecimento, ainda que não seja o único fator. A experiência tem demonstrado que é inviável elevar, em escala significativa, o nível de saúde de uma coletividade através de medidas exclusivamente médicas (MELLO, 1977, p. 47).

Lalonde (1974) traz a crítica ao modelo clássico de saúde em vigência, à época no Canadá, com enfoque de ações apenas na assistência médica e produz um relatório que está em sintonia com a assertiva de Mello (1977). Neste relatório, restabelece o papel dos serviços de saúde para o campo da saúde, ao dividir este campo conceitual em quatro grandes frentes: Biologia humana; Meio Ambiente; Estilo de Vida e Organização do Cuidado à Saúde<sup>2</sup>.

Sobre Biologia Humana, Lalonde compreende todos os componentes biológicos-psicológicos da determinação do adoecimento, remetendo à herança genética e a falhas neste complexo organismo parte dos determinantes do adoecimento, capaz de gerar inúmeras patologias, sofrimento e custa bilhões de dólares na sua assistência.

Quanto ao Meio Ambiente, o autor inclui tudo aquilo que está fora do corpo humano e que se relaciona com a saúde, mas sobre o que o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Aí se incluem mudanças climáticas, poluição, contaminação

---

<sup>2</sup> Tradução nossa para "HUMAN BIOLOGY, ENVIRONMENT, LIFESTYLE and HEALTH CARE ORGANIZATION" (LALONDE, 1974, p. 31).

alimentar e outras medidas de vigilância à saúde (controle de medicações, controle de doenças transmissíveis etc).

Já em relação ao Estilo de Vida, perfaz-se o conjunto de decisões tomadas pelos indivíduos que afetam sua saúde, sobre as quais o mesmo tem maior ou menor controle. Uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas, além de promiscuidade, alta ingestão de carboidratos e gorduras, ou mesmo o sedentarismo são exemplos desta frente.

A Organização do Cuidado à Saúde consiste na quantidade, qualidade, arranjo, natureza e relações entre pessoas e recursos, na promoção da assistência à saúde, o que inclui provimento e formação profissional, assim como acesso a serviços e insumos.

Lalonde (1974) reforça a crítica ao enfoque dado a esta última frente, como objeto de maior parte dos esforços da sociedade na tentativa de promover saúde, reconhecendo a necessidade de intervenção sobre os três primeiros elementos como importante saída para a redução das patologias e do adoecimento.

Campos (2007a), ao discutir o modelo de atenção à saúde como um dos problemas originais para a consolidação do SUS, dialoga com Lalonde para constituir o conceito de produção de saúde.

A produção de saúde resulta de fatores sociais, econômicos e também é resultado do funcionamento dos próprios serviços de saúde. No entanto, cada pessoa ou cada agrupamento também interfere de modo ativo na produção de saúde ou de doença (CAMPOS, 2007a, p. 107).

Entender a saúde como algo produzido em decorrência da articulação entre as esferas individual e geral, assim como entre o social, o econômico e a rede de assistência à saúde, co-produzido, é uma das maneiras de se explicar o processo de adoecimento.

Buss e Pellegrini Filho (2007) analisam o processo saúde-doença e identificam que existem fatores que influenciam o adoecimento, com mediação

entre si e de forma hierarquizada. Nomeia os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais de determinantes sociais de saúde (DSS) e tentam estabelecer relação de causa-efeito entre esses fatores e a saúde. Para isto, retomam o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1) como diagrama explicativo das camadas em que os DSS afetam os indivíduos, ainda que este modelo não consiga explicar as mediações e a hierarquia entre os fatores.

**Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: Dahlgren e Whitehead (2006) *apud* Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 84).

Na Figura 1, pode-se notar diferentes camadas, que vão desde uma camada basal, onde estão presentes características individuais, até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes, perpassando pelas camadas intermediárias, que remetem ao estilo de vida dos indivíduos, às redes sociais e comunitárias de apoio, e a fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Esses autores acreditam que as estratégias e políticas públicas devem se basear no entendimento das principais influências sobre a saúde, o que justifica agrupar tais influências em



diversas categorias, as quais requerem diferentes níveis de intervenção (BADZIAK e MOURA, 2010).

É inegável que os aspectos individuais são determinantes no processo de adoecimento dos indivíduos; entretanto, para a corrente da Determinação Social da Saúde, estes são aspectos imutáveis, sendo atribuídos em especial às influências da camada mais externa como principais determinantes do adoecimento. Mello (1983) formula uma definição de medicina para defender que esta está sujeita aos aspectos macroestruturais quanto ao seu grau de influência na saúde.

A medicina pode ser definida como o conjunto de conhecimentos científicos a promover, proteger e recuperar a saúde do homem. Disso não se pode nem se deve concluir que a saúde é uma decorrência da prática da medicina. Não é a quantidade de médicos, enfermeiros, de medicamentos, de leitos hospitalares, que determina o nível de saúde de uma população.

Embora a medicina possa influir, de alguma maneira, nos indicadores técnicos que traduzem o grau de salubridade de determinado contingente demográfico, hoje não padece dúvida: a saúde depende de como as pessoas se alimentam, como moram, em que condições trabalham, como se vestem, como se divertem. Em resumo, o nível de saúde depende do nível de vida. Em outras palavras, a saúde é uma decorrência do nível de renda (MELLO, 1983, p. 13).

Ao analisar a relação entre DSS e o direito a saúde, Badziak e Moura (2010) verificam a necessidade de se entender saúde de forma ampliada, intersetorial, em dependência do grau de desenvolvimento das nações.

É importante salientar que a liberdade e a igualdade, embora necessárias, não são suficientes para a efetivação do direito à saúde, mas dependem também do grau de desenvolvimento do Estado. Segundo Dallari (1988), somente o Estado desenvolvido econômica, social e culturalmente poderá garantir medidas igualitárias de proteção e de recuperação da saúde para todos os indivíduos; assim como, somente nesse Estado, o indivíduo terá a liberdade de procurar o bem-estar físico, mental e social que lhe convier. Outrossim, a saúde não pode ser assegurada em uma sociedade na qual a população não tenha ciência de seus direitos; ou que não possua uma estrutura judiciária que permita o controle popular referente ao direito à saúde (BADZIAK e MOURA, 2010, p. 71-72).

A corrente da Determinação Social da Saúde está em permanente disputa com a Corrente Biológica, que se torna hegemônica no campo da saúde

pública, a depender do contexto histórico. É o que verifica Buss e Pellegrini Filho (2007).

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

Campos (2006) critica o modelo da Determinação Social da Saúde, pois esta corrente hipervaloriza a política como meio para produzir saúde e acaba por desconsiderar o papel das políticas públicas e do ambiente socioeconômico na gênese de saúde ou doença. A defesa do autor alinha-se ao modelo sugerido por Lalonde, com as devidas adequações.

Ainda que, como dito, os serviços de saúde e, por conseguinte, os sistemas de saúde, não sejam os únicos determinantes no processo saúde-doença, têm papel reconhecidamente importante. Daí a escolha do paradigma da multideterminação para o presente estudo, ainda que não despreze as contribuições que as distintas correntes trouxeram para o campo da saúde.

Constata-se que a distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde é inversamente proporcional à problemática de saúde de uma dada população. [...] A África com baixíssima presença desses profissionais mostra alta prevalência e incidência de doenças, situação que se apresenta inversa quando se toma dados relativos aos EUA e Ásia. Esta mesma distribuição, inversamente proporcional, aparece internamente em muitos países e, até mesmo, em microrregiões dentro de uma mesma cidade. O exemplo da cidade de São Paulo é representativo dessa situação: há regiões, por exemplo, com alta concentração e outras onde a relação médico/habitante é similar à de regiões remotas (BRASIL, 2012a, p. 16).

Conill (2006) analisa os sistemas de saúde e afirma que os mesmos, assim como a situação de saúde ou doença, nos informam sobre cada indivíduo, sua genética, história familiar, condições de vida e trabalho, que expressam não apenas

a disponibilidade de recursos de cada país, mas, também, os valores e as opções políticas ante as necessidades da população.

O discurso de modelo em disputa, contrapondo visão mercantil e Estado de Bem-Estar Social, reflete bem a oposição entre “saúde como direito” x “saúde como bem de consumo/mercadoria”, o que é balizador para a conformação de modelos técnico-assistenciais de saúde (CARVALHO, 2007; CONILL, 2006).

A opção por um modelo de assistência à saúde, seja “sistema empresarial permissivo ou de mercado”, “seguros sociais públicos” ou “sistemas ou serviços de saúde nacionais” guarda estreita relação com a concepção de direito à saúde, em cada sociedade ou país (CONILL, 2006).

Como dito, o paradigma da saúde como direito social universal vem sendo construído no mundo principalmente após 1948. Neste mesmo ano, em que foi feita a Declaração Universal de Direitos Humanos, cria-se a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1978, este organismo inaugura, com a Declaração de Alma-Ata, o pacto entre as nações pelo direito universal à saúde.

A Declaração de Alma-Ata figura como documento diretivo para a reorientação dos sistemas nacionais de saúde, com vistas à Atenção Primária à Saúde (APS). Da Conferência, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, situada onde hoje seria o Cazaquistão, é elaborada a Declaração que traz a defesa de saúde como direito de todos e dever de todas as nações, desenvolvidas ou subdesenvolvidas, além de ser neste espaço em que a política “Saúde para todos no ano 2000” foi lançada (WHO, 1978).

A partir da articulação de “modelo de intervenção na saúde mais centrado em serviços básicos, ação coletiva e atenção primária - uma proposta alternativa ao modelo médico/hospitalar/privatista” (SAYD *et al.*, 1998, p. 191), Alma-Ata consolida um projeto no que tange ao modelo técnico-assistencial e, também, ao entendimento do papel social do setor saúde.

A OMS, desde 1977, pauta-se na agenda da universalidade no acesso à Saúde (MATTA, 2005). Entretanto, o prazo para cumprimento da assertiva “Saúde para todos no Ano 2000” expirou e, atualmente, quinze anos após, claramente boa parte do mundo ainda não alcançou o “estado de pleno bem-estar físico, mental e social”.

Assumir a liderança da tarefa de universalizar o acesso à saúde poderia ser considerado ousadia da OMS, porém é necessário fazer o balanço das dificuldades *per si* que a referida política enfrentava, levando em conta a dependência de empenho e recursos de várias entidades e nações, para lograr êxito no intento (MATTA, 2005). Castiel (2011) critica o caráter utópico da Declaração de Alma-Ata, embora demonstre a influência de suas diretrizes nos escritos constitucionais que instituíram o SUS, em 1988.

O Brasil enfrenta o desafio de efetivar um sistema de saúde universal, integral e resolutivo desde que inscreveu, na Constituição Federal, que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, Art. 196).

As garantias constitucionais relacionadas à Saúde significaram grande avanço nas intenções de construção do sistema de saúde no Brasil. Entretanto, ampla reforma se fez necessária para adequar o aparelho de Estado brasileiro aos novos (e inéditos) direitos conquistados, particularmente no tocante à Saúde.

## 2. DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

O Ministério da Saúde, no início dos anos 1990, reconhecia que: “[...] a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação [...]” (BRASIL, 1993, p. 14).

Lalonde (1974) já apontava, em seu relatório, alguns desafios que o sistema de saúde do Canadá enfrentava e que são, em muito, semelhantes aos do MS nos anos 1990. Verificava a dificuldade de provimento profissional em quantidade e perfil necessário, assim como a falta de uma clara regulação, além de uma rede de assistência voltada a aspectos eminentemente curativos, que levavam à restrição financeira e eram pontos estratégicos a serem superados, para o sucesso da política de saúde naquele país.

Por um lado, é um desafio prover serviços médicos igualmente acessíveis a todos; por outro lado, é também um desafio permitir que os médicos trabalhem onde desejarem.

Um segundo conjunto de desafios conflitantes consiste em tentar controlar custos, removendo todos os incentivos aos pacientes, médicos e hospitais a fazê-lo. A existência de uma generosa oferta de leitos hospitalares e de um número crescente de médicos torna mais fácil para os pacientes procurarem cuidados mesmo para condições menores e facilita para os médicos internarem mais pacientes, especialmente quando não existem barreiras financeiras.

Um terceiro conjunto de objetivos conflitantes consiste em garantir acesso equilibrado às várias especialidades médicas, ainda que permitindo que médicos selecionem seus campos de especialização. [...]. Finalmente, há o paradoxo de todos concordarem com a importância da investigação e da prevenção, entretanto, continua-se a aumentar desproporcionalmente a quantidade de dinheiro gasto no tratamento de doenças quando já instaladas (LALONDE, 1974, p. 29-30, tradução nossa).

Apesar de não ser uma realidade isolada, para o Brasil efetivar o SUS precisará formular políticas públicas que respondam a estes dois pontos centrais, ainda que o sistema econômico mundial pressione o país a um recuo das políticas sociais, *vis-à-vis* ao contexto neoliberal.

## 2.1 Subfinanciamento e Contra-Reforma

Os desafios do financiamento do SUS se dão não somente à sua restrição orçamentária. O Brasil gasta, em saúde, aquém aos investimentos feitos por países da América, pouco acima do que os países com mesma faixa de renda e da média mundial, mas bem abaixo da proporção de investimento no setor, quando comparado com os países de alta renda pertencentes, em sua maioria, à *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico* (OCDE), ou “clube dos ricos”. Dentre os países da OCDE estão alguns dos que detêm sistemas de saúde universais, sistemas estes em que o MS vem se referenciando para imprimir suas mudanças rumo ao acesso universal e integral, como o National Health System (NHS) da Inglaterra e o Canada Health Act, (OMS, 2014; BRASIL, 2013a).

Ademais os baixos investimentos no setor, o padrão de gasto em saúde no Brasil é predominantemente privado, com desenvolvimento do setor de seguros e planos de saúde, em especial após a década de 1980, conforme as recomendações do Banco Mundial (Bahia, 1999), ainda que parcela significativa ainda recorra à compra de serviços e materiais diretamente do bolso, o chamado gasto *out-of-pocket* (OOP). Ver tabela 1, síntese do padrão de financiamento em saúde no Brasil e regiões selecionadas.

O Brasil investe pouco do PIB em saúde (8,9%), quando se leva em conta os Gastos Totais em Saúde (GTS), somatório do gasto público e privado. Apesar de estar acima da média mundial (6,5%) e dos países de mesma faixa de renda (5,8%), o Brasil gasta menos que a região das Américas (impulsionada especialmente pelos Estados Unidos e Canadá), assim como quando comparada aos países de alta renda.

Soma-se a isto a predominância do gasto privado em saúde (54,3%), o que denota um sistema de saúde de natureza privatizada, apesar de este subsistema só atender 25,9% da população brasileira, segundo dados do IBGE de 2008. Os gastos *per capita* obedecem ao mesmo padrão comparativo do percentual de gastos do PIB, reforçando que o Brasil gasta pouco em saúde. Importante comparativo se

dá com o Canadá e o Reino Unido, que gastam 10,9% do PIB, sendo 70,4% de investimento público, e 9,4% do PIB com 82,8% de investimento público, respectivamente (OMS, 2014).

**Tabela 1 – Gastos comparados em Saúde, Brasil e Regiões selecionadas. Dados 2011**

Região/ País membro - OMS	% PIB* (em relação aos GTS‡)	% gasto público o dos GTS	% gasto privado o dos GTS	% gasto em saúde em relação aos gastos do governo	% OOP§ em relação aos gastos privados	% Seguros Privados em relação aos gastos privados	Gasto per capita total (US\$ PPP  )	Gasto per capita público (US\$ PPP)
Região das Américas	14,1	49,5	50,5	18,1	30,1	56,5	3.542	1754
Países de Renda Intermedi ária-Alta	5,8	56,2	43,8	11,8	74,2	17,2	586	330
Países de Alta Renda	11,9	61,3	38,6	17	37,6	49	4.319	2.648
Média Mundial	6,5	61,6	38,4	11,3	84,6	5,6	511	298
<b>Brasil</b>	<b>8,9</b>	<b>45,7</b>	<b>54,3</b>	<b>8,7</b>	<b>57,8</b>	<b>40,4</b>	<b>1.035</b>	<b>474</b>

\*PIB (Produto Interno Bruto)

‡ GTS (Gastos Totais em Saúde): somatória de todos os gastos em saúde, públicos ou privados.

§ OOP (*OUT-OF-POCKET*): Gastos diretos do bolso. Expressão utilizada para designar os gastos privados em saúde não-provenientes de contratos com seguradoras ou planos de saúde.

|| US\$ PPP (Purchasing Power Parity in US Dollars) Valor da moeda corrente do país, corrigido de acordo com o poder de compra, pareado com o dólar. Cálculo realizado pelo FMI, o que torna possível comparar diferentes economias em relação a um mesmo gasto, em determinado bem ou serviço.

Fonte: WHO, 2014.

Outro ponto central para o desafio do financiamento do SUS se constitui pela sobrecarga ao público imposta pelo setor privado.

O sistema público, com recursos insuficientes, tem que atender a população mais carente e ainda assumir as lacunas dos planos privados de saúde que, numa visão mercantil, não cobrem integralmente os riscos à saúde, selecionando os tratamentos mais

lucrativos e deixando para o Estado os casos mais onerosos e prolongados: emergências, patologias cancerosas que precisam de terapias complementares de irradiação, cirurgias cardíacas [...] (SOUZA, 1997, p. 11).

O SUS, além de subfinanciado, encontra-se em disputa pela legitimidade da assistência à saúde, pressionado para direcionar suas ações, de maneira focal, aos segmentos mais pobres da sociedade.

Assim, o diagnóstico de uma incapacidade crônica do SUS, para expandir suas bases de financiamento, melhorar a qualidade e ampliar o acesso aos serviços de saúde, estava associado às formulações de alternativas de convocação do setor privado para o desempenho de funções que liberassem o Estado das funções assistenciais e até das fiscais. Os novos horizontes para o setor privado se estendiam desde a mera terceirização dos serviços até a formação/adaptação de consórcios intermunicipais, entidades privadas sem fins lucrativos, que administrariam dois tipos de planos privados: um para os que “não podem pagar” e que atualmente representam os clientes do SUS e outro para os que estão cobertos por planos mantidos direta ou indiretamente pelas empresas empregadoras. Estes planos seriam financiados com recursos governamentais e por recursos diretamente repassados pelas empresas, que teriam o direito de abatê-los das contribuições que realizam para a seguridade social (BAHIA, 1999, p. 19).

Antes mesmo de o SUS se afirmar como a política de saúde para o Brasil, ocorre uma disputa política pelo controle das instituições de poder do Estado, em especial as de Saúde Pública. As forças sociais que defendem o predomínio do mercado como uma “mão invisível” capaz de organizar a prestação de serviços de saúde entram nesta disputa (CAMPOS, 1987). Se, por um lado, os teóricos e militantes da saúde pública brasileira confluíram para uma agenda reformista, a Reforma Sanitária Brasileira, e que impulsionaram o movimento constituinte, no período de redemocratização, para a incorporação da saúde como direito social universal, de outro lado setores sintonizados com os interesses do capital internacional ganham espaço dentro da estrutura de Estado e lançam mão de uma nova reforma do aparelho estatal de direcionamento neoliberal, o que se convencionou chamar de “Contra-Reforma”.

[...] O avanço das políticas e da ideologia neoliberal, frontalmente opostas à proposta do Sistema Único de Saúde, traduziu-se na prática em um paradoxo que até hoje, mais de 20 anos depois, ainda



emperra a ampliação e consolidação do SUS: se, por um lado, temos a garantia constitucional da saúde como direito inalienável de cidadania, por outro, tivemos uma progressiva ‘contra-reforma’ do Estado Brasileiro, tornando-o cada vez mais incapaz de cumprir sua função constitucional na Saúde (CEBES, 2012, p. 4).

Ao passo em que houve uma opção, no Brasil, expressa no texto da Constituição de 1988, de se constituir um sistema de saúde universal e integral, nos marcos do ‘Estado de Bem-Estar Social’, houve também uma reformulação do Estado brasileiro, de caráter neoliberal, que distanciou este Estado da possibilidade de executar a política pública garantida na Constituição (MORAES, 2014, p. 42).

Rizzotto (2012) analisa a incorporação das políticas promulgadas no receituário do Consenso de Washington<sup>3</sup> pelo Estado brasileiro, e sua mediação pelos organismos multilaterais, como o Banco Mundial. A partir de empréstimos financeiros vinculados a políticas macroeconômicas, o Brasil implementou reformas para “enxugar” a máquina pública, diminuindo as ações de responsabilidade estatal e assumindo medidas de austeridade, como a privatização de empresas públicas, com início no governo de Fernando Collor de Mello e, posteriormente, com Bresser Pereira à frente do Ministério da Administração e Reforma do Estado, já no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Behring (2008) avalia a desestruturação do Estado e as perdas de direito no contexto neoliberal. Quanto às políticas sociais, afirma que entram neste cenário caracterizadas por meio de um discurso nitidamente ideológico, no qual elas são paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho e devem ser acessadas via mercado. Deixam, assim, de ser um direito social.

[...] as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, o que, aos poucos – já que há resistências e sujeitos em conflito nesse processo eminentemente

---

<sup>3</sup>Expressão que emergiu a partir de encontro realizado em novembro de 1989, na capital americana, onde se reuniram funcionários do governo americano, especializados em assuntos latino-americanos; representantes dos organismos internacionais aí sediados, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns eméritos economistas, com o objetivo de proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas na América Latina. Neste encontro, foram estabelecidas linhas de política macroeconômica, as quais inspiraram as reformas implementadas em países periféricos como o Brasil, nas últimas décadas do século XX.

político – vai configurando um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital (NETTO, 1993, *apud* BEHRING, 2008, p. 64).

A “Contra-Reforma” do Estado brasileiro, de que falam Moraes, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e outros autores<sup>4</sup>, trouxe impactos importantes para estes dois gargalos – financiamento e recursos humanos. A propósito da política de Recursos Humanos, de especial interesse para esta pesquisa, o Cebes (2012) cita alguns destes impactos, como a limitação à contratação de trabalhadores imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal e os modelos privatizantes de gestão do trabalho, como as Organizações Sociais.

## 2.2 Recursos Humanos em Saúde

Maciel Filho (2007) assume os Recursos Humanos para a Saúde como temática central para a consolidação do SUS. Ainda que caiba ao SUS, a partir do Ministério da Saúde, a tarefa de ordenamento dos recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988), não é o que se verifica na prática institucional (CAMPOS *et al.*, 2001). O SUS, até 2013, não havia implementado políticas que conseguissem redirecionar a formação em saúde no Brasil, tanto em número quanto em perfil, para atender às necessidades sociais do país.

Neste componente (*recursos humanos*) reside o grande problema atual da saúde e de outro lado o único caminho para se chegar à solução. O quadro enfrentado é de profissionais insatisfeitos devido à má remuneração e falta de condições de trabalho. Muitos deles despreparados, com especialização precoce e inadequados ao desempenho de suas funções, principalmente nos serviços básicos de saúde. Ainda resta uma questão principal: o conhecimento de nossa realidade, das propostas do setor saúde, do seu inserir-se na sociedade, de seu comprometimento com as pessoas e com a sociedade.

O modelo liberal sonhado na infância, no vestibular e na faculdade nada tem a ver com a realidade do dia-a-dia de nosso país. Além da decepção, alguns se enchem de revolta que é descarregada no próprio exercício profissional. O novo modelo assistencial pretendido pelo SUS tem em seu bojo a proposta de envolvimento dos profissionais de saúde, valorizando seu trabalho através de um Plano de Cargos, Carreira e Salário justo, com *aprimoramento continuado*

---

<sup>4</sup> Conf. Mendes (2012), Rizzotto (2012), Behring (2008).

*não só no campo do conhecimento médico, mas na parte filosófica de um sistema de saúde e nas relações humanas que levem ao comprometimento de todos com a sociedade” (CARVALHO, 1993, p. 22-23, (grifos nossos).*

Mesmo antes do SUS, a problemática do provimento e formação de profissionais de saúde já era enfrentada. Pierantoni (2000) considera que o campo dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) ocupa temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há, pelo menos, quatro décadas. Este campo se depara com o desafio de formar profissionais em número e perfil adequado às necessidades sociais de saúde, além de formular políticas que respondam à dificuldade de prover e fixar estes profissionais em todo o território nacional.

Cruz (2004), em seu estudo sobre a formação médica no Brasil, aponta as diversas mudanças a que o modelo de educação seguido pelas escolas médicas brasileiras foi submetido. Com as primeiras escolas médicas do país atreladas ao aparelho estatal imperial, seguindo o modelo médico-liberal francês, as principais mudanças surgem na década de 1940, por influência norte-americana.

O modelo de formação dos Estados Unidos da América (EUA) foi uniformizado a partir do Relatório Flexner. Abraham Flexner foi contratado pela Fundação Carnegie para realizar um estudo sobre a educação médica nos EUA e Canadá, visitando 155 escolas desses países e publicando, em 1910, o famigerado Relatório Flexner. Seu estudo traz diretrizes para a conformação dos currículos de medicina, dividindo-os em dois ciclos, um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Nesse modelo, a educação torna-se científica e o currículo é a especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser precisamente mensurados. São baseados num exame daquelas habilidades necessárias para exercer com eficiência as ocupações profissionais da vida adulta. Isto significava que não havia como discutir as finalidades últimas da educação: elas estavam dadas pela própria vida ocupacional adulta (CRUZ, 2004, p. 292).

O paradigma *flexneriano* é incorporado pelas escolas médicas brasileiras a partir de sua publicação, mas com maior vigor após a Segunda Guerra Mundial, seguindo a tendência de aumento progressivo da influência dos EUA no ocidente e na América Latina. As agências internacionais tiveram papel central nesta interlocução, como a criação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) na década de 1960, impulsionada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), por exemplo (CRUZ, 2004).

A formação em saúde, em especial a educação médica, temática correlata deste presente estudo, configura-se como parte do campo dos RHS. Sayd *et al.* (1998) indicam a recorrência da temática dos RHS nas Conferências Nacionais de Saúde, desde 1963. A seguir será feito um sobrevoo pelas Conferências Nacionais de Saúde, apresentando-se o contexto histórico-político em que se situam, assim como destacando as políticas de educação em saúde e de provimento mais proeminentes no período.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), datada de 1963, já se denota o diagnóstico da concentração de “elementos técnicos de alta qualificação” e das dificuldades de prover acesso aos profissionais de saúde em todos os municípios do país:

Sabe-se que é bem elevado o número de municípios brasileiros sem o concurso de médicos residentes no local e que não dispõem de qualquer serviço de saúde pública; como é obvio, tal situação incide preferencialmente sobre os municípios de menores recursos, os pequenos núcleos interioranos que não oferecem qualquer atrativo à fixação do elemento técnico altamente qualificado (BRASIL, 1963, p. 104).

O relatório da 3ª CNS aponta para a introdução de um profissional para-técnico, captado na própria comunidade e treinado no que tange a fatores de higiene e saúde pública, medidas paliativas e de primeiros socorros, sob supervisão de médico ou outro profissional técnico. Pode-se especular se aí estaria o embrião do atual Agente Comunitário de Saúde - ACS.

Desta mesma conferência verifica-se, como apontamento, a necessidade paulatina de desenvolvimento do país, como estratégia para diminuir as iniquidades da população, melhorar as condições de vida e, por conseguinte, de saúde, além de melhorar o fator atrativo para provimento de fixação de médicos/enfermeiros fora dos grandes centros urbanos (BRASIL, 1963).

A 3ª CNS acontece durante o governo de João Goulart, às vésperas do Regime de Exceção<sup>5</sup>, com o mundo polarizado na vigência da Guerra Fria e, também, antes da Conferência de Alma-Ata.

Da quarta à sétima CNS, todas ocorrem dentro do período de Ditadura Militar no Brasil. No cenário interno, ocorre o apogeu e declínio do regime, com o milagre econômico e seu fim. Para o setor saúde, internacionalmente, ocorre um movimento de mudança paradigmática do conceito de saúde, distanciando-se do classicamente estabelecido pela OMS para se aproximar do que sugeria Lalonde, com o modelo da multicausalidade (LALONDE, 1974).

A 4ª CNS traz como objetivo

[...] oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o País carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde (CNS, 1967 - Convocação e finalidade *apud* SAYD et al., 1998, p. 174).

Nesta Conferência, já se chega ao diagnóstico da inadequação da formação profissional em relação às necessidades sociais, o que levou à decisão de se ampliar os estudos na área, a fim de se estabelecerem políticas capazes de suprir tal demanda.

O termo “recursos humanos” aparece em substituição, no período, ao termo “pessoal”. Esta constatação, feita por Sayd et al. (1998), ajuda a refletir por um duplo caminho.

---

5 Convenciona-se chamar de Regime de Exceção a forma de governo ditatorial ou de emergência, que resulta de uma revolução, ou golpe de Estado. No Brasil, tais regimes ocorreram na época da Ditadura Vargas (1937-1945) e na Ditadura Militar (1964-1979). O regime militar durou até 1985, mas a "exceção" acabou com a Lei de Anistia, de 1979).

Por um lado, assume-se a superação do discurso médico-centrado na direção da construção da categoria Trabalhador em Saúde, elevando todos ao mesmo *status*, sendo então referidos como Recursos Humanos em Saúde (RHS) ou Força de Trabalho em Saúde (FTS).

Na contramão, ao se estabelecer o trabalhador em saúde como recurso, pode-se incorrer no risco de equipará-lo ao operário da fábrica. Com isto, o doente, objeto de seu trabalho, pode equivaler a um automóvel na linha de montagem, o corpo como uma máquina e a doença como um defeito individual, cuja assistência deve ser especializada e focada na parte, com pouca relação com o todo. Cecílio e Merhy (2003) também criticam a visão de trabalho em saúde como linha de montagem e apontam um caminho alternativo para sua organização.

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal [...]; a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 199).

Apesar da crítica que o conceito RHS possa assumir, faz-se a opção, neste estudo, por seguir com este referencial teórico, levando em conta que

não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante a negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las (NOGUEIRA, 1983 *apud* PIERANTONI, 2000, p. 19-20).

Também em 1967 é criado o Projeto Rondon, uma primeira iniciativa brasileira no sentido de aproximar a formação profissional da necessidade de saúde dos brasileiros, em um processo que visava interiorização e que ganhou maior notoriedade na década de 1970. Tal Projeto era criticado por diversos setores da sociedade, por ser considerado uma política de baixa resolutividade e de apaziguamento da juventude (MACIEL FILHO, 2007).

Filho do regime militar, o Projeto Rondon trazia marcas de sua origem. Foi desenvolvido sem o apoio das universidades, centralizado em Brasília, dispondo de verbas próprias e dirigido por militares. Era fruto de uma estratégia para afastar os estudantes das manifestações de oposição e, por isso mesmo, não valorizou a participação das suas instituições (os candidatos eram selecionados individualmente) e, menos ainda, das organizações estudantis, na época atores importantes na oposição à ditadura militar. Portanto, repensar esta experiência significava libertá-la do controle do governo e garantir autonomia aos participantes (CARDOSO, 2005 *apud* OLIVEIRA FILHO e VIEIRA, 2009).

O Rondon funcionou até 1989, sendo retomado em 2005 já em novo formato.

Ainda quanto aos anos 1970, vale citar duas importantes políticas de origem norte-americana que têm entrada na América Latina e, por conseguinte, no Brasil, difundidas pela OPAS, Federação Pan-americana de Faculdade e Escolas Médicas (FEPAFEM) e a Fundação Kellog: os programas de Medicina Comunitária, alinhados ao modelo da Medicina Preventiva, perfazendo a crítica à dicotomia promoção-prevenção, além de prover assistência à população desassistida, face à crise econômica vivida à época; a proposta de Integração Docente Assistencial (IDA), que articulava a formação do pessoal da saúde, pensando na capacidade de atender às necessidades de saúde e propondo a organização de uma rede hierarquizada de serviços (CRUZ, 2004).

Dado o acirramento dentro do regime militar, a 5ª CNS (1975) só foi convocada em tempo de reabertura política, com o ditador General Geisel, oito anos após a 4ª CNS. Tratava-se de um período de concessões sociais em resposta às pressões populares, diante da crise do petróleo e do arrefecimento do “milagre econômico”.

Assumia como temáticas: I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (BRASIL, 1975a).

Quanto à temática de RHS, a 5ª CNS revela que

[...] há distorções no que se refere à distribuição geográfica das instituições de ensino, tradicionalmente concentradas na faixa litorânea e no centro-sul do País; há distorções na composição da pirâmide educacional, com acentuada carência principalmente de auxiliares, técnicos e tecnólogos[...], o sistema permanece ainda inteiramente voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que historicamente as tem caracterizado (BRASIL, 1975b, p. 287-288).

Outro ponto de destaque na 5ª CNS foi o fomento ao recém-criado Sistema Nacional de Saúde. Buscava-se racionalizar os gastos públicos no setor e diminuir a corrupção instalada no sistema previdenciário-assistencial.

Da discussão da implementação do Sistema Nacional de Saúde e da extensão das ações de saúde às populações rurais surge, como proposta, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), uma das políticas de provimento destacadas pelo Regime Militar, inicialmente voltada para o Nordeste.

Pierantoni (2000) retoma o processo de articulação em torno do PIASS e cita a importância da aproximação do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) na constituição do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), o qual fundamenta estratégias para a formação de recursos humanos para o PIASS.

"A ideia de formular a política de recursos humanos nasce de fora da burocracia, isto é um dado importante. E tem a ver com toda a conjuntura de planejamento e formulação de política do regime militar, que se baseava muito em grupos *ad hoc*, em grupos fora da estrutura burocrática [...]. O regime militar se baseou muito em grupos especiais e em mecanismos para captar técnicos formuladores, planejadores em âmbito nacional e internacional para esses grupos. O Ministério da Saúde seguiu essa tendência, ao criar o convênio do MS e OPAS, em que depois entraram o MEC e o MPAS. Essas quatro entidades se congregaram na formulação do PPREPS, que depois se transformou num programa de infraestrutura de serviço de saúde, incluindo planejamento de recursos humanos. As ações não se limitavam somente à formulação mas à atividade de cooperação técnica, que era realizada por esse grupo junto às Secretarias Estaduais de Saúde e junto às universidades. A ênfase do PPREPS estava nos projetos de integração docente-assistencial promovidos



nas universidades e, principalmente, na preparação em massa de auxiliares de saúde para a rede PIASS. Embora a universidade não tivesse a ver com o plano de extensão de cobertura ou com a própria extensão de cobertura, participaria através da formação, via programas de integração docente-assistencial" (NOGUEIRA, entrevista, 1999 *apud* PIERANTONI, 2000, p. 45-46)

Dois anos após a 5ª CNS, é convocada nova Conferência, agora no contexto de ampla abertura política e crise no setor previdenciário, revelando seu esgotamento enquanto modelo assistencial.

A 6ª Conferência (1977) trazia como temáticas: I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1977).

À época, era feita a leitura de um retrocesso paradigmático da 6ª CNS em relação à anterior, já que voltava a discorrer, de forma fragmentada, sobre assistência e prevenção (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998). Tratava-se de reflexo de uma realidade em que o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) detinha orçamento e estrutura muito superior ao do MS, além do fato de que o Sistema Nacional de Saúde ainda tinha dificuldades de se legitimar enquanto assistência integral.

A 7ª Conferência (1980) é convocada com a pauta única "Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos". O Ministério da Saúde propôs, nesta Conferência, a criação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), de caráter interministerial, inspirado no Relatório de Alma-Ata, que deveria orientar todos os demais programas e atividades do Ministério (BRASIL, 1980).

O PREV-SAÚDE promoveria a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde a todos os brasileiros. O PIASS se constituiria como uma "fase inicial" do PREVSAÚDE, devendo a ele se integrar "como componente rural e de pequenos centros" (BRASIL, 1980; MACIEL FILHO, 2007; SAYD; VIEIRA JUNIOR;

VELANDIA, 1998). O PREV-SAÚDE nunca chegou a sair do papel e o PIASS acaba por encerrar suas atividades neste mesmo contexto.

A 8ª CNS (1986) é um marco na Saúde Pública do Brasil, por trazer ao centro do debate a saúde enquanto instância democrática e apontar para a construção de um Sistema de Saúde Universal e Integral. Traz como pauta: I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial.

No que tange ao campo dos RHS, a 8ª CNS critica a “inadequação da formação tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho” (BRASIL, 1986, p. 6-7).

A 8ª CNS constrói as bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que garantiria a superação da dicotomia assistência médica individual e Saúde Pública (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998). Diante da necessidade de recursos humanos para a efetivação do SUDS, a I Conferência de Recursos Humanos para a Saúde (CRHS) é convocada em 1986.

A I CRHS amplia a discussão sobre desigualdades regionais e carências quali-quantitativas de profissionais em saúde para a questão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e critica o modelo de formação descolado das necessidades sociais, defendendo a Integração Docente-Assistencial, além de aspectos da gestão de serviços, residência médica e pós-graduação, em aproximação com a realidade do sistema de saúde em reconstrução (BRASIL, 1986b).

A eleição de Fernando Collor, em 1990, dá início ao já citado avanço neoliberal no Brasil, que ganha maior vigor a partir de 1994. A saúde teve seus gargalos no financiamento e na gestão de recursos humanos, enquanto

no cenário político do Brasil, e também da América Latina, desenhava-se uma política neoliberal para o ensino superior, com diretrizes operacionais embasadas na “cartilha” norte-americana que preconizava: a constituição de centros de excelência para a formação de médicos, preferencialmente privados; a implantação de um

sistema de acreditação institucional para as escolas médicas e a instituição de exames de certificação profissional para os médicos formados para o controle de qualidade responsável pela seleção dos profissionais médicos aptos a exercerem a medicina, análogo ao “Exame da Ordem” realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para os advogados. [...] Em reação a essa política governamental que vinha sendo implantada no ensino superior no Brasil, em 1990, sob a égide de um novo sentido para o ordenamento da formação de recursos humanos que atendessem aos interesses do SUS, de um lado, (o novo mercado de trabalho) e o interesse em dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico amplamente propalada na sociedade no âmbito da corporação médica, de outro, organiza-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). (CRUZ, 2004, p. 44-45).

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em seus cerca de dez anos de funcionamento (1991-2002), trouxe acúmulo de conhecimento sobre a educação médica no Brasil e perspectivas de transformação/ reformulação do ensino médico. Deste acúmulo são instituídas, em 2001, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, incorporando novos percursos pedagógicos e trazendo uma imagem-objetivo do perfil profissional esperado: crítico, reflexivo e voltado às necessidades do SUS (CRUZ, 2004; BRASIL, 2001).

Neste período, ocorrem críticas ao modelo da Rede IDA. González e Almeida (2010) sistematizam as críticas em dois pontos: o primeiro, no sentido de que a estratégia deve ser repensada buscando envolver equipes multiprofissionais durante todo o curso de graduação; o segundo refere-se à pouca participação da comunidade, que se dá de forma alienada e sem corresponsabilização. Destas críticas surge a Proposta UNI, “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, programa financiado pela Fundação Kellog.

Tal proposta pode ser entendida como uma nova síntese que subsumia as experiências anteriores sobre reformulações do ensino médico, Integração Docente Assistencial, Medicina Comunitária, em torno uma nova proposta articulada a partir da ênfase na equipe multiprofissional, na dimensão pedagógica, no enfoque familiar, no estreitamento da relação com a comunidade e desenvolvimento sincrônico de líderes para atuar na escola, nos serviços e na comunidade (CRUZ, 2004, p. 245).

A 9ª CNS (1992) já se inscreve no contexto da redemocratização, pós-constituinte e em plena crise do Governo Collor. Traz como tema “Municipalização é o caminho” e estabelece como campo da ação a defesa dos escritos constitucionais e do SUS, a partir da regulamentação da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1993). No campo dos RHS, trouxe uma agenda de estímulo à interiorização do profissional de saúde, além de valorização deste profissional, a partir de políticas de formação, contrato não-precário e avaliação, já assinalando a necessidade de uma II CRHS, só realizada em 1993, em que se aprovou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB – RH).

Em 1993, já após o afastamento do presidente Collor e sob a gestão de Itamar Franco, o MS lança o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS). Constituído de quatro subprogramas (Unidades de Pronto Atendimento; Interiorização do Médico; Interiorização do Enfermeiro; e Agente Comunitário de Saúde), trata-se de um novo programa de provimento profissional, o primeiro da nova era democrática (MACIEL FILHO, 2007).

O PISUS se propunha a levar uma equipe mínima de saúde aos estados do Norte do Brasil, inicialmente, adotando como estratégia de fomento o pagamento diferenciado da tabela SUS por procedimento e vinculação direta ao município com mediação do MS.

Não estamos defendendo apenas a interiorização do profissional médico, mas sim de uma equipe mínima de saúde, com suporte através de uma pequena unidade de saúde com instalações mínimas e equipamentos essenciais. Não será a simples presença de um médico que fará a interiorização da saúde. Entretanto a história de nosso país mostra que foi a presença do médico por primeiro, quem garantiu, na maioria dos municípios brasileiros a interiorização de outros profissionais de saúde. A partir do médico foram surgindo outras necessidades e respostas: a unidade de saúde, os profissionais de apoio, os demais profissionais, até se constituir uma equipe completa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993 *apud* MACIEL FILHO, 2007, p. 104).

O PISUS encerra suas atividades por volta de 1994, por ocasião do Governo Fernando Henrique Cardoso. A agenda do Programa de Saúde da Família (PSF),

sob as insígnias do Banco Mundial, assume a prioridade política no MS(AGUIAR, 1998).

Em 1996, é convocada a 10ª Conferência Nacional de Saúde. Em seu relatório final, está presente uma Carta produzida pelos participantes, os quais criticam o “Estado Mínimo” para as políticas sociais e “Estado Máximo” para o grande Mercado Financeiro Nacional e Internacional (BRASIL, 1998). Traz como pauta: I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.

Quanto aos recursos humanos, a 10ª CNS retoma a discussão do PCCS, fomenta a qualificação profissional e pressiona o governo a dar respostas no setor com uma política clara de recursos humanos, além de viabilizar o serviço civil obrigatório.

Em 1997, articula-se um novo movimento em torno da educação em saúde, com foco voltado para a elaboração de propostas inovadoras para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Como os integrantes de novo movimento provinham dos movimentos IDA e UNI, este novo movimento passou a ser conhecido como Rede UNIDA (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010).

A Rede UNIDA, trabalhando em rede, visa a potencializar as capacidades de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas, de forma coletiva, a partir do saber e do poder compartilhados. Com isso, ações e esforços isolados são transformados e potencializados em movimentos articulados. A Rede UNIDA consiste em um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudanças na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010, p. 560).

A 11ª CNS (2000) faz o diagnóstico de “estado de mal-estar social”, diante da política neoliberal vigente. É a última Conferência sob gestão federal liderada pelo PSDB. Seu lema é “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Quanto aos RHS, volta a defender o pleno

cumprimento da NOB-RH que, dentre outras questões, já estabelecia o PCCS e o Serviço Civil Obrigatório para todas as profissões (BRASIL, 2001b).

Em 2001, surge a proposta do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Estudada por Rômulo Maciel (2007), o PITS tinha o intuito de promover maior e melhor distribuição de médicos e enfermeiros no país, aperfeiçoar a formação desses profissionais e impulsionar a atenção básica via Programa de Saúde da Família (PSF).

Tratava-se de uma experiência de interiorização supervisionada, com tutoria/supervisão à distância, curso de especialização na área da atenção básica, regime de pagamento por bolsas e garantias de apoio e estrutura no local de trabalho. Diferentemente do PIASS, voltado ao Nordeste, e do PISUS, voltado à região Norte, o PITS era aberto para todo o país. O PITS durou três anos, sendo encerrado oficialmente em julho de 2004, devido a seu esvaziamento político decorrente, direta e indiretamente, da corrida presidencial em que o então Ministro da Saúde, José Serra, perde para o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), Luiz Inácio (Lula) da Silva (MACIEL FILHO, 2007).

Ainda em 2002, é lançado o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). Os Ministérios da Saúde e da Educação incentivavam escolas médicas a fazer mudanças curriculares nos cursos de medicina de todo o país, tendo em vistas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), recém-aprovadas.

O Promed constitui um dos diversos dispositivos de indução de mudanças curriculares, na medida em que, nos diversos cursos médicos, tais mudanças se iniciaram no começo dos anos 1990 e sua discussão foi estimulada por diferentes iniciativas e projetos. Por outro lado, as mudanças parecem ocorrer numa velocidade muito menor do que a expectativa dos serviços de saúde e as necessidades de saúde da população [...] (OLIVEIRA *et al.*, 2008, p. 342-344).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) é a primeira em um Governo Federal do PT. Chamou-se de Conferência Sérgio Arouca, em homenagem ao professor e militante da Saúde Coletiva. Pensada para ser realizada em 2004, foi

antecipada para ser feito o balanço de 15 anos de SUS. Como lema, tinha “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. A pauta dos recursos humanos foi chamada de Trabalho na Saúde, incorporando o conceito de gestão do trabalho e da educação na saúde. Continuava apontando a defesa da efetivação das diretrizes da NOB-RH, e trazia a necessidade de revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal, entendida como artifício que impedia a contratação de pessoal e levava à privatização da assistência, além da necessidade de se definir uma política permanente de interiorização, em substituição ao PITS (BRASIL, 2004).

No primeiro Governo Lula, o MS passa a incorporar em sua agenda estratégica o enfrentamento à questão dos Recursos Humanos em Saúde. Um dos elementos em que se ampara tal análise é a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, afinada com a pauta da 13ª CNS - que retomava a discussão da saúde como direito - e com a NOB-RH - a qual apontava para a reformulação necessária da formação em saúde em adequação às necessidades do SUS.

A criação da SGTES traz a pauta dos RHS para o primeiro escalão do MS. Tal Secretaria assumia, então, o desafio de

definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) (PIERANTONI *et. al.*, 2013, p. 4).

Reconhecer que a formação era deficitária, à medida em que não condizia com as necessidades sociais defrontadas no trabalho no SUS, principalmente na rede de atenção básica, foi um dos avanços para a formulação de políticas de saúde com o surgimento da SGTES. Maria Luiza Jaeger, primeira secretária a assumir a SGTES, assinala em entrevista que:

As pessoas chegavam para trabalhar [nos serviços de saúde] com enormes deficiências na formação em relação às necessidades de

saúde da população e do SUS e a solução geralmente era uma série de cursinhos. Logo, era imprescindível que o Ministério da Saúde assumisse a gestão da educação e ordenasse, junto com o Ministério da Educação, a formação de trabalhadores de saúde no país. Esse ordenar significava transformar a formação técnica e superior e dos trabalhadores de saúde da rede e também entender que o acesso ao ensino fundamental, médio, profissional e superior é um direito dos trabalhadores, principalmente na saúde, e uma necessidade do SUS para qualificar a atenção (JAEGGER *apud* MATHIAS, 2011, p. 11).

Formam-se profissionais de saúde com perfil distinto do que o sistema de saúde precisa. Sendo as instituições de ensino consideradas aparelho formador, seria delas a responsabilidade desse desacordo? É o que discute Mello (1981, p. 182-183):

O que se deve indagar, afinal, é a quem cabe a responsabilidade dessa situação que os estudiosos dos problemas de saúde e do ensino médicos consideram em desacordo com os interesses da saúde da população. Ao Ensino Médico ou ao modelo médico-assistencial? Ao sistema formador ou ao aparelho utilizador de recursos humanos?

[...] é a própria estrutura do sistema de assistência médica que exerce uma ação preponderante sobre o processo de formação de recursos humanos, principalmente através da estrutura de mercado de trabalho e das condições do exercício da prática médica.

Constitui, pois, profunda injustiça à Universidade atribuir ao Ensino Médico a responsabilidade, integral, pela formação do especialista em detrimento da formação de generalistas, o que comprometeria o funcionamento do sistema de prestação de assistência médica.

Uma das ações da SGTES destacadas neste trabalho foi aproximar a categoria trabalhador-estudante do campo da saúde, a partir do programa de bolsas de educação pelo trabalho, instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, regulamentada pela Portaria nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005, posteriormente modificada pela Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012. Esta foi uma das medidas que viabilizou os programas aqui estudados.

O Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho é uma estratégia para provimento e fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), destinado aos estudantes de graduação dos cursos da área da saúde, profissionais de nível superior e trabalhadores da área da saúde e tem como objetivo promover a



vivência, estágios, aperfeiçoamentos, formação e especialização de nível superior e médio em áreas prioritárias (BRASIL, 2012b).

Estava previsto, no Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, o pagamento de bolsa não só ao trabalhador-estudante (graduação ou pós-graduação), mas também a atividades de supervisão docente-assistencial (categorizado como preceptoria, tutoria ou orientação de serviço, numa graduação em relação à inserção na academia ou no serviço).

A SGTES, ainda em 2003, lança a política de Educação Permanente, construindo aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino (BRASIL, 2004a). Em 2004, a Secretaria promove o AprenderSUS, que adota a integralidade como eixo da mudança na formação de graduação, e que culmina com o programa EnsinaSus, que institui um conjunto de diretrizes para a mudança na graduação em saúde (Brasil, 2004b; 2013j). Também em 2004, a partir das diversas experiências dos estágios de vivências, Internato Rural e extensão comunitária, o MS articula o Ver-SUS, estágio de vivências no SUS, com o intuito de aproximar o estudante da realidade de experiências exitosas do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2013j).

Com este panorama jurídico-institucional, surgem programas de ordenamento da prática profissional, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) e abre-se campo para o PROVAB. Outro elemento que viabilizou politicamente o PROVAB foi o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), que institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS. O PRÓ-SAÚDE se constituiu numa ampliação do PROMED, antes restrito ao curso de medicina, agora abarcando os diversos cursos da área da saúde.

Pode-se observar, no Quadro 1, a síntese de algumas das Políticas de Reordenamento de RHS, ocorridas no período de 2001 a 2005. A Figura 2 ajuda a

delimitar o período de funcionamento de cada política. O Quadro 2 retoma as principais políticas de provimento, desde o Regime Militar até 2014.

A 13ª CNS (2007), com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento” e a 14ª CNS (2011), com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” continuou afirmando os reconhecidos avanços do SUS, porém insistia na ampliação do financiamento e melhoria da capacidade de gestão, enquanto que, no que tange aos RHS, reafirmava a necessidade de formar mais e melhor o profissional de saúde, adequado à realidade do SUS, valorizado através do PCCS, e apontando o Serviço Civil Obrigatório como uma possível alternativa para as desigualdades de distribuição de força de trabalho em saúde (BRASIL, 2008; 2012c).

**Quadro 1- Principais objetivos e características dos projetos / programas de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil — 2001-2005**

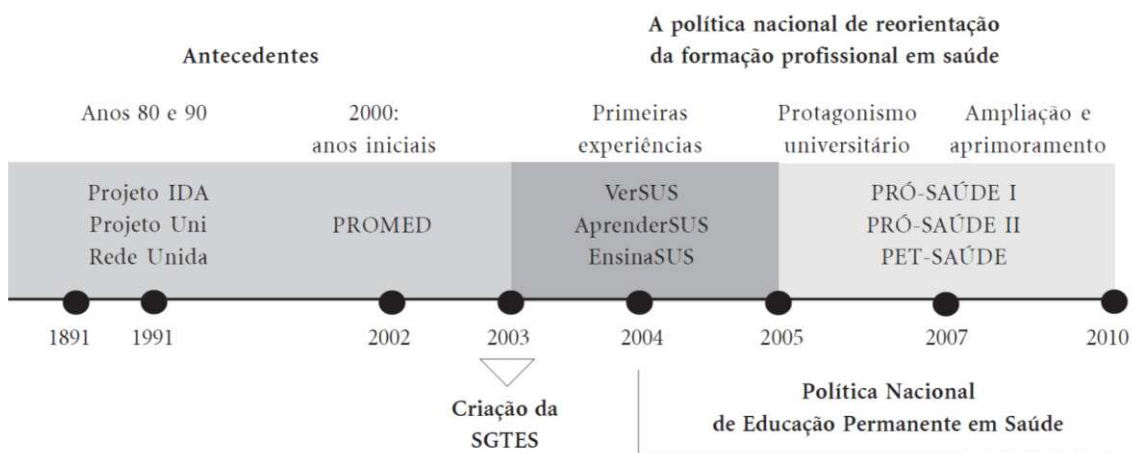
Projeto/ Programa	Público	Objetivos — Características
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde	Os 14 cursos da área da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Articulação entre educação superior e sistemas de saúde, objetivando formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando competências comuns gerais para este perfil de formação.</li> <li>– Conceitos de saúde, princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais dessa articulação.</li> <li>– Indicar tópicos ou campos de estudos de ensino-aprendizagem, com ampla liberdade para a integralização curricular.</li> <li>– Levar os alunos dos cursos da saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer.</li> <li>– Construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos.</li> <li>– Capacitar alunos/profissionais para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS.</li> </ul>
Promed — Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina	Escolas e Cursos de graduação em Medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em Medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.</li> <li>– Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasse contemplando os principais problemas de saúde da população.</li> <li>–Capacitar melhor os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isto, que os cursos de medicina possibilitassem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF).</li> </ul>
VER-SUS	Alunos de graduação de vários cursos da área de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aproximação da política de saúde com a formação acadêmica, em que estudantes de graduação vão conhecer de perto, em cidades de todas as regiões do País, o funcionamento do Sistema Único de Saúde, de maneira integral — gestão do setor, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social.</li> <li>– Familiarização com o SUS, seus problemas, peculiaridades e avanços.</li> <li>– Participação ativa na direção das diferentes entidades estudantis da área da saúde na construção da vivência, desde seu desenho e negociação com os municípios até o processo de inscrição dos estudantes.</li> </ul>
PITS — Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde	Profissionais de medicina e enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incentivo técnico, pedagógico e financeiro para fixação de médicos e enfermeiros no Programa Saúde da Família em pequenos municípios brasileiros, onde não existe médico.</li> <li>– Interiorização de profissionais de saúde.</li> <li>– Articulação de instituições de ensino e serviços de saúde, para acompanhamento e capacitação desses profissionais.</li> </ul>

### Quadro 1- Continuação

Polos de Educação Permanente — SUS		<p>– Articulação interinstitucional, em um território, entre gestores federais, estaduais e municipais do SUS, universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente suas áreas clínicas e de saúde coletiva; centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários; estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; movimentos estudantis e sociais que trabalham com saúde, fortalecendo compromissos com o SUS.</p> <p>– Discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde.</p> <p>– Propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.</p> <p>– Propõe, ainda, que formação e desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e devem propiciar a democratização institucional.</p>
Pró-Saúde	Escolas e cursos de medicina, enfermagem e odontologia	<p>– Incentivar transformações de processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços de saúde à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença. Reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS.</p> <p>– Aproximação entre a formação de graduação em saúde no País e as necessidades da atenção básica à saúde, que se traduzem, no Brasil, pela estratégia de Saúde da Família.</p> <p>– Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, com vistas à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada ao cidadão, bem como à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente.</p>

Extraído de Oliveira *et al.*, 2008, p. 335.

**Figura 2 - Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, décadas de 1980 e 90 e anos 2000.**



Extraído de Dias *et al.*, 2013, p. 1617.

**Quadro 2 – Análise dos principais programas de provimento de Recursos Humanos em Saúde, Brasil 1960-2014.**

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013	PROVAB 2013.2	PROVAB 2014	PMMB
<b>OBJETIVO</b>	Integração nacional; Interiorização; Desenvolvimento Nacional e Preparação de recursos humanos.	Extensão de cobertura; Implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades até 20 mil habitantes no Nordeste; caráter permanente.	Interiorização de equipe mínima de saúde com suporte de uma unidade de saúde.	Maior e melhor distribuição de médicos; Aperfeiçoamento da formação e impulsionamento da Atenção Básica.	Provimento de médicos, enfermeiros e dentistas em áreas remotas e de extrema pobreza, articulado à proposta de supervisão.	Provimento de médicos, articulado à proposta pedagógica de especialização e supervisão.	Provimento de enfermeiros e cirurgiões-dentistas na Atenção Básica na modalidade trabalhador estudante	Provimento de médicos, articulado à proposta pedagógica de especialização e supervisão	Provimento de médicos, articulado à proposta pedagógica de especialização e supervisão
<b>BASE LEGAL</b>	Decreto	Decreto	???	Decreto Portaria	Portaria Resolução da CNRM	Portaria Lei	Portaria Lei	Portaria Lei	Portaria Lei
<b>PERÍODO</b>	1960 – 1989 / 2005 - atual	1970-1985	1993- 1994	2001-2004	2011 - 2012	2012 - 2013	2013-atual	2013-atual	2013-atual
<b>PÚBLICO</b>	Estudantes universitários e servidores públicos	Predominante mente nível médio e elementar	Médicos, Enfermeiros e ACS	Médicos e Enfermeiros	Médicos, Dentistas e Enfermeiros	Médicos	Dentistas e Enfermeiros	Médicos	Médicos
<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>	350.000 universitários e 13 mil professores	-	-	300 municípios com 421 profissionais, sendo 181 médicos e 240 enfermeiros	381 médicos, 1.073 enfermeiros e 313 dentistas	8. 426 médicos inscritos e 13.000 vagas em 2.834 municípios	525 dentistas e 994 enfermeiros participantes	3.305 médicos participantes	14.462 médicos participantes, sendo 1.846 brasileiros com CRM, 1.187 estrangeiros e 11.429 médicos intercambistas (cubanos)

Adaptado de Carvalho, 2013.

**Quadro 2 – Continuação (1)**

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013	PROVAB 2013.2	PROVAB 2014	PMMB
<b>LOCALIDADES</b>	Interior do País, áreas desprovidas de infraestrutura	Áreas desprovidas de infraestrutura, predominantemente a região Nordeste	398 municípios da região Norte	151 municípios até 50 mil habitantes que não tenham PSF, com piores indicadores de saúde, participantes dos programas sociais do Governo Federal.	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos	Municípios brasileiros selecionados onde tenham médicos do PROVAB. Perfil I e II para enfermeiros; Perfil IV e V para dentistas	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos
<b>AÇÕES</b>	Ações de saúde e ações educacionais através da integração com os <i>campi</i> avançados	Saneamento básico e programas de desenvolvimento socioeconômico	UPA, Interiorização do médico, do enfermeiro e ACS	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica	Foco na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família (dentistas) e Saúde na Escola (enfermeiros)	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica

Adaptado de Carvalho, 2013.

**Quadro 2 – Continuação (2)**

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013	PROVAB 2013.2	PROVAB 2014	PMMB
<b>OFERTAS</b>	Agregação salarial para servidores públicos, créditos especiais para aquisição de casa própria, equipamentos para consultórios ou implantação de negócios na rede privada	-	Adequadas instalações físicas, moradia para médicos e enfermeiros, contrato formal com pagamento por produção pelo gestor municipal através de repasse do MS. Transporte de pacientes, garantia de pessoal (auxiliares na US)	Incentivo financeiro (bolsa) e formação profissional como Tutoria e supervisão continuadas Semipresencial contratada pelo CNPQ, cursos autoinstrucionais, curso introdutório do PSF, curso de especialização em saúde da família; Seguro de vida e acidentes pessoais, moradia, alimentação e transporte; Certificação	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, curso de especialização em saúde da família; Contrato pelo município (PAB), bônus de 10% para as provas de residência sobre avaliação de desempenho, acesso ao telessaúde em locais disponíveis, moradia e alimentação quando não acessível.	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, curso de especialização em saúde da família; Bolsa federal; Contrato pelo município (PAB), bônus de 10% para acesso a PRM, telessaúde, moradia e alimentação quando não acessível.	Tutoria em curso de EAD ofertado pela UNA-SUS, curso especialização em saúde da família. Pagamento por bolsa federal.	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, curso de especialização em saúde da família; Bolsa federal; Contrato pelo município mediado pelo MS, bônus de 10% para acesso a PRM, telessaúde, moradia e alimentação quando não acessível.	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, curso de especialização em saúde da família; Bolsa federal; Contrato mediado pelo MEC, ajuda de custo para mudança e deslocamento de família, telessaúde, moradia e alimentação quando não acessível.

Adaptado de Carvalho, 2013.

**Quadro 2 – Continuação (3)**

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013	PROVAB 2013.2	PROVAB 2014	PMMB
<b>FINANCIA- MENTO</b>	Governo Federal	Ministério da Saúde/FAS*, Estados e Municípios /FPE e FPM, Previdência – INPS e FUNRURAL	Ministério da Saúde e Estados (50%)	MEC, MS e municípios	Ministério da Saúde e Municípios	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde (PAB)
<b>GOVERNAN- ÇA</b>	MEC – (Coordenação nacional, regionais, estadual e de áreas); articulação loco-regional através dos polos de desenvolvimento integrado e com as universidades (campi avançados)	GEIN * - MS, MPAS, Gabinete da Presidência da República	MS/DCASS , estados e municípios, não se caracteriza va como um programa verticalizad o	MS, CONASS, CONASEMS, OPAS, Programa Comunidade Ativa, Entidades Médicas e de Enfermagem, DENEM, Coordenações estaduais do PSF	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UNA-SUS, Municípios e Instituições de Ensino	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UNA-SUS, Estados, Municípios e Instituições de Ensino	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UNA-SUS, Estados, Municípios e Instituições de Ensino	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UNA-SUS, Estados, Municípios e Instituições de Ensino	MS, MEC, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UNA-SUS, Estados, Municípios e Instituições de Ensino

Adaptado de Carvalho, 2013.



**Quadro 2 – Continuação (4)**

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013	PROVAB 2013.2	PROVAB 2014	PMMB
<b>DIFICULDADES</b>	Ditadura Militar Infraestrutura de serviços. Utilização indevida das estruturas	Golpe Militar	Mudança de Governo	Instabilidade e eleitoral	Os bônus não foram facilmente aceitos em vários PRM, levando à judicialização do programa e certa deslegitimação, pequena participação dos Estados, falhas na comunicação e dificuldade na efetivação dos contratos com os municípios	As mudanças ainda não foram implementadas	Bolsa diferenciada em relação ao médico. Ausência da figura do supervisor.	Os bônus continuaram não aceitos facilmente em vários PRM, levando à judicialização do programa e certa deslegitimação; comunicação difícil entre supervisão e UNA-SUS.	Comunicação difícil entre supervisão e UNA-SUS; Tensão com a corporação médica; ano eleitoral, efervescência política com disputa pela presidência da república; lentidão dos municípios para prover moradia e alimentação; baixa adesão de médicos brasileiros
<b>ASPECTO POLÍTICO</b>	Encarado pelo movimento estudantil como estratégia de —anestesiarem os estudantes, prática fascista.	Expansão dos serviços de saúde. Projeto com condições de disputar hegemonia do modelo previdenciário. Expansão da rede ambulatorial Crítica da visão de Medicina de pobre para pobre	Descentralização, advento do SUS, objetivo de fortalecer a municipalização	Expansão de Cobertura do PSF	Ampliação do acesso, implantação das Redes de Atenção à Saúde	Ampliação do acesso, implantação das Redes de Atenção à Saúde	Resposta às críticas quanto à focalização do programa na figura do médico.	Ampliação do programa e da adesão dos médicos; Disputa entre MS e estudantes que entendiam o PROVAB como coação/constrangimento.	Primeiro programa a enfrentar a corporação médica: ampliação de vagas de graduação e residência, mudanças na formação e entrada de estrangeiros

Adaptado de Carvalho, 2013.



### **3. PROVAB E PROGRAMA MAIS MÉDICOS – CONTEXTO E INQUIETAÇÕES**

Ao fim do 2º governo Lula (2006-2010), logo antes da sucessão pela presidenta Dilma Rousseff, Mesmo com uma aprovação recorde, pôde-se observar que a Saúde configurou-se como um dos temas mais relevantes, à medida que o fim do governo é marcado pela conjuntura de desgaste político no setor. Como resposta, o 1º Governo Dilma assume uma agenda de enfrentamento na área.

Em abril de 2011, o MS convoca o “Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade”, que conseguiu reunir diversas entidades corporativas, representantes da academia, do Governo e usuários do SUS. Deste Seminário, afloram como questionamentos:

porque as pessoas vão, permanecem ou abandonam lugares remotos ou rurais? Quais são os fatores que influenciam na fixação dos trabalhadores de saúde? Como desenhar as estratégias viáveis? Quais são os requisitos para que as estratégias funcionem? E, finalmente, como monitorar e avaliar estas estratégias? (BRASIL, 2012a, p. 16).

Há escassez de profissionais de saúde no SUS na maior parte dos municípios brasileiros, em especial do profissional médico. Mesmo em municípios onde a falta deste profissional não é estatisticamente notada, há algumas áreas que também têm dificuldade de acesso ao médico, aponta o mesmo Seminário. “Faltam médicos em quantidade e qualidade para atuação no SUS e observa-se grande desequilíbrio na atual distribuição” (BRASIL, 2012a).

O diagnóstico da má distribuição dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, é algo reconhecido como problema de saúde pública, desde a década de 1960. Quanto aos médicos, Mello (1983, p. 21) afirma que

são formados e habilitados, pela sociedade, especificamente para cuidar do estado de saúde das pessoas, prevenindo e curando as suas enfermidades. Assim, teoricamente, esses profissionais

deveriam estar distribuídos pelo território nacional acompanhando de perto a distribuição da população. Onde habitasse maior número de pessoas deveriam estar médicos, em maior número, exercendo a profissão.

A realidade, entretanto, é bem diversa, posto que os médicos estão concentrados nos grandes centros urbanos, permanecendo desassistidos grandes contingentes demográficos da área rural. As regiões prósperas, ricas, industrializadas, dispõem de grande número de médicos, enquanto as áreas pobres, subdesenvolvidas, permanecem carentes desses profissionais. Essa desigualdade ocorre, por igual, nas áreas metropolitanas, onde a população que reside na periferia, de baixa renda, não conta com a presença de médico.

Mello (1983, p. 22) faz a crítica da má-distribuição como fenômeno irrestrito ao médico:

Parece oportuno lembrar que a desigualdade de distribuição dos médicos não constitui um fato isolado, por isso, igual fenômeno pode ser verificado na distribuição geográfica [...], dentro como fora do campo da saúde: em 1970, nas capitais dos estados localizavam-se 92% dos arquitetos, 84% dos engenheiros, 80% dos advogados e economistas, mais da metade dos agrônomos e quase 50% dos farmacêuticos e dentistas.

O relatório síntese do Seminário traz, como apontamentos para superar o entrave de provimento e fixação de profissionais de saúde para o SUS (BRASIL, 2012a, p. 20):

- “Iniciativas educacionais para provimento e fixação no SUS;
- Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos;
- Carreira Multiprofissional ou Carreira Médica;
- Serviço Militar;
- Serviço Civil.”

O Seminário aponta claramente para o diagnóstico da falta quantitativa de profissionais de saúde no Brasil, em especial do médico, apesar da categoria médica refutar tal hipótese.

O relatório Demografia Médica no Brasil, lançado em 2011 e atualizado no Volume dois em 2013, defende não haver falta de médicos em números, apenas uma distribuição inadequada (CFM, 2013). Afirma que a escassez numérica de médicos no Brasil é um “falso dilema”, acusando o Governo Federal de adotar a

tática do “transbordamento” de profissionais e vender a falsa ilusão de que a “sobra” irá povoar de médicos os locais atualmente desassistidos.

A Tabela 2 descreve a evolução do crescimento do número de médicos e da população brasileira. Somente na última década (2000-2010), o número de médicos cresceu 24,95%, enquanto a população brasileira cresceu 12,48%. Em 2014, o índice de médicos por habitante alcançou 1,94 médicos por mil habitantes.

**Tabela 2 - Evolução do número de médicos e da população brasileira 1910/2014**

<b>Ano</b>	<b>Médicos</b>	<b>População Brasileira</b>	<b>Nº de Médicos por mil habitantes</b>
1910	13.270	...	-
1920	14.031	30.635.605	0,46
1930	15.899	...	-
1940	20.745	41.236.315	0,50
1950	26.120	51.944.397	0,50
1960	34.792	70.992.343	0,49
1970	58.994	94.508.583	0,62
1980	137.347	121.150.573	1,13
1990	219.084	146.917.459	1,49
2000	291.926	169.590.693	1,72
2010	364.757	190.755.799	1,91
2014	394.273	202.768.562	1,94

Adaptado de: CFM/IBGE; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2013.

Registro no CRM é uma forma de contabilizar os médicos, porém existem outras formas, como o número de postos de trabalho (pela Pesquisa Médico-Sanitária da AMS-IBGE), ou por médicos cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) ou, ainda, pelo número de médicos contratados (base de cálculo pela RAIS – Relação Anual de Informações Sociais – vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego, MTE), cada um com suas potências e limites. A Tabela 3 sintetiza os números de médicos, a depender das diferentes bases de dados em 2013, assim como da sua distribuição por região.

Nota-se que, independentemente da base de dados, a Região Sudeste concentra a maior parcela da força de trabalho médico, sendo a Região Norte a com o menor contingente (CFM, 2013).

**Tabela 3 - Frequência absoluta de médicos, segundo diferentes bases de dados - Brasil, 2013**

Região	Médico Registrado CFM	Médico contratado RAIS*	Médico cadastrado CNES*	Médico ocupado AMS**
Centro-Oeste	29.634	13.844	21.787	42.543
Sul	57.851	30.212	44.306	95.552
Sudeste	217.460	168.575	155.388	344.978
Nordeste	66.532	50.592	53.635	123.502
Norte	16.538	12.325	12.577	29.442
<b>Brasil</b>	<b>388.015</b>	<b>275.548</b>	<b>287.693</b>	<b>636.017</b>

\* cada médico = um indivíduo

\*\* cada médico = pode ocupar mais de um posto de trabalho

Fonte: CFM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2013.

Apesar de divergir do diagnóstico da falta de médicos, o CFM advoga que o problema é de má-distribuição, no que se aproxima do discurso do MS, apesar de indicar outras soluções para a questão, como a defesa de um piso salarial digno<sup>6</sup> e o estabelecimento do PCCS.

Um estudo que ajuda a elucidar o referido “falso dilema” reiterado pelo CFM é o Relatório I do Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras (MARTINS *et al.*, 2013), o qual assinala que

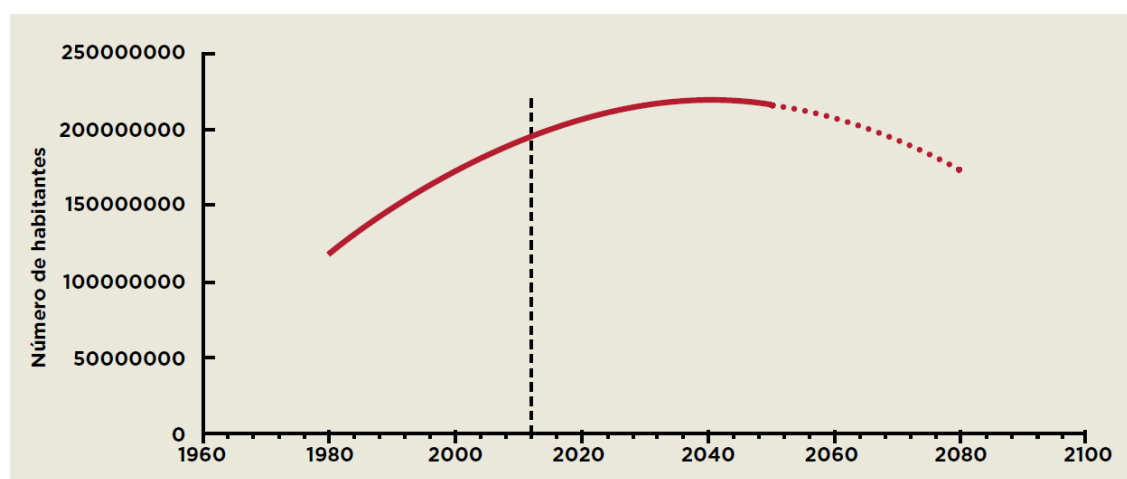
os dados existentes sugerem que o número de médicos no Brasil é insuficiente para atender às necessidades do país, incluindo os estudos que mostram não haver desemprego entre médicos e estudos que mostram que a criação de postos de trabalho supera o número dos médicos que iniciam suas atividades profissionais. Entretanto, é óbvio que a distribuição desigual dos médicos agrava muito o problema e há necessidade de ampliação das políticas públicas de provimento e fixação de médicos e outros profissionais de saúde em áreas de difícil acesso e/ou provimento de profissionais de saúde, incluindo áreas importantes das regiões metropolitanas (MARTINS *et al.*, 2013, p. 27).

<sup>6</sup>A Federação Nacional dos Médicos (FENAM), órgão que reúne 53 sindicatos médicos pelo país, defende que o piso salarial dos médicos deve ser da ordem de R\$ 10.991,19 para 20 horas semanais de trabalho, além de que a carreira médica deveria contemplar concurso público, mobilidade, ascensão funcional e estímulo à qualificação, como saídas para resolver a questão do provimento de médicos nas áreas de vazio assistencial (FENAM, 2014).

Para chegar a este diagnóstico, os pesquisadores utilizaram um esquema em que avaliavam o número de médicos existentes, em condições de exercer a profissão, e projetavam o seu incremento com a abertura de novas vagas, conforme dados de 2013, analisando sua relação com o incremento da população brasileira.

Devido à diminuição da taxa de fecundidade do Brasil, estima-se que, a partir de 2039, o número de habitantes do Brasil tenderá a diminuir, caindo de 219.124.700 habitantes no referido ano para 219.075.130 habitantes em 2040, o que pode ser acompanhado no Gráfico 1 (MARTINS *et. al.*, 2013).

**Gráfico 1 - Projeção da população brasileira para as próximas décadas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>7</sup>**



Extraído de: Martins *et. al.*, 2013, p. 54

Quanto ao número de médicos, o estudo se baseia nos dados do CFM, mas faz um recorte para excluir os médicos acima de 70 anos, por se entender que poderia incorrer em erro, já que a média estimada de anos trabalhados pelos médicos, após a graduação, gira em torno de 45 anos, além do fato de que os médicos, a partir dos 70 anos, não precisam contribuir com a anuidade do CRM, o que poderia levar ao não desligamento destes, mesmo em condição de

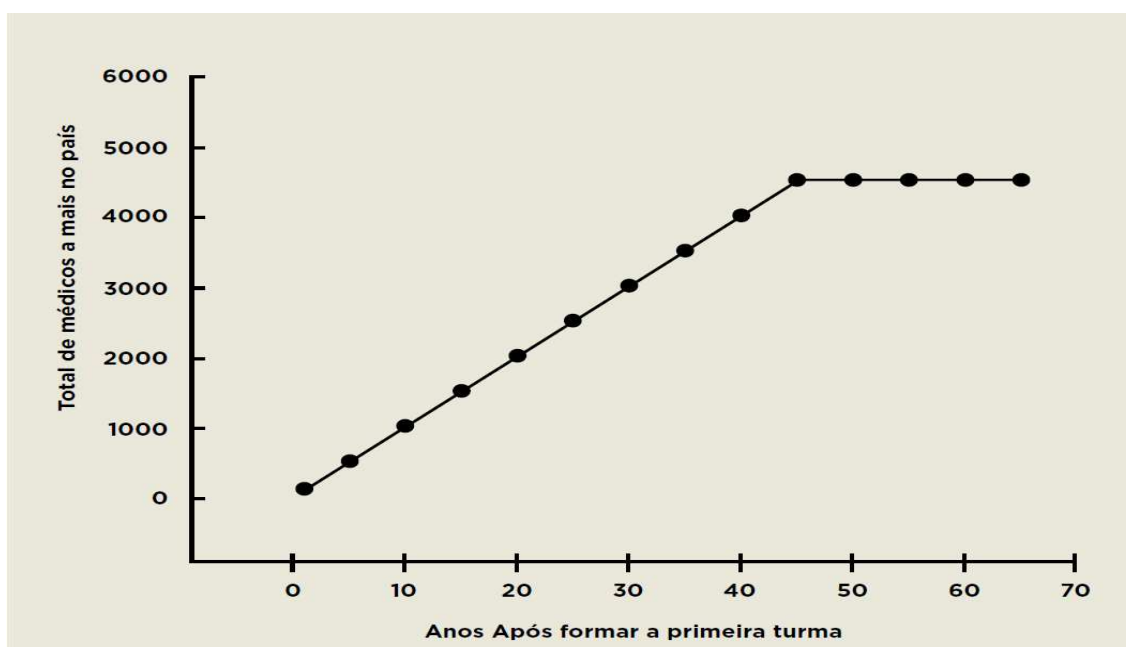
<sup>7</sup> Nota-se em linha cheia a projeção do IBGE para a população brasileira até 2050. O estudo acompanhou a tendência da curva de crescimento e fez uma projeção até 2080, vista em linha pontilhada.

inatividade/aposentadoria. As perdas com esta escolha não superavam 7% do número total de médicos.

Para avaliar o incremento do número de médicos, fez-se o exercício de projeção de uma nova escola com 100 vagas e notou-se que um platô era atingido no incremento do número de médicos, se fosse levado em conta o número de anos trabalhados após a formatura até a aposentadoria. Como ilustração, tem-se o Gráfico 2, que projeta uma nova escola com 100 vagas e um tempo de aposentadoria em torno de 45 anos (número que o estudo remonta como consensual para o CFM, pois já inclui em si a estimativa de desistências precoces ou morte precoce de profissionais).

Nesta estimativa, um curso com 100 vagas, só conseguiria produzir o incremento máximo de 4500 médicos em 45 anos, quando o número de egressos seria igual ao de médicos se aposentando.

**Gráfico 2 - Contribuição de um curso de Medicina com 100 vagas para o aumento do número de médicos, se os médicos trabalharem durante 45 anos.**



Extraído de: Martins *et. al.*, 2013, p. 57



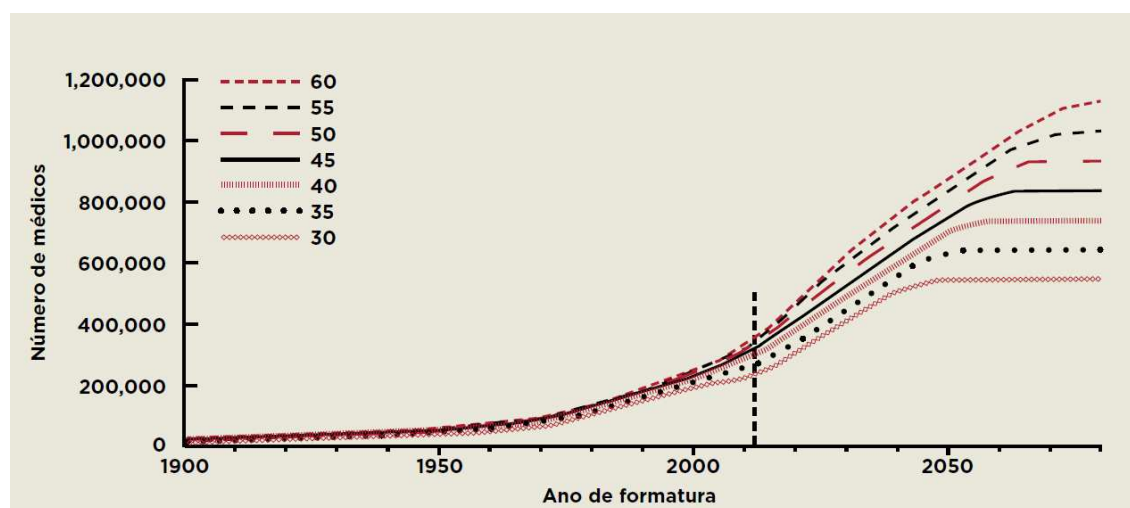
Construíram-se oito cenários: quatro com os ingressantes de 2010, com o número de vagas em 2010 (1), ou com 1.420 novas vagas (2), ou com as vagas em instituições de ensino superior (IES) federais planejadas para 2013-2014<sup>8</sup> (3), ou com a ampliação de 4500 vagas (4); os outros quatro cenários foram feitos com os mesmos números de vagas em relação aos concluintes.

Ilustra-se, nos Gráficos 3 e 4, o cenário 8, com os médicos concluintes.

A escolha pelo cenário 8 se deve a sua maior proximidade com a projeção atual de abertura de novas vagas de medicina apontada pelo MS, podendo chegar a 11,5 mil novas vagas até 2017 (PORTAL BRASIL, 2014).

No Gráfico 3, acompanhando a linha escura e contínua, que representa um tempo médio de aposentadoria pós-formatura de 45 anos, nota-se que o platô é atingido por volta no ano 2065, representando pouco mais de 840 mil médicos, o que equivaleria, pelo Gráfico 4, a algo em torno de 5,0 médicos por mil habitantes.

**Gráfico 3 - Projeção do número de médicos no Brasil, a partir do número de concluintes em cursos de Medicina, com 4.500 vagas a mais, em relação a 2010.**



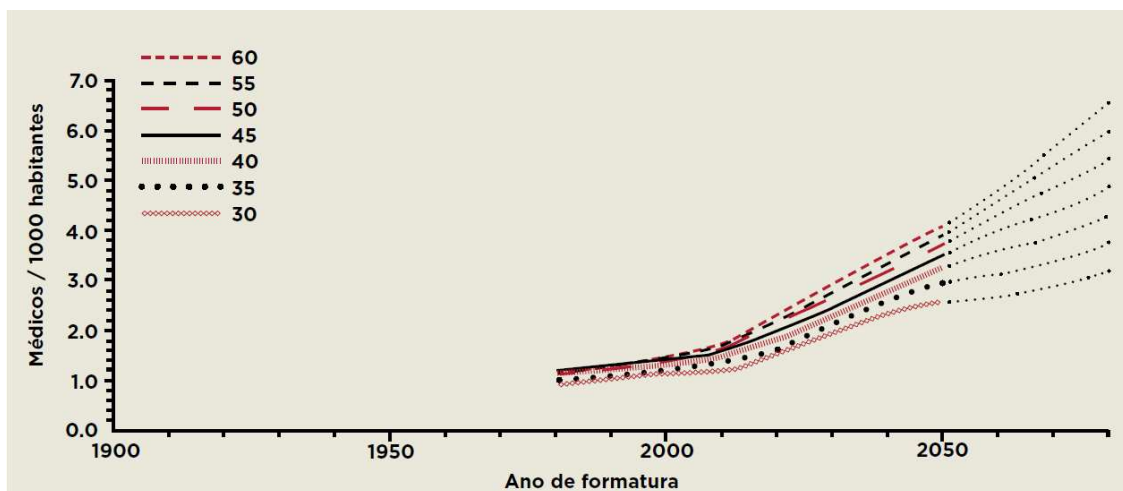
Extraído de: Martins *et. al.*, 2013, p. 91.

Com tais projeções, pode-se afirmar que, a depender do número de anos trabalhados até a aposentadoria, o platô com o incremento de vagas demora mais

<sup>8</sup> Um total planejado de 1.615 novas vagas, somadas às do final de 2012.

para se estabelecer. Estima-se que a meta de 2,5 médicos por 1000 habitantes seria atingida em 10 a 30 anos, ou seja, em torno de 20 anos.

**Gráfico 4 - Projeção do número de médicos/1000 habitantes no Brasil, a partir do número de concluintes em cursos de Medicina, considerando 4.500 vagas a mais do que em 2010.**



Extraído de: Martins *et. al.*, 2013, p. 92

O estudo conclui, por conseguinte, que

os aumentos em vagas e cursos de Medicina já realizados ou decididos resultarão em número de médicos no Brasil no mínimo adequado às necessidades de nossa sociedade, desde que políticas de qualificação da formação por um lado e de provimento e fixação de profissionais, de outro, sejam, realmente, efetivadas. No entanto, são urgentes estudos para a definição de quantos médicos o Brasil efetivamente necessita para a assistência à saúde de sua população (MARTINS *et. al.*, 2013, p. 99).

Se, por um lado, se reconhece as desigualdades na distribuição de médicos, por outro, coloca-se que há real carência destes profissionais. As políticas resultantes deste diagnóstico são distintas. Mesmo o estudo de Martins *et al* (2013) indica uma suficiência de vagas em escolas médicas, debatendo que seu incremento pode gerar uma “sobreoferta” de médicos, caso o número de vagas não seja revisto, em determinado momento.

Fato é que, em 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulga pesquisa de base populacional acerca da opinião do brasileiro sobre o SUS,

e identifica uma ampla desaprovação, com 58,1% das respostas indicando a falta de médicos como o principal problema do SUS (SCHIAVINATTO, 2011).

Com as diretrizes e o diagnóstico construído no Seminário, e com o lançamento do Plano Brasil Sem Miséria<sup>9</sup>, o MS, junto ao MEC – lançam, através da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (BRASIL, 2011a).

O PROVAB, a partir de 2012, consegue levar médicos, enfermeiros e dentistas para algumas das áreas mais necessitadas, no intuito de atuarem na atenção básica. A adesão ao primeiro ano de programa foi baixa, principalmente no que tange ao número de médicos contratados pelos municípios (CARVALHO, 2013).

Em 2013, o PROVAB enfoca o provimento de médicos, trazendo modificações na forma de contratação, fortalecimento da supervisão prática e estímulo ao curso de pós-graduação em atenção básica. Manteve-se, em seu edital, a bonificação para o acesso aos Programas de Residência Médica (PRM) para os médicos que fossem bem avaliados e concluíssem sua atuação no programa.

A participação no programa em 2013 cresce, mas insuficientemente para cobrir todos os vazios assistenciais do país.

Em junho de 2013 iniciaram-se, no Brasil, revoltas populares, primeiramente em São Paulo e, depois, espalhadas em todo o país. Vinculadas *a priori* à pauta da redução da tarifa dos transportes públicos que, na cidade de São Paulo, acabava de subir em vinte centavos, diversos protestos e passeatas foram promovidos, sob a liderança inicial do Movimento Passe Livre.

---

<sup>9</sup> Lançado em junho de 2011 por meio de Decreto presidencial, o Plano Brasil sem Miséria, política pública voltada à população considerada de extrema pobreza (renda *per capita* inferior a R\$ 77,00) traz, como um de seus eixos, a ampliação do acesso destes a serviços públicos (BRASIL, 2011c).

O movimento fora fortemente reprimido pela polícia militar logo no início dos protestos. O que se procedeu foi uma comoção pública, que levou ao aumento sucessivo do número de participantes nos atos públicos, ampliação do movimento para diversas cidades do país, assim com o aumento da violência nos atos. A massa aos poucos foi trazendo uma agenda política ampla de reivindicações, que superava a questão da mobilidade urbana.

Devido à dimensão adquirida pelas movimentações de junho, a alcunha de “Jornadas de Junho” foi dada à série de protestos que se seguiram, com estimativa de ter atingido pelo menos 353 municípios e 490 protestos em três semanas, com um número de manifestantes superando um milhão no dia 20 de junho de 2013 (MANSO e BURGARELLI, 2013).

A fugacidade e a intensidade das Jornadas de Junho foram temáticas de avaliação de intelectuais, populares, políticos. Houve recuo no aumento das tarifas em diversas cidades e a pressão popular teve interferência na agenda do Executivo e do Legislativo.

O Congresso está dando a demonstração empírica de por que os protestos são importantes. Em poucas horas, foram resolvidas matérias cuja tramitação se arrastava havia anos, como a PEC 37, ou décadas, a exemplo das novas regras para o Fundo de Participação dos Estados. Nada como um pouco de pressão para fazer deputados e senadores esquecerem suas agendas pessoais e trabalharem (SCHWARTZMAN, 2013).

No dia 24 de junho, a presidenta Dilma Rousseff anunciou cinco medidas em resposta às manifestações nas ruas:

1. Responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia;
2. A convocação de um plebiscito sobre a reforma política e alteração na legislação para que o crime de corrupção se torne hediondo;
3. *O pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos e a contratação de profissionais estrangeiros;*
4. Investimento de 50 bilhões de reais em mobilidade urbana;
5. Mais recursos para a educação, repetindo a destinação de 100% dos recursos dos royalties do petróleo para a educação. (REDAÇÃO BRASIL DE FATO, 2013, *grifos nossos*).

O contexto de agitação política no país abriu espaço para o MS lançar um segundo programa de provimento e fixação de médicos, além de assumir a responsabilidade de interferência na formação médica. A solução criada pelo Governo foi criticada por segmentos corporativos e, mesmo, por setores vinculados à Saúde Coletiva.

Em roda de conversa realizada em setembro de 2013, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), o fórum de estudantes da ENSP/FIOCRUZ (2013) trouxe que

o movimento de manifestações de rua no Brasil, fortalecidas em junho, foi percebido pelos participantes como um momento revitalizador do debate pelo direito à cidade e a políticas sociais como saúde e educação. Por outro lado, o Governo Federal mostrou-se pragmático no diálogo com os movimentos sociais, evitando o enfrentamento de questões estruturais do sistema de saúde e da sociedade. Ao invés da valorização real dos serviços públicos, manteve sua proposta de incentivo aos processos de privatização da saúde, seja nas formas de privatização da gestão ou de incentivos e isenções para a saúde suplementar.

O Programa Mais Médicos é instituído em 8 julho de 2013, por intermédio da Medida Provisória 621, convertida, posteriormente, na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Ambos os Programas, PROVAB e Mais Médicos, propõem-se, como instrumentos de provimento de médicos, em especial para as localidades com maior vulnerabilidade e carência destes profissionais. Também, estão presentes um conjunto de medidas de formação para estes médicos, como a especialização à distância pelo sistema UNA-SUS e a supervisão prática feita por instituições parceiras do Ministério da Saúde.

O Programa Mais Médicos se constitui em uma política mais ampla que o PROVAB, inclusive incorporando este. Além do chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que rege sobre o provimento de profissionais médicos (seja formados no Brasil ou fora) às regiões que o PROVAB não conseguiu assistir, o Mais Médicos traz diretrizes que modificam a forma de abertura de novas escolas

médicas, orienta a modificação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, além de uma série de transformações no modelo de formação de especialistas no país.

#### **4. SUPERVISÃO – INTERFACES ENTRE CONTROLE, APOIO E FORMAÇÃO**

Novidade importante no PROVAB, quando comparado às outras políticas de provimento em saúde brasileiras, e que teve continuidade no PMMB, é a atividade de supervisão. A oportunidade de vivenciar uma prática sob a tutela da supervisão constituiu o segundo motivo que levou os profissionais a buscarem a adesão ao primeiro ano de PROVAB (BRASIL, 2012g).

Indicado como atividade “presencial e à distância desenvolvida por tutores de instituição de ensino superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino” (BRASIL, 2011a), a supervisão foi sendo desenhada durante seu processo de implantação e acaba por assumir conotação distinta a de tutoria, com tarefas específicas a cada uma destas categorias.

Segundo a Portaria Normativa nº14 de julho de 2013, são atribuições dos tutores acadêmicos:

- I - coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;
- II - indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- III - monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- IV - integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço;
- V - relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculada à ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição; e
- VI - apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto à instituição pública de ensino superior à qual está vinculada e à Coordenação do Projeto (BRASIL, 2013i).

Ainda na mesma Portaria, são estabelecidas as seguintes atribuições aos supervisores:

- I - realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes;
- II - estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e "internet";
- III - aplicar instrumentos de avaliação; e

IV - exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, prevista pelo Projeto para os médicos participantes (BRASIL, 2013i).

A atividade de supervisão passa a se chamar “Supervisão Prática”, à medida em que o instrumento designado para se registrar o trabalho desenvolvido por cada supervisor se denomina “Relatório de Supervisão Prática” (Anexo 1). O termo não é encontrado na Lei dos Mais Médicos ou em outro edital/portaria do PROVAB/PMMB.

De fato, ao se pesquisar nas bases de dados de periódicos ou sites de busca, pouco se encontra sobre supervisão de cunho teórico, sendo esta relacionada a processos educativos, comumente em cursos de psicologia ou serviço social (COIMBRA, 1989). Nas demais situações encontradas, atribui-se à supervisão um arsenal de papéis, todos vinculados à prática do supervisionado. Tem delimitação fluida nos trabalhos sobre o tema.

O ato de *supervisionar* é uma atividade complexa, ocorrendo em uma variedade de cenários ou contextos, e tem várias definições, funções e formas de realização. Na área médica, foram sugeridas várias denominações para o termo *supervisão* exercida pelo preceptor, como monitoramento, guia e *feedback* em matéria de desenvolvimento pessoal, profissional e educacional no contexto de cuidados médicos aos pacientes (OLIVEIRA *et. al.* 2013, p. 96, *grifo do autor*).

Supervisor, segundo o dicionário, é aquele que dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura (HOUAISS e VILLAR, 2001). Ao analisar a etimologia do termo, Reis e Hortale (2004) verificam que supervisão se origina das palavras latinas “*super*” que significa “sobre” e “*video*” que equivale a “eu vejo”, ou “inspeção”, se empregado literalmente. Contudo, os mesmos autores distinguem duas visões sobre o significado do termo:

Na visão tradicional, supervisão significa “visão sobre” o objeto do trabalho realizado por outro; define, comanda, impõe, inspeciona, fiscaliza; estabelece uma relação assimétrica entre o supervisor e o supervisionado, é imposta e autoritária; faz parte de um modelo de gestão vertical (cobrança / auditoria). A visão moderna associa controle e educação, propõe uma relação entre parceiros, identifica



práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho e é denominada “convisão” (termo cunhado por Roberto Nogueira e utilizado por Nunes e Barreto, 1999), que significa gestão “co-laborativa” ou construção conjunta (REIS e HORTALE, 2004, p. 494).

A visão moderna é mais próxima do trabalho de supervisão desenvolvido dentro do PROVAB e do PMMB, ainda que a dimensão controle seja o que está mais evidente no texto legal. O supervisor não é encarado como “alguém com visão privilegiada e que detém o saber desejado, mas como uma “co-visão”, um olhar atento, que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado (OSORIO, 1997 *apud* MATUMOTO *et al.*, 2005).

Na prática de ensino na saúde e a atividade de orientação de profissionais ou estudantes por outros profissionais mais experientes assumem uma diversidade de nomenclaturas. A categoria preceptor está presente em diversos estudos sobre a formação em saúde (SANT’ANA, 2014; BOTTI e REGO, 2008; BARRETO *et al.*, 2011), e é considerada por Soares *et al* (2013) como a principal estratégia para o ensino da medicina.

O exercício da preceptoria, a partir da supervisão da prática, mostrou-se como estratégia principal do processo de ensino da medicina. A atividade de mediação exige do preceptor conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação. Implica ainda, em compreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática, das especificidades que caracterizam o trabalho médico e das transformações do mundo do trabalho. (WILILLAU, 2000 *apud* Soares *et. al.* 2013, p. 16)

Bentes *et al.* (2013), ao discutir a pluralidade de competências desejadas ao preceptor, aponta que é esperado que este profissional

atue também como *supervisor* (mantendo com o aluno uma relação altamente compromissada e com o objetivo principal de desenvolver o desempenho clínico como um todo, fazendo com que o supervisionado se torne mais efetivo em seu trabalho, avaliando também sua atitude profissional), *tutor* (auxiliando no aprendizado do aluno, ensinando-o a “aprender a aprender”) e *mentor* (atuando como conselheiro experiente, que estimula, inspira, cria ou orienta ideias, ações, projetos e realizações) (Bentes *et al*, 2013, p.33-34, *grifos nossos*).

A palavra preceptor provém do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”, sendo inicialmente utilizada pelos mestres de

ordens militares (BOTTI e REGO, 2008). O termo designa “o profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho” (MILLS *et al.*, 2005 *apud* VIANA *et al.* 2013). A principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas (BOTTI e REGO, 2008).

Por esta definição, o trabalho de supervisão se aproxima ao de preceptoria. Santos *et. al.* (2013) ajuda a distinguir o supervisor do preceptor, referindo que

Grealish e Carrol (1997) diferenciam supervisor de preceptor apenas pelo número de recém-formados (ou de alunos da graduação) por professor e pela atividade básica deste. Para esses autores, supervisão ocorre quando existem de seis a oito novos profissionais por professor, que basicamente atua na pesquisa e área acadêmica; já na preceptoria, a relação é de um único recém-formado por professor, um profissional que atua basicamente no serviço de saúde (SANTOS *et. al.* 2013, p. 42).

A distinção descrita por Grealish e Carrol torna inadequado o uso do termo supervisão para o PROVAB/PMMB, à medida em que a vinculação dos profissionais que atuam nestes programas estão no serviço de saúde e, de forma mais distante, com a academia ou mesmo com a pesquisa; entretanto, existem diversas formas de conceituar supervisão.

Cutcliffe (2005) *apud* Santos *et. al.* (2013) afirmam que há uma diferença no conceito de supervisão, entre americanos e europeus. Segundo o autor,

na literatura norte-americana, relacionam-se mais com o conceito de supervisor o treinamento de habilidade técnica profissional e a excelência no desempenho dessa habilidade, para que alguém possa exercer a supervisão. Já a literatura europeia faz maior aproximação do supervisor com os aspectos pessoais, relacionais e também clínicos do cuidado ao paciente. Para os europeus, é essencial que o supervisor funcione como suporte e seja capaz de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional de saúde, função muito semelhante à do mentor (CUTCLIFFE, 2005, *apud* SANTOS *et. al.*, 2013, p. 42).

Lyth (2000), em sua revisão sobre Supervisão Clínica e olhando para o trabalho da enfermagem, descreve que este conceito, juntamente com o de Mentor, trata-se de um “guarda-chuva”, que é descrito de distintas formas, como:

- uma relação de troca entre profissionais, com o objetivo de desenvolver habilidades (BUTTER e FAUGIER, 1992, p. 12);

- um conceito de revisão da prática profissional e das reações do profissional a seu próprio trabalho (ADAMSKI, 1989, p. 23);
- uma relação baseada na prática, envolvendo o neófito que reflete sobre as próprias habilidades e é guiado pelo supervisor (United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and and Health Visiting, 1996, p. 4)

Hoje, no campo da medicina, denomina-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde. Espera-se que ele dê conselhos, atuando também como guia e modelo (BOTTI e REGO, 2008). Tem vinculação direta com a academia, o que, nas literaturas americana e europeia, designa o profissional que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente para designar a atividade exercida pelo mentor; ou ainda designa as funções daquele que auxilia e estimula o processo de aprendizado no cenário da Aprendizagem Baseada em Problemas. (SANTOS *et al*, 2013, p. 42).

Mentor é a nomenclatura dada ao profissional mais experiente, ao qual cabe guiar, orientar e aconselhar um jovem, no início de sua carreira (BOTTI e REGO, 2008).

São descritas quatro nomenclaturas para a atividade de acompanhamento dos profissionais em saúde: Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor. A seguir, é construído um quadro conceitual (Quadro 3) com as principais diferenças entre estas categorias.

**Quadro 3 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor**

Profissional	Principais papéis	Principal local de atuação	Deve avaliar?	Principais requisitos
<b>Preceptor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas;</li> <li>• Integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho.</li> </ul>	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos;</li> <li>• Competência pedagógica.</li> </ul>
<b>Supervisor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade;</li> <li>• Atuar na revisão da prática profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho;</li> <li>• Situações fora do ambiente de trabalho.</li> </ul>	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelência no desempenho de habilidade técnica profissional;</li> <li>• Capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional.</li> </ul>
<b>Tutor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno;</li> <li>• Atuar na revisão da prática profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientes escolares</li> </ul>	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competência clínica e capacidade de ajudar a aprender a aprender;</li> <li>• Compreensão da prática profissional em sua essência.</li> </ul>
<b>Mentor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fora do ambiente imediato de prática profissional.</li> </ul>	Não	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de se responsabilizar, de servir como guia, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico;</li> <li>• Capacidade de ouvir, questionar e estimular justificações.</li> </ul>

Extraído de: Botti e Rego, 2008.

A partir do quadro 3, vê-se o claro distanciamento que a supervisão em saúde promove, em relação à visão tradicional do termo. Aproxima-se, pois, do campo da educação, e sua atividade se volta ao acompanhamento do exercício profissional, seja durante a graduação (em especial na saúde mental), ou depois de graduado (como no caso dos programas em estudo).

Coimbra (1989), ao problematizar a supervisão no processo de formação do psicólogo, reconhece algumas armadilhas: assumir-se a supervisão como um processo natural, neutro e puramente técnico. Trata-se de uma deturpação do processo de supervisão, que tanto pode assumir seu caráter clássico como ferramenta de controle, com o excesso de poder do supervisor sobre o supervisionado, quanto a assumir-se o caminho do democratismo, ingenuamente assumindo a igualdade de poder entre as partes, numa falsa neutralidade.

Foge-se a esta visão ingênua ou da visão clássica da supervisão, ao se equacionar três importantes dimensões deste trabalho: o político, o social e o institucional. Reconhecer o poder dos indivíduos, seus saberes e seus lugares nas instituições é a saída, apontada por Coimbra (1989), para produzir mudanças na maneira do fazer supervisão.

Reis e Hortale (2004) discutem que a supervisão em saúde deve ser entendida como um processo amplo, complexo, educativo e contínuo, que inclui exame, avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências; tarefa que envolve a intersubjetividade e, portanto, múltiplas formas de perceber, sentir, reagir e interpretar situações. Estes autores reiteram que

quando analisada como parte integrante do sistema de saúde, a supervisão apresenta-se como elemento viabilizador da política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e orienta a execução dos serviços. Assume uma dimensão política à medida que interpreta os interesses dos níveis periféricos, e procura reforçar o processo de descentralização. Embora se instrumentalize valendo-se de conteúdos técnico-administrativos, definidos em consonância com os objetivos da política de saúde, a supervisão deve rever tais conteúdos com base nas necessidades reais, face ao caráter dinâmico da realidade de saúde enquanto parte da estrutura social e política (REIS e HORTALE, 2004, p. 494).

A supervisão tem conotação política e ganha grande autonomia, sobretudo quando ocorre em locais geograficamente dispersos (NUNES, 1986). Nestes casos, aparece a figura do supervisor formal, isto é,

uma pessoa designada pela direção para exercício específico (embora nem sempre exclusivo) dessa função e que se desloca regularmente para esses locais de trabalho. Como um intermediário da direção da instituição em relação ao nível de execução, o supervisor realiza uma função delegada, mas fora da linha de mando, de tal maneira que seu contato pessoal com os supervisionados não se traduz, necessariamente, numa relação de autoridade. Ele é apenas um representante da ascendência técnica ou administrativa da instância de direção (NUNES, 1986, p. 467-468).

Nunes (1986), ao descrever o supervisor formal em artigo contemporâneo da VIII CNS, delinea situação muito próxima à da realidade da Supervisão Prática. O autor continua sua crítica, afirmando que

numa visão tradicional, atribui-se a esses supervisores o papel de correia de transmissão que, materializando e estendendo a vontade gerencial e sua capacidade de comando, ajusta a execução técnico-administrativa aos padrões e metas previamente definidas por essas instâncias de poder. Para manter a eficiência da instituição, caberia, segundo esse modelo, realizar três atos interligados: conferir (verificar como estão sendo realizadas as ações e sua compatibilidade com as normas), retificar (corrigir a conduta conforme a norma) e informar (dar ciência à direção) (*idem*, 1986, p. 468).

Embora reconheça a autonomia do supervisor formal, o autor aponta a limitação em si da supervisão, à medida em que se vincula a uma estratégia institucional e a ela deve dar respostas. Contudo, pondera que, em certa medida, o supervisor não deve se restringir à dimensão controle. Trata-se de um reforço à autonomia, ainda que mantendo o objetivo da melhoria da qualidade e eficiência dos serviços.

Reconhece-se que, embora também condicionada pelas atitudes e práticas da direção da instituição em seus vários níveis, a supervisão, em programas de extensão de cobertura, não deve reduzir-se a um mero controle da aplicação de normas e padrões de procedimentos, concebidos na cúpula institucional. Entretanto, não pode deixar de efetuar os atos de conferir, retificar e informar, além de instrumentar-se com elementos técnico-administrativos que concorram para melhoria da qualidade e eficiência dos serviços (*idem*, 1986, p. 468).

Descentralização e autonomia são temas caros aos atores envolvidos com a constituição e implementação do SUS. Se, por um lado, garante que a realidade local interfira diretamente na construção de políticas públicas, por outro, permite uma autonomia por vezes perversa, seja por incompetência administrativa ou mesmo por menor poder político frente a imponentes atores sociais, como a

categoria médica. Paralelo semelhante pode ser feito com a atividade de supervisão.

É compreensível que a centralização administrativa favoreça o aparecimento de atitudes autoritárias por parte dos supervisores, que tendem a se comportar como fiscais encarregados de flagrar os supervisionados, em seus erros e omissões. Ao contrário, a descentralização, evidentemente, contribui para que os conteúdos e o procedimento de supervisão sejam estabelecidos e modificados, de acordo com necessidades detectadas no nível de execução. Deste modo, a descentralização decisória, ao aproximar o mando da execução, é condição indispensável para o florescimento de uma variedade mais participativa de supervisão. Essa supervisão participativa não elimina a autoridade dos níveis de direção, mas apenas os torna mais flexíveis, no escopo de responder prontamente às exigências da prática dos serviços e, por fim, das próprias necessidades de saúde da população. Isto deve resultar de um esforço global da instituição, no sentido de melhor distribuir o poder de decisão e de intervenção. Sabe-se, entretanto, que o esforço descentralizador só alcançará os objetivos a que se propõe quando esse poder for conquistado e mantido pelos níveis local e regional, e não ser simples dádiva da administração central, que a qualquer momento pode subtraí-la (*idem*, 1986, p. 470).

Nota-se a abertura garantida ao conceito de supervisão. Política, educação, controle, todos estes aspectos fazem parte da valise tecnológica do supervisor. Se é crítico que existe pouca clareza de qual é o trabalho específico *in loco* deste profissional, de certa forma, permite espaço para a experimentação, para a construção do novo, ainda que a sistematização deste trabalho seja necessária.

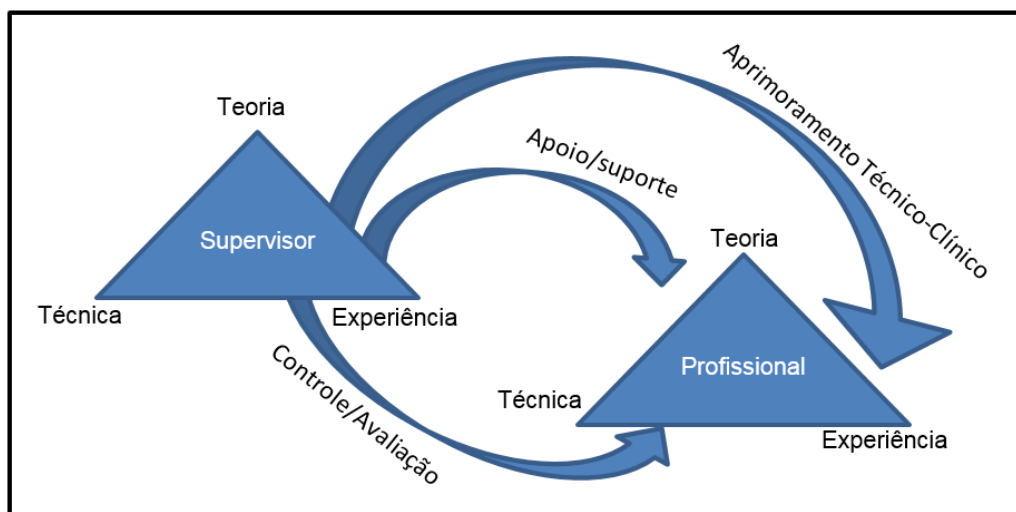
A supervisão prática no Provac é uma tarefa inovadora. Acompanhar um médico fora do ambiente acadêmico tradicional e estimulá-lo a pensar sobre seu trabalho, a enfrentar as dificuldades, a reconhecer limitações próprias e institucionais e a buscar caminhos de aprendizado num contexto de trabalho em equipe e junto à comunidade, e ainda considerar os aspectos de liderança e de autonomia específicos de cada profissional, todas essas expectativas colocam o supervisor numa posição nova e desafiante (SALETTI FILHO e FONTÃO, 2014).

Buys foi um dos pioneiros no Brasil a tentar organizar e sintetizar a prática de supervisão, em seu caso no âmbito da psicologia. Afirmava que era necessário que se repensasse o triplo vértice da atividade do terapeuta: o teórico, o técnico e o experiencial, o que se dirige para a supervisão como o espaço integrador destes

três fatores, para o aprimoramento da prática clínica (BUYS, 1987 *apud* MORATO, 1989). Deste conceito, é possível pensar o supervisor como indivíduo que atua agenciado pelo teórico/técnico/experiencial, e cuja prática sobre/com o profissional assume três dimensões: – gerencial/administrativo – técnico/pedagógico – “suportivo” (REIS e HORTALE, 2004). Ver Figura 3.

A Supervisão Prática assume a dimensão controle, assim como visto na atribuição III e IV do supervisor (Brasil, 2013i). Na visão moderna da supervisão, o caráter pedagógico adquire importância tal que supera a dimensão controle, deixando de ser o olhar *sobre* o outro, para tornar-se o olhar com o outro (REIS e HORTALE, 2004).

**Figura 3 – Tríplice vértice da atividade de Supervisão**



Autoria própria, a partir de BUYS, 1987, *apud* MORATO, 1989.

A dimensão formativa da supervisão está representada na Figura 3, pela diretiva do aprimoramento técnico-clínico. Ao se reconhecer que todo indivíduo já tem uma história (experiência), uma formação intelectual-cognitiva (teoria), e se utiliza de instrumentos para intervir sobre a realidade e operar seu trabalho (técnica), espera-se da supervisão e, mais especificamente, da supervisão em saúde, que aja um desenvolvimento contínuo do supervisionado no decorrer do processo.



Os processos pedagógicos em saúde possuem vasto instrumental e estão imbricados com o quadrilátero da formação: ensino – gestão – atenção – controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Tal conceito surge da crítica dos autores ao atual modelo seguido pelas escolas em saúde no país. Estas têm o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo elas estarem abertas à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 47).

A Supervisão Prática se afilia ao quadrilátero proposto pelos autores, levando em conta que atua de forma a promover a formação técnica do profissional, em diálogo com a gestão, com quem avalia e adequa condutas à necessidade dos serviços. Pauta-se, ainda, em preceitos e diretrizes que reorientam os modelos de atenção, inclusive servindo de indutor de modelos de atenção, apesar de contar pouco com o expediente do controle social, com quem o supervisor se depara nos encontros clínicos, no ocasional *feedback* acerca dos profissionais e em relatos da equipe.

A Educação na saúde, ao se comprometer com a formação de adultos, distingue-se da Pedagogia, pois esta se dedica a pesquisar os processos de ensino e aprendizagem em crianças. Devido a suas especificidades, a aprendizagem de adultos ou Andragogia, melhor estudada pelo norte-americano Malcom Knowles, incube-se de reunir as ferramentas de aprendizagem a este público específico, ao qual se acredita ser mais importante aprender a aprender (OLIVEIRA e LEITE, 2011).

As diferenças entre Andragogia e Pedagogia, são importantes. “A pedagogia vem do grego *paídós* – criança – e *agogôs* – guiar, conduzir, educar.” e “andragogia também do grego *andros* – adulto – e *agogus* – guiar, conduzir, educar; termo utilizado pela primeira vez em 1833, pelo professor alemão Alexander Kapp” (LITTO e FORMIGA, 2009, *apud* MENDES, 2014, p. 3).

Como, recentemente, vem se discutindo em fóruns de tutores e supervisores do PMMB/PROVAB a importância de se incorporar algumas premissas da

Andragogia ao trabalho de Supervisão Prática<sup>10</sup>, como a perspectiva de mudança de conduta das pessoas, de forma processual, motivadora e problematizadora, segue-se quadro com as principais diferenças entre Pedagogia e Andragogia (Quadro 4).

**Quadro 4 – Principais diferenças entre Pedagogia e Andragogia**

<b>PEDAGOGIA</b> <b>(aprendizagem centrada no professor)</b>	<b>ANDRAGOGIA</b> <b>(aprendizagem centrada no aprendiz)</b>
Os aprendizes são dependentes	Os aprendizes são independentes e autodirecionados
Os aprendizes são motivados de forma extrínseca (recompensas, competição etc.)	Os aprendizes são motivados de forma intrínseca (satisfação gerada pelo aprendizado)
A aprendizagem é caracterizada por técnicas de transmissão de conhecimento (aulas, leituras designadas)	A aprendizagem é caracterizada por projetos inquisitivos, experimentação e estudo independente.
O ambiente de aprendizagem é formal e caracterizado pela competitividade e por julgamento de valor.	O ambiente de aprendizagem é mais informal e caracterizado pela equidade, respeito mútuo e cooperação.
O planejamento e a avaliação são conduzidos pelo professor.	A aprendizagem pressupõe ser baseada em experiências.
A avaliação é realizada basicamente por meio de métodos externos (notas de testes e provas)	As pessoas são centradas no desempenho de seus processos de aprendizagem.

Fonte: DeAquino (2007), *apud* Mendes *et al.* (2012, p. 1373)

Uma terceira dimensão, pouco discutida pelos autores pesquisados, é a dimensão apoio/suporte do processo de supervisão.

Lima e Melo (2012) afirmam a importância de a supervisão prover o suporte a seus supervisionados, pois

<sup>10</sup> Contribuição do Prof. Aginaldo Gonçalves ao trabalho, durante o Exame de Qualificação, realizado em 04 de dezembro de 2014.

a partir da sustentação provida pela supervisão, será possível, aos profissionais, a produção de novos sentidos para suas experiências, favorecendo, portanto, a manutenção da aposta nesse tipo de trabalho, manutenção do necessário campo de compartilhamento afetivo com os usuários e suas famílias (LIMA e MELO, 2012, p. 51).

Reis e Hortale (2004) também discutem a dimensão suporte da supervisão ao afirmar que

a supervisão exercida como suporte faz com que as equipes, ao se sentirem cuidadas e compreendidas, apresentem maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquiram meios saudáveis de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, mais estruturadas, atendam de modo eficaz a seus pacientes (REIS e HORTALE, 2004, p. 499).

O conceito de apoio incorpora a noção de suporte. Se, por um lado, cumpre a função terapêutica ao ser garantido o suporte ao profissional, trabalhando suas dificuldades no cotidiano, por outro, a supervisão desloca o supervisionado em direção a um projeto coletivo, à medida em que discute seu processo de trabalho, auxilia na análise das práticas e nas suas modificações.

O termo apoiador pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para o movimento. O apoiador deve oferecer suporte à constituição do coletivo, facilitando a interação e reflexão. Mas, ao mesmo tempo, deve ofertar novos conceitos, categorias e recursos, empurrando o grupo para atingir seus objetivos. [...] Seu trabalho é ajudar o grupo a analisar seus dilemas e impasses, com um compromisso de passar da análise e da crítica para a intervenção na realidade (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2014, p. 933).

[...] indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apóia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (CAMPOS, 2007a, p. 87).

Moura e Luzio (2014) resgatam a etimologia da palavra apoio, de origem latina(*ad + podiu*) e que significa arrimo, base, esteio, fundamento, tudo que serve para amparar, firmar, segurar, sustentar, auxiliar, proteger, socorrer. Também relaciona-se a argumento, autoridade, prova, ou qualquer coisa que se autorize, ou se prove, e a aprovação, o assentimento. As autoras afirmam que o termo *podiu* era

empregado, originalmente, na arquitetura romana, para designar a base alta onde se elevavam os templos (MOURA e LUZIO, 2014, p. 959).

A função apoio ganha notoriedade enquanto ferramenta, para o trabalho em saúde no Brasil, após o ano 2000 (MOURA e LUZIO, 2014). Trata-se de um dos dispositivos em que se ampara a Teoria Paideia (CAMPOS, 2007a), sendo o Apoio Paidéia definido por:

- 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
- 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
- 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações;
- 4) Dependendo da instalação de alguma forma de cogestão (OLIVEIRA, 2011, p. 31).

Paidéia tem origem na Grécia clássica e significa desenvolvimento integral das pessoas (CAMPOS, 2007a). A função apoio Paidéia tem dupla finalidade: a democratização institucional e o fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos. A teoria Paidéia/Método da roda é entendida como uma maneira de tornar possível a análise e o desvio das práticas sociais – clínica, pedagógica, de gestão e política – no sentido de tornar possível que uma organização produza mais autonomia e liberdade e não, principalmente, controle e dominação (OLIVEIRA, 2011, p. 32).

A teoria Paideia ampara-se na tese de que o trabalho em saúde deve se organizar em Unidades de Produção (um coletivo organizado para a produção em torno de um objeto de trabalho em comum), com a finalidade de fomentar um modelo de atenção mais democrático, com ampliação da autonomia dos trabalhadores, agora organizados em Equipes de Referência (equipes multiprofissionais com clientela definida, sob a qual têm responsabilidade sanitária), voltadas à produção de valores de uso (capacidade potencial de atender a necessidades sociais). Para tanto, é imperativo que se modifique a Clínica para uma Clínica Ampliada, antes restrita ao biológico e, agora, admitindo o psicossocial como co-determinante do processo de saúde-doença-intervenção (CAMPOS, 2007a).

Existem diversas aplicações para a função Apoio Paidéia, podendo ser utilizadas na gestão (apoio institucional); nas relações interprofissionais (apoio matricial); e na relação clínica (clínica ampliada e compartilhada). Nos últimos anos, o apoio Paideia também tem sido utilizado como metodologia para a formação em saúde (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2014).

Oliveira (2011) sistematiza a definição da Função Apoio e suas principais aplicações.

**Função Apoio:** refere-se ao papel institucional exercido por um agente que assume o posicionamento estético, ético e político, de acordo com uma metodologia de apoio.

**Apoio Institucional:** os objetivos do apoio institucional estão voltados para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização; também pode ser entendido como a prática do apoio entre organizações.

**Apoio à Gestão:** arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio direcionada para processos de gestão seja no apoio a gerentes ou a processos de cogestão; o objeto tomado aqui são os processos e os modelos de gestão das organizações; na interface clínica/gestão, o apoio à gestão se inscreve pela via da gestão, sem negar que essa modalidade de apoio exerce clínica o tempo todo; no SUS existem muitos exemplos de serviços e de secretarias de saúde que desenvolveram experiências de constituição do apoio à gestão.

**Apoio Matricial:** arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências, concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Nesse sentido é que entendemos que o seu enfoque é mais clínico, mas sempre considerando que há dimensões de gestão em jogo. Existem várias experiências de apoio matricial em curso no SUS, desde a década de 1990. Nos últimos anos essa modalidade de apoio ganhou visibilidade a partir da instituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, através da Portaria GM nº 154 (OLIVEIRA, 2011, p. 46-47).

Para esta pesquisa, é de especial interesse a compreensão dos conceitos de **apoiador institucional** e de **apoiador matricial**.

O apoiador institucional atua ativando coletivos, mediando a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos. O mesmo promove a ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS, além de reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais (OLIVEIRA, 2011).

A função de apoio institucional, conforme proposição de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria como um “não-lugar” (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados (BRASIL, 2010b, p. 21-22).

A título de exemplo, temos como experiência de apoio institucional o trabalho desenvolvido pela Política Nacional de Humanização, que tem formado apoiadores institucionais para atuação junto a serviços hospitalares e de atenção básica.

Para Campos e Domitti (2006), o apoiador institucional distingue-se do apoiador matricial. Este é um especialista com núcleo de conhecimento e perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e, mesmo, contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial consiste em arranjo de gestão inscrito na lógica das *unidades de produção*, enquanto “coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho” (OLIVEIRA, 2010, p. 273, grifo do autor).

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se

de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (CAMPOS e DOMITTI, 2006, p. 1550).

O “matriciamento” promovido pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou, mesmo, o trabalho de atendimento conjunto e discussão de casos entre especialistas e generalistas são exemplos de apoio matricial.

O trabalho de supervisão no PROVAB/PMMB aproxima-se das características do apoio matricial e de apoio institucional.

O supervisor atua junto aos profissionais e suas equipes, estabelece contratos, constrói projetos coletivos, pactua o papel esperado a ser desempenhado pelo supervisionado, faz as mediações entre a gestão/equipe/profissional, além de cumprir as funções política-terapêutica-pedagógica. Portanto, ainda que não seja instituído como tal, o supervisor do PMMB/PROVAB atua como um apoiador institucional.

Os supervisores dos programas em estudo possuem, ao menos, uma especialização/residência, enquanto alguns têm mestrado/doutorado (BRASIL, 2013a). Se, como requisito para se assumir o apoio matricial é possuir um saber distinto da formação generalista dos profissionais da Atenção Básica e, com eles, se estabelecer um espaço periódico de trocas, formação mútua, com atendimento conjunto e construção de projetos terapêuticos para os casos mais complexos, pode-se depreender, daí, que a supervisão no PMMB/PROVAB atende aos requisitos do apoio matricial.

Como a supervisão pode assumir uma dupla tarefa, a de apoio institucional e a de apoio matricial, ambas de conceitos bem estabelecidos? Moura e Luzio (2014), ao estudarem a função apoio desenvolvida pelo NASF, ajudam a elucidar tal questão. As autoras apontam para a necessidade de entender as distintas tipologias da função apoio como faces, que podem ser acionadas a depender das necessidades e dos dispositivos/arranjos construídos, em ato, entre os profissionais da saúde.

Estamos propondo a utilização do termo “faces” da função apoio, em detrimento do uso dos termos “tipos” ou “modalidades”, justamente porque entendemos que a operacionalização dessa função permite o aparecimento de faces diversas no exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente. Ou seja, o que queremos dizer é que a operacionalização do apoio matricial não exclui a operacionalização do apoio institucional ou do apoio à gestão [...]. Se um dispositivo opera no sentido da implementação da função apoio matricial, por exemplo, outras faces podem ser mobilizadas, em conjunto e simultaneamente, em diferentes intensidades ou ênfases, e vice-versa (MOURA e LUZIO, 2014, p. 959).

A supervisão vem sendo tradicionalmente vista como uma tarefa de controle e avaliação dos processos de trabalho. Não é diferente de parte do que é previsto ao trabalho do supervisor no PMMB/PROVAB. Entretanto, outras dimensões do trabalho de supervisão vêm se sedimentando no decorrer dos programas.

A dimensão Aprimoramento Técnico/Clínico tem íntima relação com o que se convencionou chamar apoio matricial, e suas ferramentas podem constituir potências para promover uma supervisão de natureza transformadora e de orientação emancipatória.

A dimensão apoio/suporte tem caráter fundamental para a tarefa de supervisão. As angústias vivenciadas com o início da carreira profissional ou os enfrentamentos sofridos com a vinda a um novo país, são pontos que podem ser trabalhados na supervisão que, ao mesmo tempo, se assume terapêutica e consegue imprimir mudanças no processo de trabalho. Uma clara aproximação com a função apoio institucional.

As funções “supervisiva” e pedagógica se aproximam e podem constituir uma potência indutora de autonomia e democracia institucional. Vieira (2006) faz alguns apontamentos para avançar a supervisão neste sentido:

- Articulação entre prática reflexiva e pedagogia para a autonomia, com reflexos na definição das finalidades, conteúdos e tarefas da supervisão;
- Indagação de teorias, práticas e contextos como condição de criticidade, necessária a que o professor se torne consumidor crítico e produtor criativo do seu saber profissional;
- Desenho, realização e avaliação de planos de intervenção, onde o professor desafie os limites da sua liberdade e explore campos de possibilidade no ensino e na aprendizagem, por referência a uma visão transformadora da educação escolar;



- Criação de espaços de decisão do professor e de condições para que este assuma papéis potencialmente emancipatórios, por referência a critérios como a reflexividade, a (inter)subjectividade, a negociação e a regulação;
- Promoção da comunicação dialógica, através do cruzamento de experiências, interesses, expectativas, necessidades e linguagens, num processo interativo que se caracteriza por um elevado grau de contingência, simetria e democraticidade, facilitador da construção social do saber;
- Avaliação participada dos processos e resultados do desenvolvimento profissional e da ação pedagógica, mediante critérios de qualidade definidos à luz de uma visão transformadora da educação. (VIEIRA, 2009, p. 203).

Reconhece-se que a superação do modelo tradicional de supervisão ainda não se deu em sua plenitude; entretanto, das experimentações e vivências decorridas no PROVAB/PMMB, verifica-se a potência para se desenvolver uma prática diferenciada ou, mesmo, uma supervisão ampliada, emprestando o termo de Campos (2007a).



## **5. GRUPOS BALINT-PAIDÉIA: UMA NOVA FERRAMENTA PARA A PRÁTICA DE SUPERVISÃO**

O cotidiano do trabalho do supervisor se configura na ida às unidades mensalmente, e se registra em um relatório padronizado em formulário eletrônico. A partir da discussão dos elementos do relatório, são identificados o perfil de atendimento dos profissionais, seja das diversas áreas de atenção (mulher, criança, adulto, idoso) ou do trabalho ambulatorial x grupo; como se dá seu trabalho em equipe; como que é feito o processo de educação permanente do profissional e da sua equipe; com eventuais falhas estruturais e mudanças de/na unidade de saúde (CARVALHO, 2013).

Em nenhum momento até o fechamento desta pesquisa, contudo, o discurso normativo dos Programas aponta para uma metodologia de supervisão, o que constitui uma importante lacuna em um eixo tão importante. Visando contribuir para com o preenchimento desta lacuna, o presente estudo apresenta os Grupos Balint-Paidéia (CUNHA, 2009) como uma possibilidade de ferramenta pedagógica para a Prática de Supervisão no âmbito do PROVAB e do PMMB.

A metodologia Balint-Paidéia foi desenvolvida por Cunha (2009), no contexto de uma pesquisa-intervenção, em que foi aplicada em um Curso de Especialização em 'Gestão da Clínica para Atenção Básica', promovido pela Unicamp, em parceria com o Ministério da Saúde. Sua concepção teórica se inspira no método desenvolvido por Balint (1998) e aplicado no contexto do National Health System britânico. Segundo Cunha (2009, p. 61), os Grupos Balint-Paidéia (GPB) são uma "variação atualizada dos Grupos Balint", em que se buscou uma construção que recuperou a metodologia proposta por Balint, em composição com a construção teórica da metodologia Paidéia (CAMPOS, 2007a e 2007b).

Balint desenvolveu seu trabalho vinculado à Clínica Tavistok, na Inglaterra. Como ressalta Cunha, "Balint não estava na gestão direta do NHS britânico, mas assumiu, a partir da clínica Tavistok, uma responsabilidade que hoje consideramos

típica dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais” (CUNHA, 2009, p.61).

A proposta de Balint, ainda segundo Cunha, buscava três objetivos principais:

- a) Estudar as implicações psicológicas da clínica tradicional;
  - b) Formar os clínicos para lidar com estas implicações;
  - c) Criar um método de treinamento para lidar com estas implicações.
- (*Idem*, p. 57).

Para atingir estes objetivos, Balint (1998) formulou uma proposta de reunião periódica de grupos de 8 a 10 participantes, todos médicos generalistas (*General Practitioners* - GP, em inglês) que atuavam na Atenção Básica britânica. A dinâmica dos grupos era centrada na apresentação oral de casos clínicos trazidos pelos participantes.

O foco dos grupos Balint era aumentar a capacidade dos médicos para lidar com as implicações psicológicas da prática clínica. Para tanto, buscava trazer elementos da clínica psicanalítica e proporcionar uma vivência grupal destes elementos tendo, como ponto de partida, os casos clínicos trazidos pelos médicos participantes.

A proposta dos Grupos Balint continha, ao menos, um componente terapêutico, voltado para os médicos, e um componente pedagógico. Segundo Balint, do ponto de vista pedagógico, era necessário criar condições para “que os médicos pudessem realizar, logo de início, a psicoterapia sob supervisão” e

que lhes permitisse examinar com algum distanciamento os seus próprios métodos e as respostas que davam aos pacientes, reconhecer as características inerentes à sua abordagem pessoal que fossem úteis e susceptíveis de ser compreendidas e desenvolvidas, e outras que não eram tão úteis, tendo de ser modificadas ou abandonadas assim que seu significado dinâmico fosse entendido (BALINT, 1998, p. 266).

Ao buscar compor a metodologia Balint com o método Paidéia, Cunha apresentou, inicialmente, parâmetros de comparação entre os métodos, que podem ser visualizados no Quadro 5. É importante ressaltar que, enquanto os Grupos Balint

tradicionais têm vocação terapêutica e pedagógica apenas, o Paidéia se propõe a ser um método para análise e co-gestão de coletivos organizados para a produção, e envolve diferentes dispositivos como Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência, Apoio Matricial e Institucional. Assim, reforça Cunha, os GBP são a proposta de “um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o método Paidéia para cogestão” (CUNHA, 2009, p. 61).

**Quadro 5: Características comparadas dos Grupos Balint Tradicional e do Método Paidéia**

<b>Grupo Balint Tradicional</b>	<b>Método Paidéia</b>
Discussão de Caso.	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido ampliado.
(quase) sem ofertas teóricas.	Com ofertas do apoiador.
Busca aumentar a capacidade para lidar com as implicações psicológicas da clínica geral.	Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia).
Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum).	Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente).
Clínica do Médico GP - com clientela adscrita (continuidade e coordenação).	Equipe Interdisciplinar.
Análise da contra-transferência.	Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos.
Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a "suportar o fardo").	Sujeitos singulares co-produzidos. Desejo faz parte do Sujeito.
Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal.	Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização.
Tende a reduzir discussões às relações individuais.	Assume a tríplice finalidade das organizações <sup>11</sup> .

Fonte: Cunha, 2009, p. 59.

<sup>11</sup> Entende-se por tríplice finalidade das organizações: O trabalho para produzir valor de uso para terceiros; O trabalho para o sujeito, assegurando a própria existência social e construindo significados para a vida; O trabalho para reprodução das condições de trabalho e das próprias organizações.

Na formulação deste dispositivo, Cunha procurou construir uma síntese em que fosse possível ampliar o escopo de possibilidades do método proposto por Balint, além de produzir algumas adaptações em função da aplicação do método como base de um Curso de Especialização, com objetivos e público (médicos e enfermeiros) distintos dos propostos por Balint. O Quadro 6 resume as principais adaptações metodológicas produzidas por Cunha.

O presente estudo busca associar a ferramenta dos grupos Balint-Paidéia com o dispositivo da supervisão, no PROVAB e no PMMB. As experiências vivenciadas a partir de sua aplicação, assim como a sua análise enquanto ferramenta pedagógica é, realizada na parte 2 deste trabalho.

Retomando Gilson Carvalho (1993), parte-se da *premissa* de que o “aprimoramento continuado não só no campo do conhecimento médico, mas na parte filosófica de um sistema de saúde e nas relações humanas” é fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Considerando que o PROVAB e o Mais Médicos se propõem a suportar uma estrutura de formação, recortam-se estes dois Programas como *objeto* desta pesquisa.

Entendendo que o eixo de supervisão prática é o espaço que produz o encontro entre a política de provimento, dentro do âmbito da política de recursos humanos em saúde e da educação médica e considerando a atuação do Sujeito-Pesquisador como Supervisor dos dois Programas, aponta-se, como problemática central, a seguinte questão: Como o espaço de supervisão prática no PROVAB e no Programa Mais Médicos constitui uma ferramenta pedagógica potente para o aprimoramento técnico e ético-político dos profissionais médicos envolvidos nos programas?

**Quadro 6: Características metodológicas dos Grupos Balint e dos GBP.**

<b>GRUPO BALINT</b>	<b>GRUPO BALINT PAIDEIA</b>
<b>8 a 10 participantes</b>	16 a 20 participantes (8 a 10 duplas)
<b>Médicos</b>	Médicos e enfermeiros (com abertura para outras composições de duplas dependendo da composição das equipes de Saúde da Família).
<b>Apresentação e discussão de casos clínicos. Temas centrados na relação clínica.</b>	Apresentação e discussão de casos clínico-gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.
<b>Sem ofertas teóricas explícitas.</b>	Com ofertas teóricas diversas (metade do tempo para discussão, metade para aulas ou leitura de textos).
<b>Duração de 2 anos ou mais</b>	Duração de 1 a 2 anos.
<b>Atividade voluntária desvinculada da gestão do serviço ou sistema de saúde.</b>	Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde.
<b>Coordenadores do grupo externos à gestão dos serviços.</b>	Coordenadores participantes (ou não) da gestão.
<b>Tempo de duração de cada encontro: 1h até 1h30min.</b>	Tempo de duração de cada encontro: um período de 4h, sendo 2h para discussões de casos e duas horas para atividades teóricas.
<b>Encontros semanais.</b>	Encontros semanais ou quinzenais.
<b>Grupos fechados nos mesmos participantes.</b>	Grupo semi-aberto (multirreferencial). Possível presença – quando demandados – de outros profissionais e gestores.
<b>Sem associação com outros recursos pedagógicos.</b>	Possível associação com cursos de especialização.
<b>Apenas encontros presenciais.</b>	Utilização de recursos de Ensino a Distância.
<b>Possível utilização em pesquisa “participante”, com dimensões pedagógica e afetiva.</b>	Possível utilização em pesquisa “participante”, com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva.

Fonte: Adaptado de CUNHA, 2009, p. 62.





## 6. JUSTIFICATIVA

A relevância do presente trabalho e a justificativa da escolha do tema se baseiam nos seguintes aspectos:

- Estudo vinculado ao Mestrado Profissional cuja orientação é a de transformar a prática cotidiana do pesquisador em objeto de estudo;
- A vinculação docente do autor da pesquisa remete à escolha da Educação Médica como temática de estudo;
- O PROVAB e o Programa Mais Médicos são políticas Públicas em Saúde novas, com poucos estudos desenvolvidos até o momento, ao mesmo tempo em que são assumidas como as principais políticas de saúde brasileiras da última década, no que tange a políticas de provimento e de formação profissional;
- O exercício de supervisão dentro do PROVAB e do Programa Mais Médicos, desempenhado pelo autor da pesquisa, se apresenta como potente campo de estudo, à medida em que permite refletir, de forma privilegiada, sobre aspectos do funcionamento dos programas, além de se constituir em possível espaço de avaliação da potência pedagógica do próprio ato de supervisão.



## **7. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Refletir e analisar, a partir da experiência do Sujeito-Pesquisador como Supervisor do PROVAB e do PMMB, sobre o papel da supervisão prática nestes programas, e também sobre suas potencialidades e limites como ferramenta pedagógica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o funcionamento do PROVAB e do Programa Mais Médicos, com ênfase na prática da supervisão.
- Relatar experiências do sujeito-pesquisador enquanto supervisor no PROVAB e no PMMB.
- Discutir as experiências relatadas, a partir da construção de categorias de análise, levando em conta o contexto dos programas, o papel do supervisor e as ferramentas pedagógicas utilizadas na supervisão prática do PROVAB e do PMMB.



## 8. QUESTÕES DE MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, baseado em relatos de experiência do Sujeito-Pesquisador como Supervisor do PROVAB e do PMMB.

A fim de se refletir e analisar as potencialidades e limites pedagógicos da supervisão prática, é realizado, em um primeiro momento, o estudo descritivo do PROVAB e do Programa Mais Médicos, permitindo-se contextualizar os programas ao momento histórico de sua implantação e o papel da supervisão na dinâmica de funcionamento e implantação destes. Não se almeja neste trabalho se proceder à análise de conteúdo dos documentos que balizam os programas, porém, faz-se necessário expor os elementos que conformam os programas, identificando-se a justificativa social, os objetivos e seus componentes organizativos. Para tanto, foram utilizados os documentos oficiais que compõem os dois programas, assim como dados extraídos da mídia oficial e extraoficial, à luz das pistas apontadas por Sá-Silva et al (2009), no que se refere a análise documental.

[...] o ato de descrever algo é dirigido para alguém, ele pressupõe uma audiência. A descrição será tanto melhor quanto mais possibilitar ao leitor, ou ao ouvinte, reconhecer o objeto descrito (BOEMER, 1994, p. 88).

Dos encontros do sujeito-pesquisador na tarefa de supervisão com os médicos vinculados aos Programas, produzem-se experiências, objeto de reflexão acerca da potência pedagógica deste dispositivo.

[... ] o processo de ensino-aprendizagem deve evidenciar as diferentes abordagens que os envolvidos possuem, favorecendo a construção de um conhecimento pautado no compartilhamento de experiências e de diferentes visões de mundo, no intuito de buscar conjuntamente resoluções para as questões a serem enfrentadas (NASCIMENTO *et al.*, 2007, p. 90).

Segundo a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), a metodologia para "Relato de Experiências" consiste em um novo tipo de fonte de informação da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), dedicada à coleta de depoimentos e registro de

situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema (OPAS, 2015).

As experiências são relatadas neste estudo a partir do olhar do sujeito-pesquisador, implicado no processo de supervisão, captados pelo exercício da memória e apoiado no uso do diário de campo. As experiências são compreendidas ao período de março de 2013 e janeiro de 2015, intervalo em que o pesquisador atuou como supervisor do PROVAB (2013-2015) e no PMMB (2014-2015). São caracterizadas situações e experiências dos diversos cenários de atuação do supervisor: a supervisão *in loco*, as reuniões loco-regionais, a reunião de supervisores e tutores, reuniões entre profissionais do programa e gestores municipais, a supervisão coletiva e os Grupos Balint-Paidéia, melhor discutidos no decorrer deste trabalho.

Dado que se trata de um estudo teórico, sem envolvimento direto ou exposição a riscos de pessoas ou animais, utilizando-se, para o trabalho de campo, as vivências do autor da pesquisa e suas impressões sobre eles, o trabalho foi dispensado de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Reconhece-se a dificuldade de se analisar o próprio trabalho. O autor teve o cuidado de se reconhecer enquanto agente neste processo, que utiliza seu conhecimento em favor da mudança de seu próprio objeto de análise, mas também faz-se o afastamento e estranhamento necessário em relação à sua prática. Este afastamento possibilita analisar as situações vivenciadas e suas vinculações a projetos de maior ou menor potência para o fortalecimento da Atenção Básica e da construção ético-política dos profissionais envolvidos nos programas.

Emerge novamente um aspecto fundamental, qual seja: - a integração do pesquisador com o pesquisado se torna algo único no estudo de natureza qualitativa. É preciso, então, levar em conta que o processo de categorização do material qualitativo vai envolver não só conhecimento lógico, intelectual, objetivo, mas também conhecimento pessoal, intuitivo, subjetivo, experimental. Cada pesquisador tem perspectivas, propósitos, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo de forma que, ao interagir com o objeto pesquisado, orienta o seu foco de atenção para

problemas específicos, determinadas mensagens, aspectos particulares (BOEMER, 1994, p. 90-91).

Outro aspecto metodológico importante é a utilização, neste estudo, da ferramenta Grupo Balint-Paidéia (GBP), seguindo a teoria proposta por Cunha (2009). O desafio deste trabalho consiste em adaptar a metodologia dos Grupos Balint-Paidéia às necessidades e especificidades da Supervisão Prática, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do PROVAB. Seguindo a proposta dos GBP, “trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população” (CUNHA, 2009, p. 62).

Este estudo, além de experimentar o GBP na supervisão do PMMB/PROVAB, produz a sistematização de quais seriam as adequações necessárias à realidade de supervisão nos Programas, configurando-se como uma ferramenta pedagógica alternativa a este trabalho.

A partir dos relatos de experiência, são construídas categorias de análise, em diálogo com os autores consultados, na busca de uma correlação entre a realidade apreendida pela supervisão nos Programas e a construção do suposto perfil esperado dos profissionais vinculados ao PROVAB e PMMB, adequado às necessidades sociais de saúde.





## PARTE 2

### 1. ESTUDO DESCRITIVO DOS PROGRAMAS

#### 1.1. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB

O PROVAB é um programa de provimento e de formação profissional voltado à atenção básica e destinado para médicos, enfermeiros e dentistas. Criado em 2011, a partir da articulação entre o MEC e o MS, inicia suas atividades em 2012 com as três categorias citadas em conjunto.

Tem como objetivo “estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011a). Seu enfoque é o médico, dentista e enfermeiro formado no Brasil ou com diploma revalidado que deseje atuar no âmbito da atenção básica, em especial nos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011 (BRASIL, 2011d).

Como incentivos, estabelece para os profissionais de saúde: a relação de vínculo mínimo de doze meses com o município (evitando competição e rotatividade entre municípios); curso de especialização em Saúde da Família<sup>12</sup> (via universidades públicas conveniadas ao UNA-SUS); supervisão docente-assistencial presencial e à distância (via hospitais, serviços de saúde, instituições de ensino); salário de acordo com o mercado; estrutura de moradia; retaguarda de especialistas à distância e cursos online a partir da implementação do Telessaúde (ferramenta

---

<sup>12</sup> Depois modificado para Especialização em Atenção Básica.

pedagógica que vincula serviços de saúde às universidades de referência) nas unidades selecionadas.

Com relação aos médicos, levando em conta que o público-alvo traçado era o recém-formado<sup>13</sup>, criou-se estratégias específicas para atração destes profissionais ao programa. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi importante ator para a legitimação do PROVAB (BRASIL, 2011b), referendando por unanimidade resolução que garante ao médico que optar pelo programa:

- Bônus na nota final do processo seletivo de Programas de Residência Médica – PRM, sendo de 10% para um ano de atividade no PROVAB, e 20% para dois anos conclusos<sup>14</sup>;
- Possibilidade de trancamento de matrícula em PRM para o médico em primeiro ano no PRM para desempenhar atividade no PROVAB pelo período de um ano.<sup>15</sup>

O contexto de aprovação unânime na CNRM de tais políticas que promoviam a instituição de um programa de serviço civil voluntário pode falsamente parecer como um grande consenso entre governo e a categoria médica.

Entretanto, Moraes (2011) faz o resgate das principais polêmicas em torno do PROVAB:

Os opositores do PROVAB alegam que a introdução dos bônus torna o programa praticamente obrigatório, principalmente para os médicos que desejem entrar em residências mais concorridas nos grandes centros. Alegam que a bonificação causará distorção nas seleções, reduzindo a meritocracia no acesso aos programas. Alegam também que o programa enfraquece e desvaloriza a residência em medicina de família e comunidade, uma vez que o programa concederá título de especialista para os que ficarem dois anos.

---

<sup>13</sup> Numa leitura de que o recém-formado estaria mais propenso ao desafio de ocupar estes postos de trabalho, por em sua maioria não ter família constituída ou rede de trabalho estabelecida, além de se lidar com o desejo no ingresso aos PRM. (fala de alguns dirigentes e professores vinculados ao PROVAB/MS quando da apresentação do programa nas universidades)

<sup>14</sup> Os bônus de 20% foram revogados em resolução posterior da CNRM (**RESOLUÇÃO CNRM Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014**), após muita pressão das entidades médicas.

<sup>15</sup> Possibilidade também revogada pela resolução supracitada.

O mesmo considera que o PROVAB deveria assumir seu caráter provisório, apontando seu término com a universalização das vagas de residência médica, fomento e regulação do mercado de especialidades em direção a uma maior formação de médicos generalistas/Medicina de Família e Comunidade (MFC), e criação de carreira profissional de base regional, sendo que sua defesa última seria dar respostas às necessidades sociais de saúde.

Mesmo diante de polêmicas, o MS lança os Editais nº 7 e 8, de 07 de DEZEMBRO de 2011, fazendo a convocatória às instituições para ingressarem no processo de supervisão/tutoria e aos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

Um ponto presente nestes editais é a diversidade de formas de contrato com os profissionais de forma direta com o município, seja celetista, jurídico único ou contrato temporário por prazo determinado, embora não tenha se efetivado em boa parte dos municípios.

Os municípios, antes da adesão, foram classificados em cinco perfis. O primeiro perfil se refere a capitais e regiões metropolitanas. O segundo, municípios com mais de 100.000 habitantes. Os quatro e cinco foram relacionados para o programa Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), com população rural e pobreza intermediária e elevada. Os demais municípios foram classificados no perfil 3, intermediário. Ver tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição dos Municípios no PROVAB 2012 por Perfis Especificados**

Descrição	Perfis	Nº Municípios	Percentual
Capital/Região Metropolitana	1	672	12,08
População > 100.00 hab.	2	128	2,30
Grupo Intermediário	3	2.635	47,35
Município (FIES) - População rural e pobreza (intermediária)	4	1.065	19,14
Município (FIES) - População rural e pobreza (Elevada)	5	1.065	19,14
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>5.565</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Brasil, 2012 *apud* Carvalho, 2013

O cronograma de adesão dos municípios chegou a ser adiado por duas vezes, por meio de edital do MS (BRASIL, 2012d). No final de fevereiro de 2012, sai a lista dos profissionais aprovados para o PROVAB (BRASIL, 2012e).

Do total de municípios, 2.176 se inscreveram no PROVAB, porém apenas 950 foram selecionados, e somente 572 permaneceram no programa, com um percentual de retenção de 60% (CARVALHO, 2013).

Foram selecionados 4.671 profissionais e 617 foram contratados (Tabela 5). Vários fatores podem explicar esse baixo índice de contratação pelos municípios: por um lado, havia as relações de mercado, que levariam a dispensa pelos municípios de enfermeiros e dentistas selecionados pelo programa, alegando da não necessidade de sua contratação; por outro, as dificuldades dos municípios celebrarem contrato com os médicos, que pediam maiores salários, flexibilização de jornada de trabalho ou abandonavam o programa devido aprovação em PRM (CARVALHO, 2013).

**Tabela 5 - Quantitativo de profissionais selecionados e contratados no PROVAB 2012 e Percentual de Retenção**

Profissionais	Selecionados	Contratados	Percentual de Retenção
Médicos	1.460	381	26,00
Enfermeiros	1.889	126	6,67
Dentistas	1.322	110	8,32
<b>Total</b>	<b>4.671</b>	<b>617</b>	<b>13,20</b>

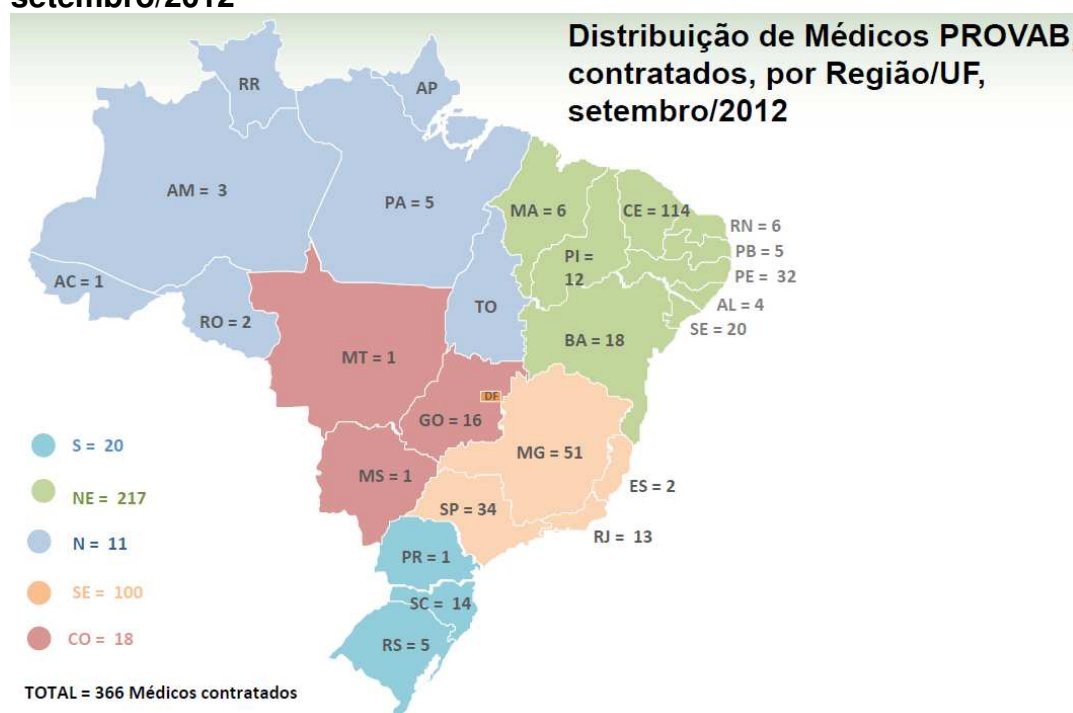
Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012 *apud* CARVALHO, 2013

A Figura 4 ilustra a distribuição dos médicos do PROVAB 2012. A adesão limitada de médicos ao programa foi apontada como fracasso pelas entidades médicas (SIMERS, 2013). Menos de 20% das duas mil vagas ofertadas para os médicos foram ocupadas. Dessas, a maior parte da ocupação ocorreu na Região Nordeste.

Uma forma de ampliar a contratação dos profissionais para o programa foi enquadrar os profissionais vinculados ao PROVAB na categoria trabalhador-estudante com o pagamento de bolsas diretamente pelo MS (CARVALHO, 2013).

Com as bolsas mensais no valor de R\$ 2.384,82 (dois mil trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), houve aumento na retenção de profissionais dentistas e enfermeiros (ver tabela 6), já que não configurava maiores custos aos municípios. Para tanto, os profissionais passariam a cursar a pós-graduação em atenção básica, através de IES públicas associadas a UNA-SUS, com carga horária de 32h de trabalho na atenção básica e 8h de estudos, atrelados à pós-graduação.

**Figura 4 - Distribuição de Médicos PROVAB, contratados, por Região/UF, setembro/2012**



Fonte: BRASIL, 2012g.

**Tabela 6 - Proporção de Enfermeiros e Dentistas Selecionados, Contratados e Bolsista no PROVAB 2012 e seu Percentual de Retenção**

Profissionais	Selecionados	Contratados	Bolsistas	Percentual de Retenção
Enfermeiros	1.889	126	954	57,17
Dentistas	1.322	110	208	24,05
<b>Total</b>	<b>4.671</b>	<b>617</b>	<b>1162</b>	<b>38,09</b>

Adaptado de: CARVALHO, 2013

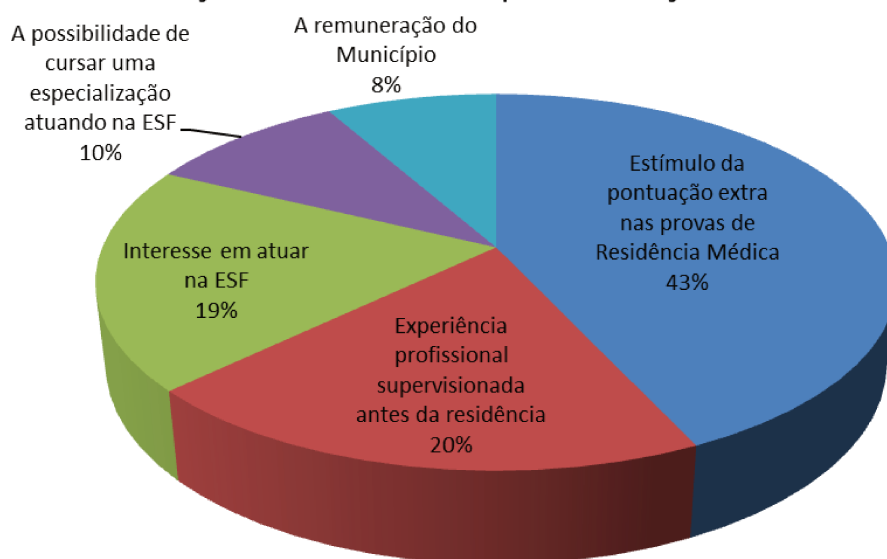
Após a seleção e contratação, os profissionais atuaram por 12 meses e alguns destes receberam visitas de supervisão. Existem poucos dados disponíveis sobre a supervisão no PROVAB, sendo encontradas informações a partir de fonte secundária sem acesso a base primária de dados, no caso o SIGPROVAB, o qual tem restrição de entrada. Estima-se que foram realizadas 510 visitas de supervisão no primeiro ano de PROVAB (BRASIL, 2012f),

Nas provas de residência, os médicos tinham que ser bem avaliados no PROVAB para poderem ter bonificação. Na avaliação, levou-se em conta a análise da gestão local e municipal, equipe, supervisor e a auto avaliação.

Uma das ferramentas utilizadas na avaliação do médico é o chamado Diagnóstico de Primeiras Impressões, instrumento preenchido pelo profissional vinculado ao programa e que serve de base de dados para a gestão do MS avaliar os interesses destes profissionais e o olhar deles quanto à estrutura de trabalho.

A motivação para inscrição no PROVAB é um dos itens requisitados neste instrumento e as respostas dos participantes de 2012 estão sintetizadas no gráfico 5. A experiência profissional supervisionada é o segundo ponto de maior motivação à busca pelo programa, como visualizado no gráfico.

**Gráfico 5 - Motivação do Profissional para inscrição no PROVAB 2012**  
**Motivação do Profissional para Inscrição no PROVAB**



Adaptado de: BRASIL, 2012g.

Do processo de avaliação com vias à pontuação, tem-se que a auto avaliação figura peso dois, a avaliação da gestão, peso três, enquanto a avaliação realizada pelo supervisor é a que tem maior peso, cinco (quadro 7).

**Quadro 7 - Pesos das avaliações na composição do conceito.**

Avaliação	Valor total	Peso
Pelo supervisor	10	5
Pelo gestor	10	3
Autoavaliação	10	2

Extraído de Brasil, 2014c

A avaliação se processa no cotidiano e em dois ou três momentos específicos, gerando uma nota de zero a dez. Notas acima de sete garantem direito aos bônus. Abaixo de quatro, cabe desligamento do programa. Entre quatro e sete, o médico deve ser acompanhado de forma mais intensiva, com um plano de supervisão e as adequações necessárias, do contrário, não tem direito ao bônus (quadro 8).

**Quadro 8 - Descrição do resultado com base no valor final atribuído.**

Valor	Descrição
$\geq 7,0$	SATISFATÓRIO
4,1 a 6,9	REGULAR – Supervisor identifica as competências a serem aprimoradas, elabora com o médico participante o Plano de Atividades e acompanha sua evolução até a avaliação seguinte.
$\leq 4,0$	INSATISFATÓRIO - Supervisor identifica as competências a serem adquiridas, elabora com o médico participante o Plano de Recuperação, acompanha sua evolução até a avaliação seguinte.

Extraído de Brasil, 2014c

Quando for obtido o conceito REGULAR, o *Plano de Atividades* deve contemplar as atividades vinculadas às fragilidades diagnosticadas. O médico participante apresentará ao Supervisor, depois de cumprido o cronograma estabelecido, um relatório das atividades executadas. O relatório apresentado será considerado um elemento adicional na etapa conseguinte de avaliação. Quando for obtido o conceito INSATISFATÓRIO, o *Plano de Recuperação* consiste em o médico participante escolher um tema junto com o Supervisor, estudar, elaborar reflexão e apresentá-lo. O plano apresentado será considerado um elemento adicional na etapa conseguinte de avaliação (BRASIL, 2014c, p. 11, grifo nosso).

A inserção na pós-graduação, a participação ativa do médico nos fóruns online, além da produção de um trabalho de conclusão de curso (TCC), posteriormente chamado de Projeto de Intervenção (PI), dada sua proposta de intervir na realidade do trabalho na APS, também são objeto de avaliação no programa.

Em outras palavras, cabe à supervisão e à pós-graduação a tarefa pedagógica do PROVAB, e também de avaliação do programa. Dos 381 médicos vinculados ao PROVAB 2012, um total de 350 médicos obtiveram conceito satisfatório, tendo direito a recebimento de bônus de 10% na pontuação das provas de residência (BRASIL, 2013a).

No início de 2013, o PROVAB passa por redefinições. A primeira mudança é a contratação apenas de médicos, exclusivamente pelo regime de bolsas, no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais)<sup>16</sup>, com vinculação direta ao MS, validado mensalmente pelo município, responsável pela fiscalização do real cumprimento da carga horária, na condição de 32h de trabalho e 8h de estudo. A participação em programa de pós-graduação do UNA-SUS passa a ser obrigatória. Outro ponto é a restrição do público-alvo do programa para apenas os médicos, numa priorização do MS<sup>17</sup>. Os médicos continuaram a poder gozar de 30 dias de repouso no cumprimento integral do programa (BRASIL, 2013b).

Houve a inclusão das comunidades quilombolas, indígenas e de assentamentos rurais no Grupo VI dentro dos perfis de municípios possíveis de serem selecionados pelos médicos do PROVAB. A adesão dos municípios cresceu em 2013, chegando aos 2.856 municípios cadastrados no programa (BRASIL, 2013a).

A seleção dos médicos manteve os critérios do ano anterior:

---

<sup>16</sup> Chegou-se a esse valor com base em pesquisa do valor médio pago aos médicos do PROVAB no ano de 2012 pelos municípios.

<sup>17</sup> Somente em 6 de novembro de 2013, o PROVAB lançaria um edital específico para os dentistas e enfermeiros, com bolsa no valor de R\$ 2.976,26, 00 (dois mil novecentos e setenta e seis reais e vinte e seis centavos), iniciando suas atividades em março/2014.



3.4.1. A ordem de precedência dos candidatos para ocupação das vagas estará baseada, em ordem decrescente, nos seguintes critérios:

3.4.1.1. Em primeiro lugar, se o município da vaga pretendida está localizado no mesmo Estado da Federação onde se graduou, obteve certificado de conclusão de curso ou revalidou seu diploma ou ainda onde nasceu;

3.4.1.2. Em segundo lugar, de acordo com a data e horário de inscrição na fase da adesão, considerando-se como válido o último registro com confirmação dos dados feita pelo candidato no sistema;

3.4.1.3. Em último lugar, com preferência para o candidato que tiver maior idade.

3.4.2. O candidato está condicionado a ser alocado em qualquer um dos locais de escolha de acordo com a quantidade de vagas nos municípios e os critérios acima referenciados.

3.4.3. Esses critérios serão utilizados para desempate em caso de ocorrência de mais candidatos do que a quantidade de vagas disponíveis nos municípios.

3.4.4. Para o processamento da escolha, observar-se-ão as opções feitas por cada candidato, percorrendo-se sequencialmente a ordem de preferência dos Perfis por ele apontados na Fase de Escolha dos municípios, além da respectiva ordem de precedência de que trata o subitem 3.4.1.

3.4.5. O resultado da escolha dos municípios será publicado no dia 19/02/2013 e disponibilizado no site do Ministério da Saúde através do endereço: <http://provab2013.saude.gov.br>. (BRASIL, 2013b)

Com o final do processo de seleção, efetivaram-se no PROVAB 2013 mais de quatro mil médicos, atuando em pouco mais de mil e quatrocentos municípios (Tabela 7). Foi um aumento de cerca de onze vezes na adesão em relação ao ano anterior. Diminuição da desconfiança com o uso dos bônus e as mudanças no programa, como a vinculação ao MS e pagamento por bolsa são alguns fatores que podem ter influenciado no aumento da procura (ANTONELLI, 2013; BRASIL, 2013a).

**Tabela 7- Comparativo do Número de médicos e municípios contemplados com o PROVAB, 2012-2013**

	2012	2013
Médicos	381	3.800
Municípios	273	1.307

Fonte: ANTONELLI, 2013; BRASIL, 2013e; 2013f; AQUINO, 2013.

Com o incremento no número de médicos vinculados ao programa, tornou-se necessário o aumento no número de supervisores. Ocorreram modificações na

prescrição do trabalho de supervisão, reduzindo o número de visitas exigidas para uma vez por mês e flexibilizando o número de médicos supervisionados para oito a dez, a depender do perfil do município. A bolsa do supervisor aumentou para R\$ 4.000,00 (BRASIL, 2013c).

Mesmo com o aumento na adesão ao programa, ainda persistiram no país grandes áreas de vazio assistencial. Cerca de 13 mil médicos foram solicitados para atuar em 2.856 municípios, e em aproximadamente 55% desses municípios não se conseguiu sequer um médico. Do total de municípios que pediram profissionais pelo PROVAB 2013, 1.549 municípios não atraíram nenhum médico (ver Tabela 8).

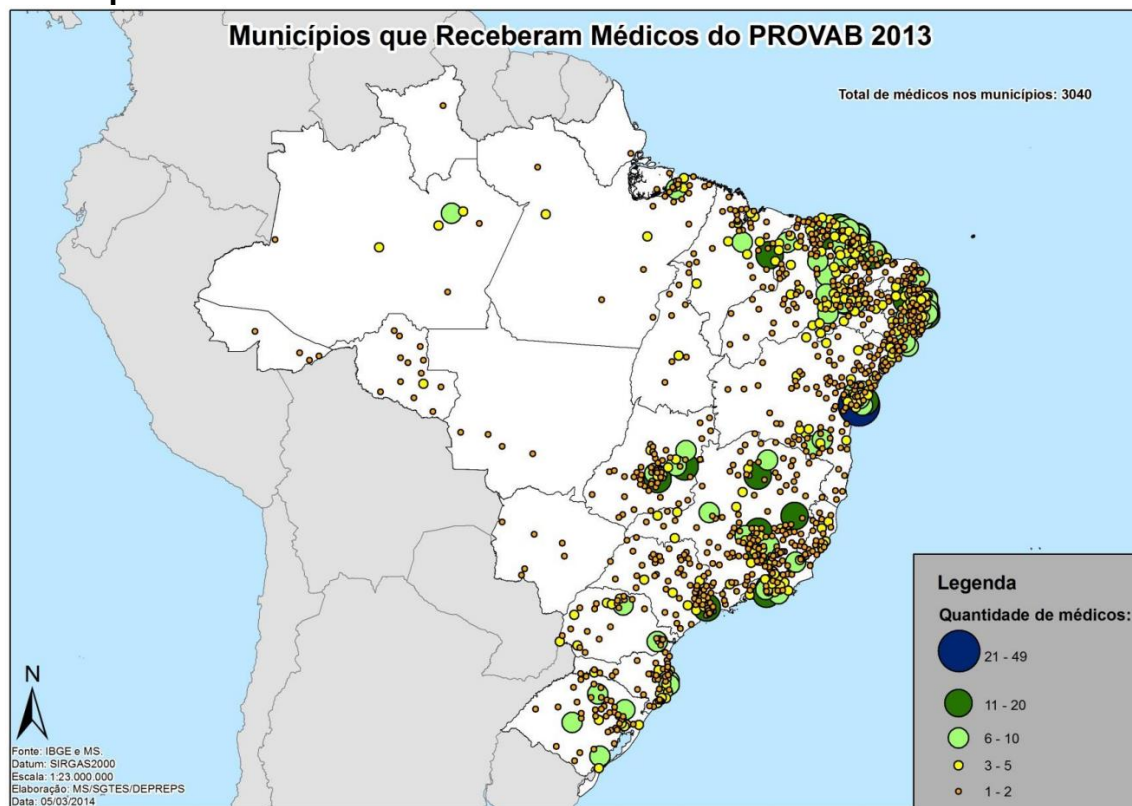
Some-se a isso a predominância de escolha dos recém-formados persistindo na faixa litorânea, dado melhor visualizado na figura 5.

**Tabela 8 – Comparativo regional de municípios solicitantes médicos e municípios atendidos por médicos pelo PROVAB 2013.**

<b>Região</b>	<b>Municípios Solicitantes</b>	<b>Nº Médicos no programa</b>	<b>Municípios atendidos</b>	<b>% Municípios atendidos</b>	<b>Municípios não-atendidos</b>	<b>% Municípios não-atendidos</b>
Norte	341	199	86	25,22	255	74,78
Nordeste	984	2.241	645	65,55	339	34,45
Sul	533	312	152	28,52	381	71,48
Sudeste	749	821	333	44,46	416	55,54
Centro-Oeste	249	227	91	36,55	158	63,45
<b>Total</b>	<b>2.856</b>	<b>3.800</b>	<b>1307</b>	<b>45,76</b>	<b>1.549</b>	<b>54,24</b>

Fonte: BRASIL, 2013e; 2013f; AQUINO, 2013.

**Figura 5 - Distribuição no Brasil de médicos do PROVAB 2013 recebidos pelos municípios**



Extraído de Brasil, 2014a.

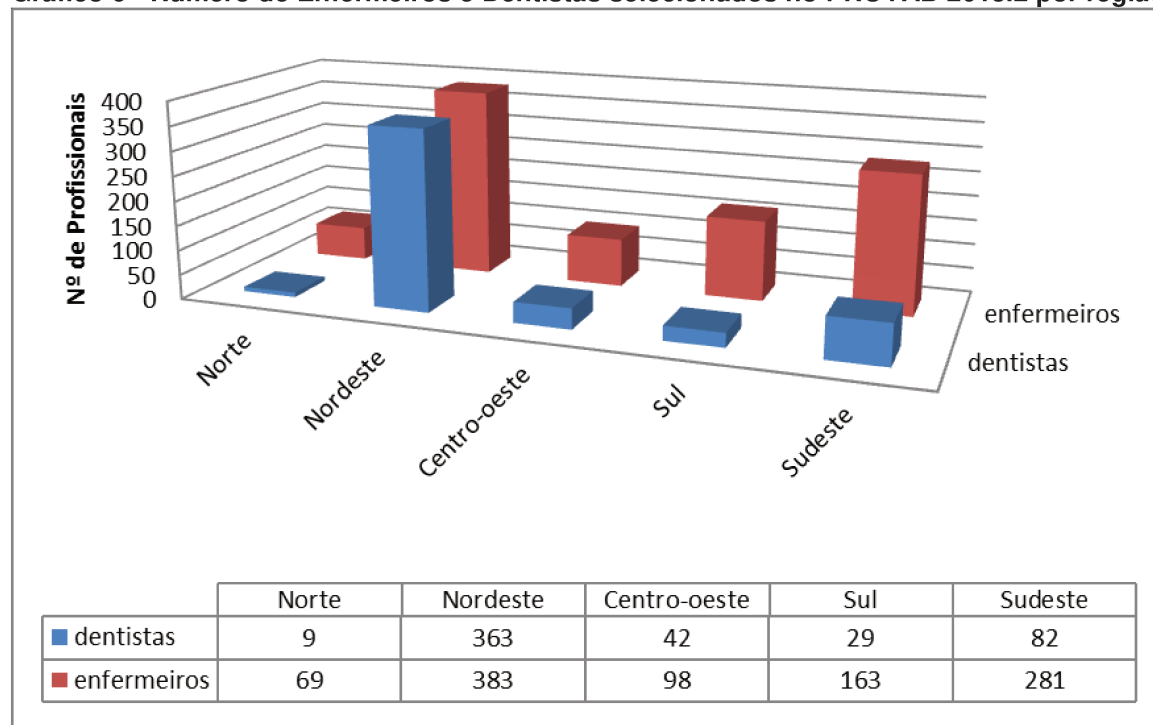
Em janeiro de 2013, a Frente Nacional de Prefeitos articula um movimento denominado “Cadê o Médico?”, e pressiona o MS para que formule resposta à demanda por médicos no país, época da proposta do PMMB (Pelles, 2013).

Em julho de 2013, o Programa Mais Médicos é lançado e o PROVAB foi integrado ao programa (BRASIL, 2013g). Em agosto de 2013 as bolsas do PROVAB são aumentadas para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), equalizando as bolsas dos dois programas (BRASIL, 2013h).

O balanço dos primeiros nove meses do PROVAB 2013, indicou que do total de médicos participantes do Programa, 453 foram desligados por desvios às regras do edital, como cumprimento de carga horária ou das atividades de especialização, ou mesmo incompatibilidade devido ao exercício de serviço militar obrigatório. Outros 93 solicitaram desligamento. Dos 3.333 médicos que permaneceram no programa, 3.290 obtiveram conceito satisfatório e puderam solicitar pontuação adicional de 10% nos exames de residência médica (LIMA, 2013).

Em 18 de novembro de 2013 o MS lança edital de convocação para enfermeiros e dentistas para atuar no PROVAB 2013.2, numa perspectiva de mil vagas para enfermeiros e 590 vagas para dentistas. Dos selecionados (Gráfico 6), sua maioria estava na região nordeste, sendo contemplados 310 municípios com dentistas e 251 cidades contariam com o reforço de enfermeiros (AGÊNCIA SAÚDE, 2014).

**Gráfico 6 - Número de Enfermeiros e Dentistas selecionados no PROVAB 2013.2 por região**



Fonte: (AGÊNCIA SAÚDE, 2014)

Em 07 de janeiro de 2014 foi publicada uma nova chamada para os médicos se inscreverem no PROVAB (BRASIL, 2014b). Como mudanças em relação ao edital anterior estavam: a possibilidade de migração entre os programas; incorporação como pressuposto básico do programa a “promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde”; além de permitir que os médicos que estão atuando na atenção básica possam entrar no programa, desde que migrem para regiões de maior risco/vulnerabilidade. A bolsa de R\$ 10.000,00 foi mantida.

De acordo com o MS, 3.305 médicos participaram do PROVAB 2014, sendo 656 (20%) estão em cidades com 20% da população ou mais em situação de extrema pobreza, e 378 (11%) estão em municípios com mais de 80 mil habitantes com os mais baixos níveis de renda *per capita* (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

Em janeiro de 2015, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Edital 02/2015, em que propõem a adesão aos dois Programas de forma unificada, indicando a unificação dos dois programas sob o guarda-chuva do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2015b).

## **1.2. Programa Mais Médicos**

O Programa Mais Médicos surge a partir do diagnóstico da escassez de profissionais médicos no país como um todo, reconhecendo algumas áreas como mais críticas.

Com o avanço limitado atingido com o PROVAB 2012, cuja cobertura foi menor que 20% da demanda inicial, os municípios passam a pleitear para 2013 outras políticas de provimento de médicos, o que se chamou de movimento “cadê o médico?”, comentado anteriormente.

O MS passa a se articular com outros países, para avançar na construção de uma política de provimento mais eficaz, chegando a promover reuniões com Portugal e Espanha, na Assembleia Anual da OMS, entre abril e maio de 2013 (BRASIL, 2014a).

O diagnóstico da saúde do Brasil pelo MS foi o ponto de partida para o lançamento do PMMB, e se baseou nos seguintes dados:

- 58,1% da população acredita que a falta de médicos era o principal problema do SUS (IPEA, 2011);
- A média de médicos por 1000 habitantes do país é um dos indicadores para apontar a carência deste profissional, com uma média nacional em torno de 1,8 médicos por 1000

- Existe importante desigualdade regional, com 22 estados com média inferior à média nacional de médicos por 1000 habitantes, e cinco estados com menos de um médico por 1000 habitantes (ver Figura 6);
- O PROVAB é uma iniciativa com avanços, mas não conseguiu responder a toda demanda dos municípios;
- A medicina ocupa o primeiro lugar em ranking de melhores salários, jornada de trabalho, taxa de ocupação e cobertura de previdência (IPEA, 2013);
- Nos últimos 10 anos foram criadas 147 mil vagas de emprego e 93.156 médicos se formaram, um déficit de 54 mil postos de trabalho no período.
- Até 2014, o Ministério da Saúde abriria mais 35.073 postos de trabalho no SUS e até 2020 seriam 43.707, com expansão das unidades Básicas de Saúde, UPA, Tratamento de Câncer, Crack e Atendimento Domiciliar (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

**LEGENDA:**

- Área crítica – menos de um médico por 1000 hab.
- Área intermediária – abaixo da média nacional, mas acima de um médico por 1000 hab.
- Área de concentração – acima da média nacional de médicos por 1000 hab.

Região	Valor (médicos por 1000 hab.)
Região Nordeste (parte norte)	0,76
Região Nordeste (parte central)	0,77
Região Nordeste (parte sul)	0,58
Região Sudeste (parte norte)	0,92
Região Sudeste (parte central)	1,08
Região Sudeste (parte sul)	1,81
Região Sul (parte norte)	1,45
Região Sul (parte central)	2,49
Região Sul (parte sul)	2,23
Região Centro-Oeste (parte norte)	1,21
Região Centro-Oeste (parte central)	1,06
Região Centro-Oeste (parte sul)	1,02
Região Centro-Oeste (parte leste)	1,1
Região Centro-Oeste (parte sudeste)	1,54
Região Centro-Oeste (parte sul)	1,68
Região Centro-Oeste (parte sudoeste)	1,69
Região Norte (parte norte)	0,94
Região Norte (parte central)	1,05
Região Norte (parte leste)	1,17
Região Norte (parte sudeste)	1,39
Região Norte (parte sul)	1,12
Região Norte (parte sudoeste)	1,3
Região Nordeste (parte sudoeste)	1,23
Região Sudeste (parte sudoeste)	1,09
Região Sudeste (parte sudoeste)	3,46
Região Sudeste (parte sudoeste)	1,97
Região Sudeste (parte sudoeste)	3,44

O Programa Mais Médicos foi instituído em 8 julho de 2013, por intermédio da MP 621, convertida posteriormente na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013g).

Tal programa assumia como objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
  - II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
  - III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
  - IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
  - V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
  - VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
  - VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
  - VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.
- (BRASIL, 2013g)

Para tanto, o programa lançou mão das seguintes estratégias:

- I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013g).

No que tange a primeira estratégia, o Governo mudou as regras para autorização de abertura de novas escolas médicas. Foram estabelecidos como critério, avaliado pelo MEC, a pré-seleção de municípios, levando em conta a relevância e necessidade social da oferta de curso de Medicina, além da estrutura da rede de saúde (com no mínimo: atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em

saúde). A nova legislação não mudou a fila ou regras dos pedidos de abertura anteriores à Lei.

Para que o curso continue funcionando, além de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), deverá obedecer critérios de qualidade e necessidade/relevância social, a saber:

I - os seguintes critérios de qualidade:

- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;
- c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

- a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;
- b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;
- c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza (BRASIL, 2013g).

O MS pretende até 2017 abrir 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina (AGENCIA BRASIL, 2014). A meta é chegar a 2,7 médicos por mil habitantes, número similar ao da Inglaterra, segundo maior país em população com um sistema universal de saúde. Com esse incremento, o MS espera atingir 600.000 médicos até 2026, o que garantiria o cumprimento da meta (PORTAL BRASIL, 2014).

Com relação à segunda estratégia, importante conflito com a corporação médica foi estabelecido, a partir da quebra da regulação pelo mercado das especialidades médicas, além das mudanças inseridas na graduação. As táticas adotadas pelo Governo foram: mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em medicina; mudança no internato médico, com



prioridade à APS e Urgência/Emergência (UE); instituição de avaliação bianual nacional formulada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP); mudança nas regras para ingresso em PRM; registro ao MS de todos os especialistas em formação ou já formados; universalização das vagas de residência para todos os egressos da graduação médica; mudanças nos pré-requisitos, estabelecendo como obrigatório um ano de formação em Medicina Geral de Família e da Comunidade (MGFC) para todos os PRM de acesso direto até 2018; reordenamento da formação de especialistas, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2013g)

A tensão gerada com a publicação das novas DCN se deveu em parte à celeridade entre sua formulação e aprovação. A Lei do Mais Médicos instituiu que o Conselho Nacional de Educação teria 180 dias para determinar a sua revisão e publicação. O Movimento Estudantil de Medicina (MEM), representado pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) criticou:

Diferentemente do processo das atuais diretrizes (2001), a construção das novas tem prazo final, que é o mês de abril, ou seja, 180 após a promulgação da lei que as contempla. É isso mesmo, as atuais diretrizes, que levaram dez anos para serem escritas e até hoje têm dificuldades em serem implementadas, deverão ser revistas em seis meses e, ainda por cima, terão caráter de lei (DENEM, 2014).

Ademais o prazo, outros elementos das diretrizes curriculares de 2014 levantaram polêmica. As principais mudanças nas DCN de 2014 são a prova bianual nacional, formulada em no máximo dois anos pelo INEP, de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos PRM. Além do estabelecimento de que 30% do internato deverá ser exercido no SUS, seja na APS ou em serviços de UE, com prioridade à primeira.

Afora as mudanças na graduação, as mudanças na pós-graduação, no caso as especializações e PRM foram objeto de importantes mudanças na Lei dos Mais Médicos. Os PRM serão avaliados anualmente por prova nacional formulada pelo INEP.

Em alguns PRM de acesso direto (Medicina Interna/Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; Medicina Preventiva e Social), o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso no programa, enquanto os demais PRM deverão realizar um a dois anos em MGFC, a ser regulamentado pela CNRM. Excetuam-se apenas nove PRM (Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia; e Radioterapia.)

Por fim, até 2018 os PRM ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. Como forma de acompanhar este número, as instituições (PRM ou associações médicas) deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de Saúde Pública. As certificações de especialidades médicas concedidas pelos PRM ou pelas associações médicas passam a submeter-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e as entidades ou as associações médicas que até a data de publicação da Lei ofertavam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica deverão encaminhar as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde.

A terceira estratégia se constituiu na principal motivadora para o surgimento da Lei, e estabeleceu como tática a criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

O PMMB prevê a contratação por intermédio de bolsas de três tipos de profissionais: o médico participante (bolsa-formação); o supervisor (bolsa-supervisão); o tutor acadêmico (bolsa-tutoria).

A prescrição do trabalho do supervisor e do tutor acadêmico não fica clara nos textos da Lei do PMMB. Coloca-se que cabe ao supervisor atuar como profissional

médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante/intercambista. Enquanto ao tutor acadêmico, cabe ser o docente médico responsável pela orientação acadêmica.

Já o médico participante do PMMB pode se enquadrar como médico intercambista (formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior) ou mesmo como médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado. Os médicos deverão ingressar em um curso de especialização promovida por IES pública, com duração de até três anos, prorrogáveis por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação.

O primeiro módulo de formação intitula-se Acolhimento, com quatro semanas de duração, com enfoque na legislação do SUS, protocolos clínicos do Brasil para a APS, ética médica e língua portuguesa. Em cada módulo e processualmente o médico era avaliado, com vias a determinar sua permanência no programa.

Foi estabelecida na Lei uma ordem de prioridade para seleção e ocupação das vagas ofertadas no âmbito do PMMB:

- I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;
- II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e
- III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.(BRASIL, 2013g)

Garantiu-se o fornecimento de ajuda de custo aos médicos advindos de áreas distantes a que vão atuar, com teto máximo de três bolsas-formação. O pagamento por bolsas não configura relação empregatícia. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, à exceção dos médicos intercambistas que já tenham seguridade garantida.

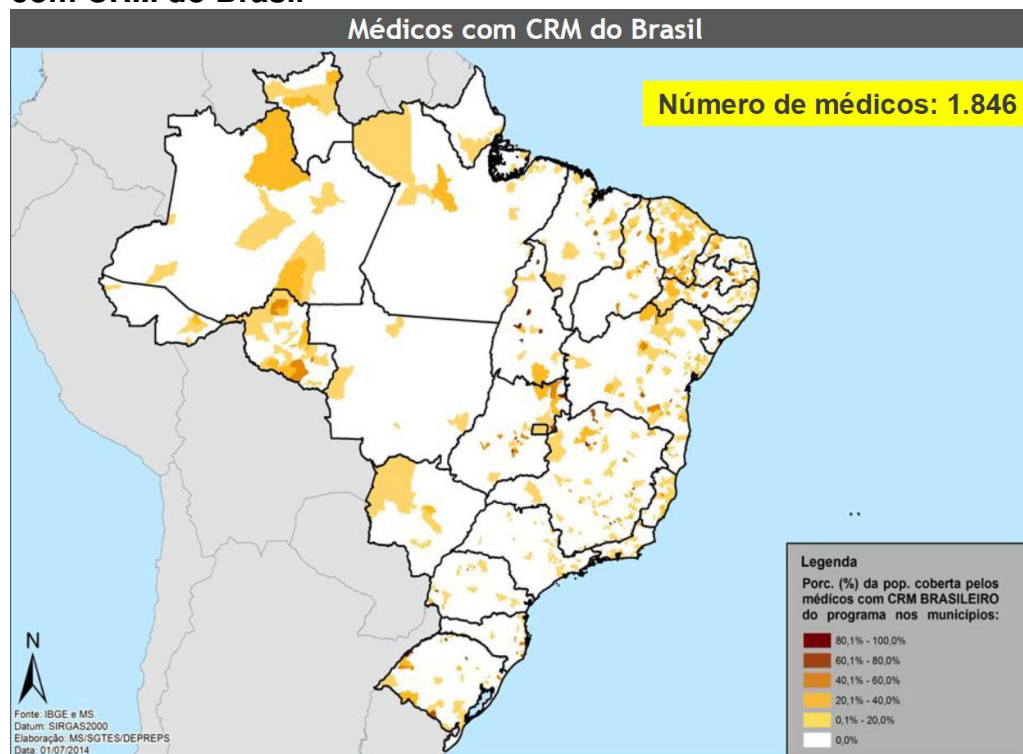
A Lei permite a atuação de médicos sem a revalidação do diploma no âmbito do PMMB nos três primeiros anos no programa, sendo emitido um número único pelo MS. Os médicos continuam sujeitos à fiscalização pelo CRM.

Com os brasileiros inscritos no PMMB e ainda com os estrangeiros, o MS não conseguiu dar resposta à solicitação dos municípios. Foi por intermédio da OPAS que o PMMB preencheu a totalidade das vagas ociosas demandadas pelos municípios brasileiros. As figuras 7 a 10 ajudam a ilustrar a mudança no panorama dos vazios assistenciais do país.

O programa Mais Médicos, com o seu Projeto Mais Médicos para o Brasil alcança a marca de **14.462** médicos para a Atenção Básica em 2014, instalados em **3.785 municípios e 34 Distritos Especiais Indígenas** beneficiados. O MS aponta que **100%** da demanda solicitada foi atendida, beneficiando cerca de **50 milhões** de pessoas (BRASIL, 2014a).

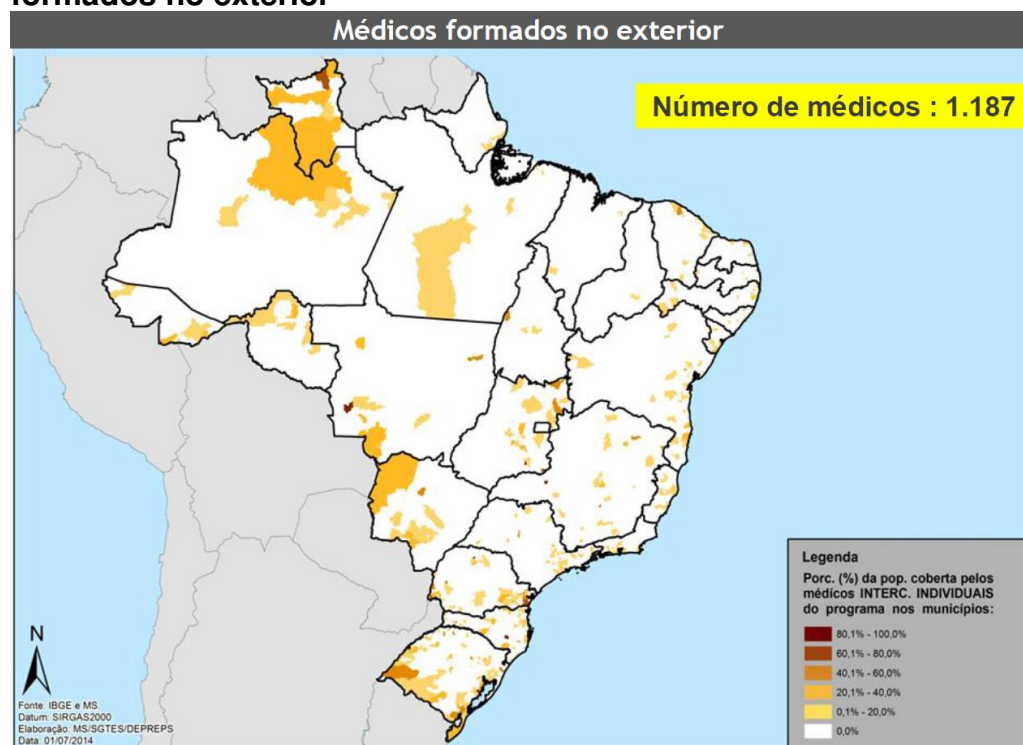
Com o edital do Programa Mais Médicos para 2015, referido anteriormente, o PROVAB foi unificado ao PMMB, podendo ser feita a opção entre os benefícios do primeiro (bônus de 10% no final do primeiro ano de programa) ou do segundo (auxílio moradia, auxílio viagem e auxílio mudança, que pode chegar ao total de até três bolsas). Foi divulgada notícia no dia de fechamento desta pesquisa, afirmando que houve a abertura pelo MS de 3.785 novas vagas no programa, além de 361 vagas de reposição de desistências no PMMB, o que totalizaria 18.247 vagas nos programas. Inscreveram-se na primeira chamada 15.747 médicos brasileiros, sendo que 930 já estavam no PROVAB e migraram para o PMMB, e dos demais 11.736 médicos optaram pelos benefícios do PROVAB. Estima-se que se foram efetivadas as inscrições, e os candidatos assumirem as vagas, serão 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) contemplados, atendendo 63 milhões de pessoas (SOUZA, 2015).

**Figura 7 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos com CRM do Brasil**



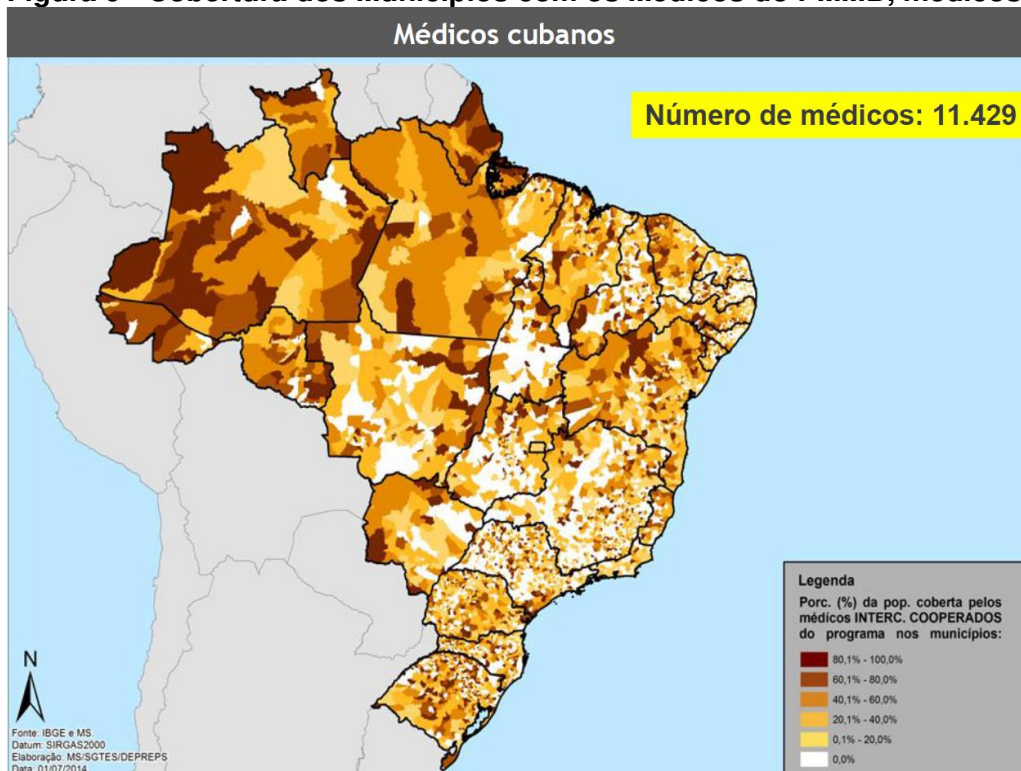
Fonte: (BRASIL, 2014a).

**Figura 8 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos formados no exterior**



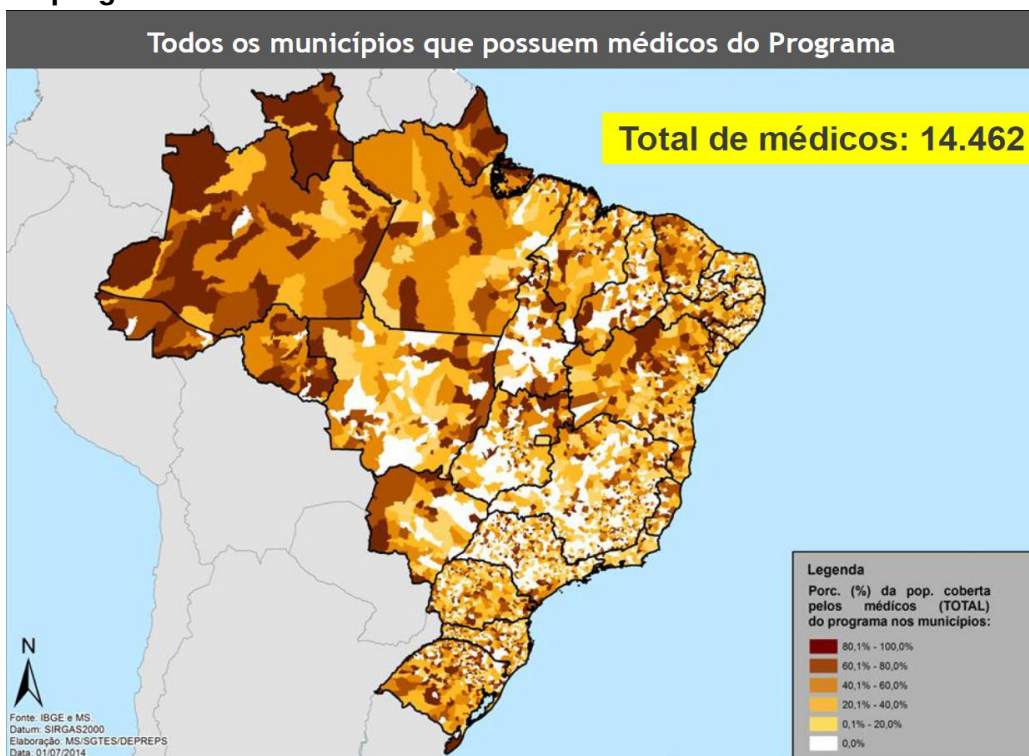
Fonte: (BRASIL, 2014a).

**Figura 9 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, médicos cubanos**



Fonte: (BRASIL, 2014a).

**Figura 10 - Cobertura dos Municípios com os Médicos do PMMB, total de médicos no programa.**



Fonte: (BRASIL, 2014a).

### **1.3. A prática de Supervisão no PROVAB e no Programa Mais Médicos**

Um dos componentes pedagógicos do PROVAB e do Programa Mais Médicos é a prática da supervisão, ou Supervisão Prática, como inscrito nos dispositivos legais que regulamentam os programas.

Seu funcionamento está atrelado à vinculação de uma instituição de ensino, secretaria ou hospital ao programa, fazendo a ponte entre a esfera da formação e a da prática profissional.

Em ambos os programas é garantido um professor, que exerce o cargo de tutor, que na prática faz a coordenação local dos programas. A tarefa da tutoria é pouco documentada nos escritos legais.

De fato existe uma confusão de papéis, à medida que também é chamado tutor o professor vinculado à UNA-SUS e que atua no campo da formação específica da especialização em atenção básica.

Já o supervisor dos dois programas atua no contato direto com os profissionais vinculados aos programas, fazendo a supervisão tanto presencial como à distância.

Nos Editais nº 7 e 8, de 07 de DEZEMBRO de 2011 (BRASIL, 2011e), começa-se a conformar o trabalho designado para a supervisão prática junto ao PROVAB. Na CLAÚSULA QUINTA - DAS FUNÇÕES DOS SUPERVISORES, temos que:

“São funções dos supervisores, a serem acompanhadas e orientadas pelas Instituições partícipes:

- a) (...) promover a supervisão à distância de pelo menos 10 (dez) profissionais participantes do PROVAB, tornando-se responsável pelo acompanhamento e monitoramento do processo;
- b) realizar 2 (duas) supervisões mensais presenciais junto a seus supervisionados; e
- c) manter contato com a coordenação do PROVAB oferecendo dados referentes aos instrumentos de acompanhamento e monitoramento do programa.” (BRASIL, 2011e)

Ao MS competia pagar aos supervisores uma bolsa mensal de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais), ajuda de custo com passagens e diárias quando da supervisão presencial e apoio às atividades através de articulação com os núcleos de Telessaúde.

O modo de fazer as visitas não está bem delineado, mas o Relatório de Primeira Visita (anexo 1), o Relatório Mensal de Supervisão Prática (anexo 2), e o instrumento de avaliação do PROVAB/PMMB (anexo 3) dão bons indicativos do que se espera deste trabalho.

Ainda que caiba ao tutor a tarefa específica de docência, em particular ao vinculado à UNA-SUS, a tarefa de supervisão, por lidar com o cotidiano e se inserir no contexto de trabalho dos profissionais exige uma interlocução docente, a não ser que a prática de supervisão realmente se vincule a etimologia à que se inscreve tradicionalmente (REIS e HORTALE, 2004).

É exigido o preenchimento dos relatórios e ao menos uma visita mensal presencial aos profissionais dos programas.

Um ponto que está muito claro para o trabalho do supervisor é a sua função de avaliador. Começa avaliando as condições do município e da unidade de saúde em receber o profissional. Do diagnóstico da viabilidade do trabalho nesta unidade, passa a ser o interlocutor do MS entre o profissional e a gestão municipal. Seu enfoque avaliativo passa a ser o profissional, o que tem peso para a continuidade nos programas ou acesso a determinados benefícios, como no caso dos bônus para a prova de residência no PROVAB. Entretanto, a limitação da prática profissional em relação às condições oferecidas pelo município também é designada à sensibilidade do supervisor.

Alguns problemas se colocam quanto ao processo avaliativo. O supervisor não se configura um preceptor, apesar da similitude de seus conceitos (BOTTI e REGO, 2008). Por não estar a todo o tempo dando retaguarda presencial, como deveria ser o trabalho do preceptor, discorrer sobre os ganhos objetivos e subjetivos



do profissional ao longo do programa se constitui um desafio para o supervisor. Entretanto, a supervisão cumpre o papel de zelar pelo profissional, além de atuar na revisão da prática profissional (idem, 2008).

A avaliação diagnóstica inicial da estrutura da unidade é um ponto relevante, mas de difícil exequibilidade. Analisar a ambiência e todos os aspectos a que se inserem como luminosidade, acústica, ventilação é relativamente simples, diante da avaliação quali-quantitativa de todo o material e instrumental esperado para as unidades de saúde. A escuta do profissional e da equipe é a saída encontrada para diminuir a cegueira situacional em que o supervisor é colocado.

No processo de supervisão mensal, alguns dispositivos do apoio institucional e do apoio matricial são utilizados para dar conta da mediação de conflitos e construção dos sujeitos envolvidos nos programas.

Discussões de caso, atendimentos compartilhados, segunda opinião formativa à distância, associado às ferramentas do Telessaúde, são o instrumental experimentado no exercício da supervisão enquanto apoio matricial. O acompanhamento de reuniões de equipe, diálogo com a gestão e com os membros da equipe na busca por construir um ideário de projeto de atenção básica também são algumas experiências desenvolvidas no processo de supervisão.

O lugar (ou o não-lugar) institucional do supervisor, leva-o a ser o mediador para as tensões dos atores envolvidos nos programas. No nível da micropolítica, o supervisor coloca-se como defensor de prática institucional democrática e garantia de cumprimento dos contratos assinados pelas partes.

Em um plano macro, o supervisor é colocado como um representante efetivo do MS. Seja pela cobrança das categorias profissionais da saúde (em especial a dos médicos) dada a possibilidade de desvios éticos dos profissionais; seja pela cobrança do município por mais investimentos e incremento no número de profissionais contemplados; seja pelos próprios profissionais, como no caso dos

recorrentes lapsos das comissões de residência médicas ao descumprir a lei que designa a aceitação dos bônus nas provas.

O MS ampliou em 2013 as atribuições do supervisor. Em apresentação à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), um dos diretores da SGTES trouxe como tarefas da supervisão:

1. Supervisão presencial e à distância (via internet ou telefone);
2. Disponibilidade de contato para situações problemas ou emergências;
3. Acompanhamento, junto com os profissionais, dos módulos do UNA-SUS;
4. Desenvolvimento de competências dos profissionais;
5. Avaliação do profissional.

O trabalho de supervisão passa a ser desenvolvido com inclusão de abordagens como a educação permanente, incentivo ao apoio matricial e a avaliação formativa/somativa (CARVALHO, 2013), além da priorização pelo MS da tarefa de avaliação.

O cotidiano do trabalho do supervisor se configura na ida às unidades mensalmente. A partir da discussão dos elementos do relatório, são identificados o perfil de atendimento dos profissionais, seja das diversas áreas de atenção (mulher, criança, adulto, idoso) ou do trabalho ambulatorial x grupo; como se dá seu trabalho em equipe; como que é feito o processo de educação continuado do profissional e da sua equipe; eventuais falhas estruturais e mudanças de/na unidade de saúde.

A avaliação já foi comentada anteriormente neste estudo quanto aos pesos e à importância da supervisão neste processo. Para o supervisor, a avaliação é dividida em dois momentos, um processual e outro pontual.

A avaliação processual está incluída no relatório mensal de supervisão e contempla aspectos de atitudes positivas e negativas, além de atribuir notas de zero a dez – em parceria com a equipe na qual o médico esteja inserido – quanto a (1) compreensão ampliada dos problemas de saúde e empatia com os pacientes; (2) anamnese, exame físico, uso de recursos diagnósticos e registros adequados ao

contexto; (3) assiduidade e pontualidade; (4) atividades comunitárias e inserção na equipe.

A avaliação pontual é feita em ciclos e leva em conta duas dimensões: (1) processo de trabalho, com três itens (anamnese, registro e conduta); (2) atributos da atenção básica, com cinco itens (organização do processo de trabalho/acolhimento, coordenação do cuidado e longitudinalidade, integralidade, ações de educação em saúde, e ações de integração comunitária).

Outros modos de fazer supervisão têm sido experimentados recentemente e é objeto de reflexão deste estudo. A supervisão coletiva, associada à discussão de casos, sob inspiração dos Grupos Balint-Paidéia tem sido espaço de interessantes análises, antes não acessadas pela aqui tida supervisão “tradicional”.



## **2. RELATOS DE EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO**

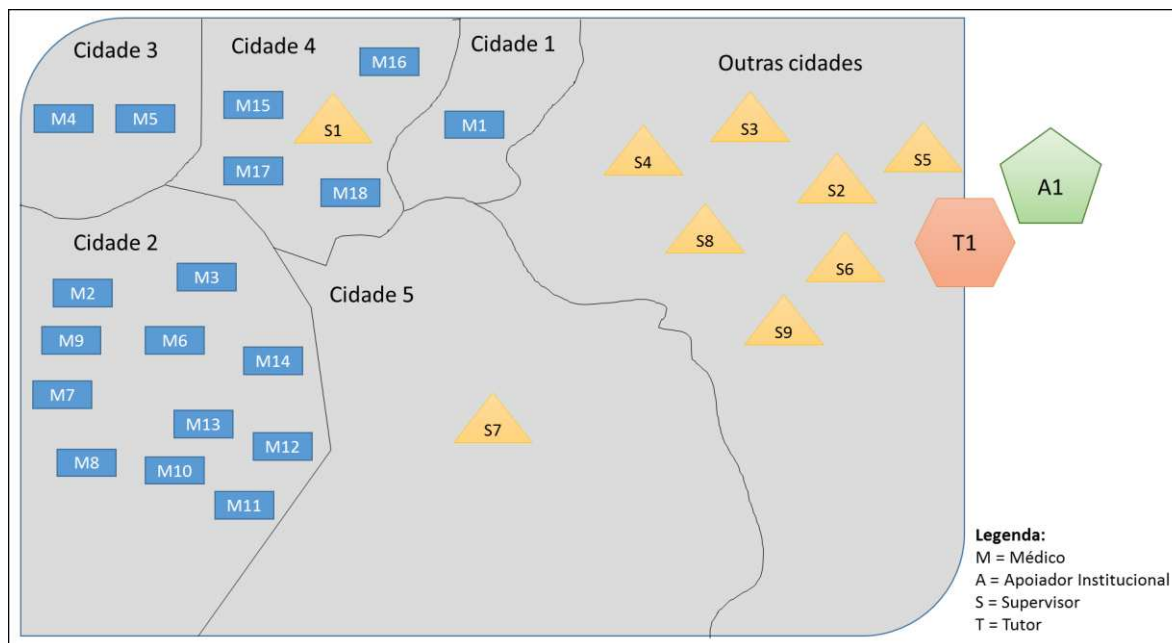
O presente estudo se propõe a refletir sobre a prática de supervisão no PROVAB e no PMMB e a partir dela criar categorias analíticas que permitam avaliar este trabalho e compreendê-lo enquanto dispositivo pedagógico potente. Para isso, o pesquisador se coloca enquanto sujeito da pesquisa, e sua vivência serve como arcabouço para que estas análises sejam desenvolvidas.

Nesta sessão do trabalho, reconstrói-se uma série de relatos de experiências. As impressões foram captadas e aqui reproduzidas desde a inserção do autor enquanto supervisor dos programas, com início no PROVAB 2013 e posteriormente no PROVAB 2014 e no PMMB (2014), no período de março/2013 a fevereiro/2015. Busca-se colocar as situações em contexto e trazer – unicamente – as impressões do supervisor/autor neste processo.

O olhar dos outros atores envolvidos no trabalho destes programas não é acessado, o que de antemão é um reconhecido limite desta pesquisa. Porém, não se constitui em impeditivo para que este estudo exploratório possa desenvolver algumas reflexões sobre esta prática e sua potência. Embora algumas reflexões sejam desenvolvidas durante a constituição das narrativas, a discussão e análise acontecem na próxima sessão.

Optou-se por dividir os relatos conforme as distintas regiões acompanhadas, assim como sua vinculação a distintos programas. Na figura 11, pode-se observar o mapa representativo das distintas cidades, com seus respectivos médicos vinculados aos programas, conforme relatos de experiência que serão construídos nesta sessão. Representa-se, também os supervisores, o tutor e o apoiador institucional que serão citados. O diagrama das cidades tem diferentes tamanhos para denotar tamanho da população e área do município, de forma apenas ilustrativa.

**Figura 11 – Mapa Representativo de Cidades, Médicos, Supervisores, Tutor e Apoiador referidos nos relatos**



## 2.1. Supervisão indutora de modelo: um exercício de Universalidade

“Quinze minutos para o médico e seu paciente!”. Assim, começa a supervisão de uma médica, que acompanhei no PROVAB 2013, que chamaremos de M1, e cidade 1.

São Paulo é um estado rico, não só materialmente como de produção de conhecimento. Na saúde, data de tempos pré-SUS o surgimento de estratégias de cuidado a partir da criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cuidado programático e incorporando especialidades médicas no serviço, as hoje chamadas UBS tradicionais<sup>18</sup>.

Desde 1994 o Brasil vem avançando com o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia financiada pelo Banco Mundial, atrelada inicialmente a uma oferta do que se convencionou chamar “cesta básica de saúde”. Muitos municípios

<sup>18</sup> Em contraponto as unidades de saúde com médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, chamada de PSF, e depois Estratégia Saúde da Família (ESF).

aderiram ao programa, que deixou de ser programa e passou a ser política de Estado, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) (AGUIAR, 1998).

O estado de São Paulo também ingressou no PSF, entretanto, alguns municípios optaram por manter a estrutura de atenção básica já previamente estabelecida juntamente com novas unidades de PSF, como Jundiaí; fazer um *mix* de modelos, como Campinas; ou mesmo não entrar no programa, ainda que isso pudesse significar potenciais perdas financeiras ao município, como na cidade 1.

A lógica do atendimento neste município é por clientela adscrita não determinada por um território de abrangência: livre adesão às unidades, com abertura para demanda espontânea e acesso direto ao especialista. A atenção é individual e focal. Não há equipe de referência, ainda que as reuniões se dessem de forma periódica para passar informes aos profissionais.

Peculiarmente, boa parte dos profissionais que trabalhavam neste município possuía contrato precário, através de empresa terceirizada para fornecimento de pessoal.

Com a mudança de gestão, uma equipe nova assume a secretaria de saúde e resolve inscrever o município no PROVAB, sendo contemplado com uma médica.

A demanda é grande, apesar do pequeno tamanho do município, e a profissional recém-chegada é inserida na lógica dos quinze minutos com o paciente. Reconheço o esforço da colega em fazer uma boa prática, atendimento cordial, ético, compromissado, afora o impulso de pôr em prática o que aprendeu na faculdade, já com um modelo pedagógico em sintonia com as DCN 2001. Contudo, o trabalho se constitui penoso, pouco resolutivo, sem espaço para uma clínica diferente, centrado no médico e na patologia. Como se tomasse por empréstimo o paciente hipertenso do cardiologista, a grávida do obstetra, a criança do pediatra.

A luminosidade era boa, tinha material razoável, consultório pequeno, mas com o mínimo necessário. Estava adequado? Com a fala de que a médica conta

com a falta do paciente para poder almoçar, o incômodo vira palavra e a intervenção se faz necessária.

Neste processo de rediscutir que trabalho está sendo feito, encontro ressonância dentro da gestão. A diretora de saúde do município, que vem em pouco tempo a se tornar a secretária de saúde, tem uma agenda muito clara de implementar um outro modelo de atenção básica no município. Traz estudos financeiros, impacto orçamentário, plano de ação, metas, atores a serem acionados, mas esbarra na lógica estabelecida, no instituído no município.

De fato, minha intervenção se dá sobre a carga e densidade excruciante do trabalho da médica, muito embora no pano de fundo houvesse uma rediscussão de modelo de assistência. Quinze minutos não dava... como dar seis para o paciente?

Mais uma vez o aspecto simbólico de supervisor enquanto representação de um ente maior, no caso o MS, é fator decisivo para convencimento de setores estratégicos na política local. Só assim foi possível articular um projeto piloto de ESF.

M1 pede um período de transição, para ir reconduzindo o vínculo que conseguiu construir com os pacientes, ainda na lógica anterior. Tempo suficiente para o município articular a escolha da primeira área a ser coberta pela ESF: uma área predominantemente rural, distante dos principais serviços de saúde, com um serviço que funcionava de forma intermitente, tendo médico apenas uma vez por semana, rodiziando clínico, pediatra e ginecologista.

Escolha acertada, a meu ver. População reconhecidamente desassistida, dada a dificuldade de acesso à saúde, além do que, não há conflito de competências com outros serviços de saúde. População a ser adscrita e cuidada.

Poder acompanhar o processo de territorialização foi muito potente. A identificação do tamanho da área de cobertura já levou o município a disponibilizar transporte para atender pessoas que ficam em áreas há mais de 2 km por estradas



de terra. A presença de escolas no bairro motiva futuras parcerias. Um resort próximo é palco de oficinas e capacitações.

Como pedido de M1, a enfermeira de uma das unidades em que aquela atuava foi deslocada para compor a equipe. Faltava selecionar os agentes comunitários de saúde.

A construção do edital de seleção, a prova, o curso de capacitação, tudo é feito em conjunto ou mesmo pela equipe da unidade. M1 se torna uma das facilitadoras do curso de capacitação para ACS, aberto para a população do bairro e realizado no referido resort<sup>19</sup>.

Quatro<sup>20</sup> agentes foram selecionados, completando a equipe. Devidamente treinadas, continuam o trabalho de cadastramento dos usuários e famílias.

Com acesso garantido, em pouco tempo o serviço, antes pouco procurado, acaba por ganhar legitimidade junto à população.

Começou o trabalho de desenhar a agenda da médica. Atendimento geral, quantas consultas são necessárias, como seriam captadas as demandas por visita domiciliar, que perfil de população estamos cuidando, como lidar com a fila e o acolhimento às pessoas pela equipe, garantia de espaço para atividades coletivas e reunião de equipe.

Em casa alugada, uma recepção foi improvisada. No terraço, algumas atividades em grupo começaram a acontecer. Com a chegada de apoio por um educador físico, institui-se grupo de caminhada, junto ao grupo de nutrição. Um informativo é criado pela equipe para divulgar o papel do serviço e suas ofertas: “Saúde Informa”.

---

<sup>19</sup> M1 foi quem articulou com a gerência do resort a cessão do espaço. Barganhou que atenderia “de graça” os funcionários na unidade. Acabaram não só cedendo o espaço, mas também a alimentação durante o curso.

<sup>20</sup> A secretaria pleiteou os seis a dez ACS preconizados pela ESF, mas, por limitação orçamentária, a câmara municipal só aprovou a seleção de quatro ACS.

Não foi surpresa a médica ser convidada a dar entrevista à mídia local. Já em tempos de conferência de saúde, fez a abertura da conferência com a trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS e as experiências que sua equipe vinha desenvolvendo.

Em seu trabalho de conclusão de curso (TCC), também chamado de Projeto de Intervenção (PI), foi impedida de discutir sua experiência, porque tinha que ser algo a intervir, e não descrever o que já foi. Acabou falando de atendimento de urgência na APS, sugerindo capacitação para a equipe e melhorar o material disponível, provavelmente por conta das suas dificuldades de relação com a Unidade de Pronto Atendimento de referência.

Apesar de todo o temor de M1 de que estava estudando muito mais a legislação do SUS e maneiras de implementar uma UBS/ESF que para as provas de residência, a médica hoje cursa residência em cirurgia em importante serviço do interior de São Paulo.

Não posso dizer que foram os bônus que a levaram a conseguir entrar na residência, mas ousou dizer que não foram apenas os bônus.

Aqui o PROVAB proveu, não fixou, porém com certeza educou pelo trabalho. E a população pôde percorrer mais um degrau em vias à Universalidade. Pouco tempo depois, chegaram no município dois colegas do PROVAB, e um deles assumiu a continuidade do trabalho nesta unidade. Outros cinco médicos intercambistas chegaram ao município, avançando com o projeto de indução de modelo.

## **2.2. Supervisão da prática de cuidado: exercício da Integralidade**

*"Os grandes navegadores devem sua reputação  
aos temporais e tempestades."  
(Epicuro )*

Da minha vivência de MEM, tive a oportunidade de conhecer diversos estudantes de medicina, dentro e fora da UFPB. Para minha grata surpresa, dois

destes estudantes eu pude reencontrar a partir do processo de supervisão do PROVAB.

A dupla de colegas, que chamaremos de M2 e M3, mudou-se para o estado de São Paulo no intuito de conhecer uma realidade de assistência diferente das cidades do interior nordestino e também devido à metade das vagas de residência estar em terras paulistas. Conseguiram, então, vir juntos para o mesmo município, a cidade 2.

A escolha deste município se deu por ser de médio porte, já possuir alguns serviços de residência, ser perto da capital e porque já conheciam alguns outros colegas que trabalhavam por lá. O fato de acabar os supervisionando foi pura coincidência (ou não!).

Inicialmente, atuaram em unidades pequenas e distintas, completando equipes de UBS tradicionais, com atenção focada no atendimento a adultos. Com a escolha do MS em induzir os municípios a se adequarem ao modelo de ESF como pré-requisito à manutenção destes no PROVAB e posteriormente também no PMMB, o município optou por deslocar os colegas para uma mesma unidade, distinta das anteriores, bem maior, com uma população coberta imensa<sup>21</sup>, onde já havia dois programas de PACS em instalação, mas faltavam dois generalistas para compor as duas equipes.

Como toda mudança, muita tensão. Os colegas se adaptaram rapidamente ao trabalho nas suas primeiras unidades, entretanto esta era bem mais distante do centro da cidade, muito maior e com uma ambiência bastante semelhante a outras unidades que eles já haviam trabalhado no nordeste. Queixavam parecer um Pronto Atendimento (PA) do interior, e, de fato, havia semelhanças.

Tratava-se de uma região da cidade sem vínculo direto com o centro da cidade, com a interposição de uma área rural e uma grande rodovia. Além de tudo,

---

<sup>21</sup> Para ilustrar, a população coberta por esta unidade correspondia à população da cidade 1 em que estava inserida a ESF anteriormente descrita.

a unidade funcionava até às 21h. Nos finais de semana funcionava como PA, até que o município terminasse de construir a UPA da região. Nem celular, nem internet estava disponível dentro da unidade<sup>22</sup>.

A compreensão de que o trabalho na atenção básica não é o mesmo que no serviço de urgência ficou mais confusa, na medida em que a estrutura física é a mesma, mudando apenas a lógica de atendimento a depender do horário que o paciente chega à unidade. Essa era uma das principais queixas que o serviço apresentava, e também um dos pontos de tensão com a população assistida.

Ora, se em determinado momento o usuário se depara com a escolha de esperar o tempo que for, mas que será atendido no mesmo dia, não sem razão ficaria afrontado com a condição de espera de uma agenda para dois ou três meses. Meses e horas são parâmetros bem distintos, ainda que a clínica pudesse ser supostamente diferente.

No meu trabalho como médico, já dei alguns plantões em um PA que ficava ao lado de uma UBS. Eram seis, oito, doze horas de espera, e quando finalmente se conseguia atender o paciente, estávamos ambos já irritados: eu pelo desgaste do plantão, e ele pela dor, fome e impaciência justificada. Não raro, a demanda era renovar a receita dos anti-hipertensivos e prescrever um analgésico, o que, ao meu ver, não era papel precípua daquele cenário. Findava fazendo as concessões que me cabiam para evitar que mais alguém quebrasse a porta de saída. Por um tempo me causou estranhamento que a UBS ficasse ao lado deste serviço e a população continuasse a procurar (im)pacientemente este serviço e não aquele; entretanto, a supervisão deste casal me fez refletir o embate entre a oferta que fazemos e as necessidades do usuário.

Carvalho (2007) comenta que a prática de saúde e seus modelos de atenção estão vinculadas a correntes teóricas da saúde coletiva. Acredito que é uma forma didática de explicar determinados cenários da APS, mas o que encontrei nesta

---

<sup>22</sup> Algo também presente no caso anteriormente descrito.

unidade era uma miscelânea de modelos. Do acolhimento ao usuário (Defesa da Vida) às caixinhas de ações programáticas (Vigilância em saúde – Promoção da Saúde), pude perceber que todos os modelos estavam em dissonante convivência.

Apesar das dificuldades que se colocavam, em menos de dois meses os dois colegas já nem se lembravam do trabalho anterior, ou queriam mudar de equipe. A explicação dada estava no afeto e na acolhida das pessoas, tanto profissionais como usuários, para com eles.

Lembro de que um dos depoimentos presentes no filme “Sicko – S.O.S Saúde” do Michael Moore (SICKO..., 2007) retrata a solidariedade desenvolvida pelas pessoas em um momento de grande intempérie, naquele caso a 2ª Grande Guerra<sup>23</sup>. Faço um paralelo aqui: cuidar de 30.000 pessoas carentes, em que saúde era a principal política pública que chega a estas pessoas, não é simples, mas a criatividade e solidariedade da equipe tornam o trabalho menos duro.

Alguns movimentos aconteceram com a chegada dos colegas. O trabalho de um generalista é novidade para a população. A fala de estranhamento de M2 quando ela atendia a criança, tendo a mãe passado em consulta anteriormente era comum, porém logo superada.

Atender crianças poderia ter sido um percalço para o trabalho dos dois, se o médico M3 não estivesse motivado a ser pediatra. Mesmo que os pediatras da unidade quisessem manter consigo as crianças<sup>24</sup>, a alta demanda e a abertura dos colegas garantiam o exercício do apoio matricial, ainda que sem o arsenal teórico desta ferramenta que os respaldassem.

Com as mulheres e gestantes, foi diferente. Não consegui me aproximar dos especialistas da unidade, então as impressões se dão a partir do relato da equipe ou mesmo dos próprios colegas. Não sei se por questão salarial, má ambiência,

---

<sup>23</sup> Neste mesmo depoimento, de um inglês, retrata a relação deste sentimento nacional com o posterior desenvolvimento do Nacional Health System – NHS – o sistema de saúde do Reino Unido.

<sup>24</sup> Algo que vi ser peculiar a alguns tantos pediatras desta cidade, relacionado com a experiência de quase dezoito meses de supervisão em diferentes serviços no mesmo município.

projeto pessoal distinto, mas era corriqueira a queixa do mínimo esforço, da má relação médico-paciente, e por fim, da hostilidade com os médicos do PROVAB. Passados seis meses, a agenda dos dois colegas está repleta de gestantes, puérperas, mulheres em idade fértil com as mais diversas queixas. Mesmo com a falta de uma retaguarda do especialista da unidade, algo lentamente superado e isolado na figura de um ginecologista, os médicos construíram legitimidade com a equipe e vínculo com a população.

A experiência que os fizeram reforçar no crédito ao trabalho na atenção básica foi o grupo de insulinoterapia. Partindo do diagnóstico de realidade que a maioria dos pacientes deles tinha dificuldade na adesão ao tratamento e no controle da glicemia, reuniu-se um grupo de cerca de vinte pacientes, em sua maioria mulheres idosas, e a partir de troca de experiências, tira-dúvidas e ofertas pedagógicas, conseguiu-se compensar uma boa parte dos pacientes, diminuindo o encaminhamento ao endocrinologista. Perceberam que naquele espaço era possível ver o que o paciente não sabia. Outros grupos surgem, e são deslocados para uma área mais perto da casa das pessoas, o que realmente dinamiza a adesão e participação dos usuários.

Nesta época, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) chegou, com muita potência, para ajudar no trabalho com saúde mental na unidade. Composto por psiquiatra, psicólogo e assistente social, o NASF passou a apoiar a equipe com alguns casos complexos e dar outras ofertas para o acompanhamento destes casos.

Vale aqui resgatar um caso em especial. Na mesma supervisão em que um dos colegas me contou que um paciente marcou consulta só para agradecer o cuidado que vinha recebendo por M3, como um marco que sucesso para ele, este coloca que uma de suas pacientes havia se suicidado. Era uma paciente depressiva, já em acompanhamento conjunto com o NASF, já havia feito visita domiciliar, contrato com família, ajuste de medicação, redução do discurso suicida. Ficou sozinha em casa, cortou a mangueira do gás e explodiu a casa. Não houve

outros feridos. Os filhos na escola, marido no comércio. Após o ocorrido, todos queriam fazer algo contra a UBS. Outros pacientes aproveitaram o mal estar para tomar atitudes mais agressivas. Uma das pacientes ameaçou fazer boletim de ocorrência contra este colega ao se sentir acuada, pois estava se discutindo a responsabilidade dela em relação ao cuidado de um idoso.

Notadamente, havia trocas no trabalho entre os dois colegas, que dividiam experiências e saberes. M2 se responsabilizava mais pelas urgências, pois queria ser cirurgiã, e M3 atendia as crianças abaixo de seis meses. Essas trocas, a meu ver, ajudaram na escolha de seus Projetos de Intervenção.

M3 resolveu discutir em seu projeto o aleitamento materno exclusivo e as causas do seu abandono, pensando em construir um fluxo de atendimento, com reforço positivo na consulta puerperal e nos grupos de gestante.

M2 me surpreendeu na escolha, na época: queria discutir atenção ao paciente de saúde mental na atenção básica. Falava que gostava muito de saúde mental e que ela estava tentando tirar de casa os pacientes que atendia. De longe, o melhor projeto de intervenção que li naquele ano, trazendo um resgate da reforma psiquiátrica, sua relação com a atenção básica e o que existe sobre o preconceito com estes pacientes, algo a ser trabalhado com equipe e população em geral. O que fazer com os filhos da reforma psiquiátrica também é um tema que me é caro.

Ambos entraram na Residência. Ela já tinha vaga trancada em cirurgia em serviço de São Paulo, mas veio a desistir. Ele entrou em serviço do SUS-SP, Pediatria, usando os bônus. Lembro que nas ultimas supervisões perguntei a M2 sobre a experiência no PROVAB, e ela dizia ter gostado muito e, ainda que não soubesse se voltaria para a atenção básica, com certeza atuaria no SUS.

Acompanhando por outros meios, já fora do PROVAB, vi que a equipe fez uma festa de despedida, com a participação inclusive de usuários. O trabalho naquela unidade continuou, e meses depois chegam outros três colegas, uma do

PROVAB, e outros dois do PMMB, um brasileiro formado em SP e um médico formado em Cuba.

### 2.3. Das dificuldades do processo de Supervisão Prática

*“Se a aparência explicasse a essência, o  
sabor seria desnecessário.”*  
(Autor Desconhecido)

ou

*“Se a aparência e a essência das coisas  
coincidissem, a ciência seria  
desnecessária.”*  
(Karl Marx)

Durante o processo de supervisão no PROVAB 2013, uma das cidades que acompanhei, cidade 3, acabou por reunir os meus dois únicos desligamentos no programa, o médico M4 e o médico M5.

Não dá para colocar no mesmo patamar os encadeamentos que levaram a tal decisão, ou mesmo culpabilizar o município. Eram dois perfis distintos, com histórias e vivências singulares no programa.

Tratava-se de um município pequeno, com uma gestão bastante potente, à primeira vista, porém frágil no que tange a articulação política. Com menos de 30.000 habitantes, há uma rede de assistência à saúde constituída por uma dezena de UBS, centros de referência de especialidades e uma UPA, com referência hospitalar em cidades vizinhas. Desde o primeiro contato, fui reportado da felicidade com que a população recebia o programa e a nova maneira de atender que os médicos promoviam, principalmente um deles, sobre o qual recebi cópia de carta de elogio das mãos da secretária municipal de saúde.

O fato de ser mãe deste elogiado colega, M4, não diminuía seu trabalho enquanto secretária de saúde, e que ela vinha demonstrando fazer na cidade 3.



Desde o início do trabalho nesta cidade, percebo a potência de M4. De todos os médicos que acompanhei, esse era o que recebia melhor minhas ofertas, introduzia no processo de trabalho as ferramentas que eu disponibilizava e que se mostrava mais aberto a fazer diferente. Como não tinha certeza sobre que especialização seguir, era dos poucos que apontava interesse em ficar no programa por um segundo ano.

Achava um pouco confuso como ele conseguia levar o trabalho em um CS enquanto recém-formado, plantão na urgência na cidade, e duas especializações: medicina do tráfego e medicina do trabalho. Tempo depois ainda descobri que fazia horas-extras em outro CS da cidade.

No outro lado da cidade, atuando em um pequeno CS separado da cidade pela rodovia, estava o outro colega, M5. Diferentemente do primeiro, M5 não tinha família na cidade e estava determinado a cumprir com o programa, usar os bônus da residência e entrar em PRM de ortopedia. Veio parar naquela cidade por indicação de colega de faculdade que também viria, entretanto este desistiu e ele seguiu sozinho.

As dificuldades de se estabelecer em outra cidade, sem rede de contatos, principalmente em cidade de pequeno porte, com poucas alternativas de lazer ou espaços de encontro, era uma queixa recorrente de alguns profissionais que acompanhei. Nas outras cidades, ainda apoiei no sentido de que os *provabianos* pudessem se encontrar, manterem contato, dividir angustias. Aqui foi mais difícil. Com a retaguarda familiar de M4 e este tendo relacionamento fixo, a aproximação foi bem menor com M5, fazendo com o que este vivenciasse o isolamento, ou buscasse sempre o retorno à casa dos pais.

As minhas visitas de supervisão, assim como os espaços mensais que fazíamos na instituição de ensino, servia como espaço terapêutico, a meu ver. No encontro, era possível discutir os casos, trocar experiências, pensar junto maneiras diferentes de produzir cuidado. Mas também servia como espaço de aproximação, de conhecer no outro suas potências e limites, angustias e desejos.

A secretária de saúde foi desligada do cargo no meio do ano de 2013. Assumiu como secretário um administrador, crente da eficácia do modelo Clássico de Administração Gerencial Taylorista<sup>25</sup>, alegando que se servia para as empresas, há de servir para o serviço público, em especial na saúde, como bem disse em nosso primeiro encontro. Seu governo seria a vitrine para esta sua ideia revolucionária, e ao assumir o seu desconhecimento específico da área, manteve os outros funcionários da gestão, com poucas mudanças no quadro de pessoal da secretaria.

Fui acionado pouco tempo depois pela gerente da atenção básica do município para queixar do trabalho e das ausências de M4, sendo o ponto decisivo para se exigir mudanças o fato do colega permitir em seu consultório a presença de um amigo inglês, que se apresentava como estudante de medicina e não falava português. Chegou uma queixa na ouvidoria do município neste aspecto, sendo as outras captadas por informações da equipe.

Talvez essa tenha sido a questão que mais me deu trabalho durante a supervisão em 2013. Dar suporte para quem é recém-formado, construir um trabalho em equipe, garantir o mínimo de estrutura, nada disso me demandou tanto quanto pactuar com um colega os direitos do paciente, trabalho qualificado na atenção básica e cumprimento de jornada de trabalho.

Não conhecia os bastidores específicos da política local, entretanto, o secretário se mostrava receoso com o fato da mãe de M4 ser ex-secretária, e o pai um político influente, ex-prefeito da cidade. Tentei minorar a questão, e garantir que a vinculação do colega é com o município com intermediação do MS, sendo meu o papel de mediador no processo.

A questão do amigo inglês foi resolvida. Os pacientes foram informados de sua presença e eram consultados sobre se ele poderia ou não acompanhar o

---

<sup>25</sup> Frederik Taylor é considerado o pai da Administração Científica, à medida que foi o pioneiro no mundo científico a sistematizar o processo pelo qual a divisão do trabalho produtivo (entre dirigente e trabalhador-braçal) aumenta a produtividade de determinada atividade (MORAES, 2014).

atendimento. O inglês foi apresentado ao secretário e após uma semana voltou ao seu país. Das faltas, foi feito levantamento, com cumprimento em reposição ou desconto em dias de repouso<sup>26</sup>. Os ânimos acalmam.

Menos de um mês depois, volto a ser acionado. M4 levou sua namorada, então estudante de medicina, para acompanhar seus atendimentos sem consultar a gestão. Seu avô veio a falecer e o colega passou mais de uma semana de luto. Chegava atrasado e suas consultas eram muito rápidas: estas eram as novas queixas apontadas pela gestão. Entenderam que as queixas não apareciam antes por conta da enfermeira da UBS que dava salvaguarda a ele, o que fez a gestão trocar a enfermeira.

Os espaços de encontro promovidos pela instituição supervisora eram obrigatórios, contando como carga horária no programa. Por volta de agosto tivemos um desses encontros, onde a gestora da atenção básica do município e M5 foram, porém M4 não. Lá ela voltou a se queixar do colega, e em combinado com o coordenador do PROVAB fizemos acordo de tentar melhorar a relação e cumprir os combinados, ou acionaríamos a coordenação estadual<sup>27</sup> do PROVAB.

Tentei fazer cumprir os acordos com M4, que passou a ser esquivo e irritadiço. De posse dos dias faltados, ele traz justificativas, como quebra do carro, adoecimento. Dos atrasos, aponta que a população já sabe, e que o CS deve marcar os pacientes para mais tarde, pois ele dá conta de atender todos e que nenhum paciente reclama de seu atendimento, pelo contrário. Passa a me trazer questionamentos sobre melhoria salarial com complementação do município, pois está pensando em pedir, já que um amigo seu de outra cidade ameaçou sair e conseguiu.

---

<sup>26</sup> É garantido ao médico do PROVAB 30 dias de repouso ao se cumprir as atividades no programa, devendo ser pactuado com o município a melhor forma de sua garantia, sem prejuízo aos pacientes ou aos serviços.

<sup>27</sup> Instância deliberativa do programa, acima da coordenação local e abaixo da coordenação nacional, com presença de coordenadores do programa, MS, secretaria estadual de saúde, COSEMS.

Apontei o que sabia e o que me cabia. A mim, ele deveria prestar contas, atendendo a população no perfil esperado, a todas as faixas etárias e sexos, cumprindo a agenda do médico de família. Caberia ao município a fiscalização da jornada de trabalho cumprida ou não, e em caso de denúncia, ou se pactuava uma reposição, ou o colega seria desligado. Acordos com o município, se descobertos, podiam levar ao descredenciamento do município junto ao programa.

Saí frustrado e sentindo-me enganado. O médico M4, diferentemente do primeiro contato, mostrou-se descompromissado e buscando usufruir de vantagens, ainda que em detrimento do paciente. Em uma visita de supervisão que viria a ser a última, esperei das 8h até quase 10h para que o colega aparecesse no trabalho. Tive tempo de ver sua agenda, devidamente marcada a partir das 9h, com um paciente a cada dez minutos. Perguntei se ele dava conta, e foi dito que não era tolerado atrasos dos pacientes, que ele atendia “rapidinho”, pedia uns exames, às vezes demorava um “pouquinho” examinando alguns pacientes, porém os pacientes gostavam dele como pessoa, pois pior sem ele. Aquela unidade ficara sem médico por mais de seis meses antes da chegada de M4.

Recebi outra mensagem desesperada da gestão. M4 havia humilhado a nova enfermeira. Ela não queria mais renovar as receitas dos pacientes, afirmando ser trabalho do médico, já que deve ser avaliado se vai mudar ou manter alguma medicação, o que ele entendeu como um boicote ao seu trabalho, exigindo o retorno da outra enfermeira, agredindo verbalmente a atual. Nesta última visita, fui para saber da questão e ver se o colega continuava com as práticas descritas anteriormente. Verifiquei que pouco mudou e, diante da nova questão, optamos em consenso com o município reportar a situação à coordenação estadual, que após reunião, cerca de trinta dias após o ocorrido, decidiu pelo desligamento do colega do PROVAB.

Em contato com a gestão, foi-me pedido fazer uma conversa na secretaria com o colega, para então explicitar a decisão da coordenação. Durante a reunião, o colega se sentiu traído por mim e o secretário decidiu dizer que de nada sabia até

aquela manhã, e que tinha uma proposta de reconciliação, mantendo salário, benefícios e comodidade no trabalho, com retorno da enfermeira se o colega quisesse. Considerei um brinde à mediocridade, pactuando o silêncio político do colega. Encerraria a questão um e-mail do colega, exigindo gozar do descanso a que tinha direito, o que foi negado, pois fugia ao prescrito pela legislação específica; ele não terminou o trabalho no programa, então não tem direito, pois não se trata de férias, mas um período de repouso que todos os que concluem o programa têm.

Ainda continuei no município supervisionando o outro colega. Fiquei preocupado de como este havia entendido o ocorrido, entretanto o próprio já havia avisado do risco de desligamento ao outro, e que achava que foi um preço a ser pago pelas escolhas equivocadas do primeiro.

A questão do isolamento ainda incomodava M5, mesmo que sendo lentamente contornada. Descobriu uma aula de música (bateria) no município, e as férias que conseguiu tirar melhorou seu ânimo ao voltar para casa.

Estava em crise em como lidar com a enfermeira da unidade e sua postura centralizadora. As reuniões de equipe serviam de palco para a enfermeira, o que conquistou a antipatia de parte da equipe, em especial de uma ACS.

Acompanhei de perto o processo de tensão nesta unidade. Em algumas visitas, eu passei mais tempo em diálogo com a enfermeira que com M5. As mudanças no processo de trabalho foram muito lentas e não deu tempo de ver se algo mudou. Algumas mudanças ocorreram, como o pedido de demissão da ACS, o boicote da enfermeira às reuniões de equipe (passou a usar o tempo planilhando seus atendimentos, como forma de se legitimar para a gestão municipal, dada a instabilidade dentro da unidade). Ela afirmava que não impedia que as pessoas façam reunião, só não poderia – pelos próximos três meses – participar porque assumiu aquela demanda e este era o único horário que encontrou para realiza-la.

M5 não sabia mais se queria fazer residência. O clima no trabalho é muito pesado, ainda que melhor após a saída da agente. Falou algumas vezes em sair do

PROVAB, pois não consegue estudar o suficiente para as provas de residência. Passou um bom tempo tendo que estudar as dificuldades que apareciam e não se sentia preparado.

O final do programa se aproxima e a tarefa de fazer o Projeto de Intervenção (PI) foi o empecilho que faltava. Como queria fazer ortopedia, pensou em fazer um projeto sobre quedas em idosos, uma abordagem de risco, com capacitação da equipe e vigilância durante as visitas domiciliares. Sua ideia me mobilizou a mudar minha prática durante o tempo que fiz visitas domiciliares, inclusive incorporando a discussão sobre tapetes em casas com idosos. Entretanto, por desorganização pessoal, M5 travou, esperou até o último dia e desistiu. Desistiu da pós-graduação, o que lhe impediria de acessar os bônus de 10%, mas como ainda tinha dez dias de férias, bastava ele terminar a semana que ele teria cumprido o programa. Assim o convenci.

Neste município cheguei a pensar em fracasso. Entretanto, a cada um se atribui sua responsabilidade. Aqui, aprendi a desconfiar do mais trivial que na aparência é singelo, parafraseando Brecht. E também a ter um olhar com mais cuidado pelo outro. Não foi de todo fracasso. Entendo como dificuldades, singularidades a que todo supervisor está sujeito.

#### **2.4. Um jeito diferente de fazer supervisão: Grupo Balint-Paidéia**

Não existe uma prescrição muito bem definida para o trabalho de supervisão prática no PROVAB ou no PMMB. Existem algumas tarefas a serem cumpridas e algumas diretrizes para o trabalho, mas nada sobre o como fazer.

Como tarefas, temos que fazer uma visita ao serviço e ver as condições de trabalho e as demandas do médico recém-chegado, preenchendo o Relatório de Primeira Visita de Supervisão (anexo 1). Nos meses subsequentes, temos um relatório diferente a ser preenchido (anexo 2). Duas a três vezes no ano temos uma avaliação do médico a fazer (anexo 3).

De certa forma somos direcionados pelo relatório ao que devemos olhar na supervisão. Vejo potências e limites do fazer da supervisão um trabalho de prospecção das respostas a um questionário parcialmente fechado<sup>28</sup>. Qualquer estudo por fonte secundária sobre os relatórios de supervisão terá que assinalar certo limite no instrumento como referência de tudo o que vem sendo feito no trabalho de tantos supervisores, mensalmente.

Um destes limites é como fazer caber uma experiência de supervisão coletiva, quando o relatório é individualizado. Aqui reservo este espaço para retratar alguns exercícios que vimos fazendo no trabalho de supervisão.

Sem fugir a uma avaliação inicial das condições de trabalho para os médicos inseridos nos programas, em 2014 optamos por experimentar em duas cidades, cidade 2 e cidade 4, que fazemos supervisão. Numa delas, faço a supervisão em conjunto com outro colega supervisor, que chamaremos S1, a médicos vinculados ao PMMB, todos provenientes da colaboração OPAS-Brasil-Cuba. Na outra cidade, criei o dispositivo de reunir os médicos do PROVAB e do PMMB que faço supervisão e aplicar a ferramenta de discussão de casos em grupo inspirado nos Grupos Balint-Paideia (GBP). Neste relato, opto por designar esses grupos pela sigla GBP.

Um primeiro ponto é a perspectiva de experimentação da ferramenta GBP nestes dois cenários. É um instrumento relativamente novo, e seu uso na circunstância de supervisão do PROVAB/PMMB é um risco assumido por nós dois, fazendo nossas pioneiras aproximações com o dispositivo.

Tive um primeiro contato com a ferramenta GBP durante a residência, na qual trabalhei em conjunto com o autor da ferramenta. Fazíamos a coordenação conjunta de um grupo de gestores e trabalhadores da saúde de diversas cidades do estado de São Paulo, ainda que assumisse um nome distinto: Grupos de Apoio

---

<sup>28</sup> Existem espaços abertos no formulário que permitem, de certa forma, que aja alguma construção reflexiva, algo que pode e deve ser explorado pelos supervisores, ainda que limitado ao número de caracteres definidos a cada espaço. Daí se apontar como um documento parcialmente fechado.

Paidéia<sup>29</sup>. Revelo aqui que lidei com bastante angústia à época com a complexidade e sofrimento trazido nos casos, talvez pela minha inabilidade em fazer o afastamento necessário para pensar nas saídas para as questões colocadas. Pude não só fazer uma aproximação com a ferramenta, como também aprender tecnologias de coordenação de grupo.

Comecei o trabalho de supervisão em 2014 mantendo a mesma dinâmica do ano anterior. Assumi a supervisão de sete médicos no PROVAB e oito médicos no PMMB. Após alguns rearranjos internos com os outros supervisores e a desistência de uma médica do PROVAB<sup>30</sup>, acabei assumindo seis médicos no PROVAB, em duas cidades, cidade 1 e 2, e sete médicos no PMMB, em duas cidades, cidade 2 e 4.

S1 já vinha desenvolvendo há dois meses atividades de supervisão coletiva com o uso da ferramenta GBP como dispositivo para a cidade 4 em que supervisionava nove médicos no PMMB. Integrei no terceiro mês ao grupo, já que dois de meus médicos supervisionados estavam naquele município e vinham frequentando o grupo.

Com a ideia de S1, acabei propondo a meus quatro médicos do PROVAB e cinco médicos do PMMB que estavam na cidade 2 a fazermos uma experiência de discussão de casos e supervisão coletiva. Eles sempre demandavam por discussões clínicas em minhas primeiras visitas de supervisão, alegando ser pouco presente no curso do UNA-SUS. Uníssono, aceitaram a proposta, e um deles já se prontificou a trazer o caso, quase já o discutindo nesse primeiro momento de contrato.

---

<sup>29</sup> Ocorriam reuniões quinzenais com um grupo de cerca de vinte pessoas na UNICAMP, durante quase um ano, sendo coordenado por um dos membros do grupo de pesquisa Paideia, e co-coordenado por alguns estudantes da pós-graduação da UNICAMP, incluindo os residentes de MPS, do qual fiz parte.

<sup>30</sup> A desistência se deu logo no 3º mês de PROVAB, por não se adaptar ao curso de especialização da UNA-SUS. Tratava-se de uma médica mais experiente, odontóloga de primeira formação e recém-formada em medicina, que considerava o curso cansativo e de pouca aplicabilidade à sua prática diária, atrapalhando seu estudo para o PRM em cirurgia pretendido, sendo determinante à sua saída, algo já conversado desde a primeira supervisão.



A esse primeiro momento, fiz alguns combinados: confidencialidade do que era discutido; a escolha do caso seria individual, a não ser que quisessem fazer algum momento em dupla; seria algum caso que refletisse uma dificuldade para o médico e sua equipe; trabalharíamos no caminho de propostas terapêuticas, discutidas por todos; faríamos um rodízio de quem traria o caso; o caso já abordado seria rediscutido em espaço reservado nas reuniões subsequentes, sendo acompanhado suas mudanças e possível recontrato; antes da discussão de caso, faríamos uma supervisão coletiva, abordando os itens que o relatório de supervisão mensal pedia. Todos concordaram com tais combinados.

Não acompanhei o contrato no outro grupo. Como disse, cheguei apenas ao terceiro encontro, em substituição a uma colega supervisora.

Para fins didáticos, divido a seguir as experiências nos dois cenários descritos.

#### **2.4.1. GBP PROVAB/PMMB**

Minha primeira experiência foi na cidade 2, em que fizemos o GBP com os integrantes do PROVAB e do PMMB. O médico M6 que trouxe o caso pertencia ao PMMB e era o único brasileiro do programa na cidade. Estava atuando nas forças armadas e havia se formado há dois anos em SP. Entrou no programa como uma forma rápida e segura de voltar para sua cidade-natal. Começou o trabalho na mesma UBS da dupla de nordestinos M2 e M3, relatados anteriormente, continuando seu trabalho, assim como uma médica do PROVAB, M7 e um médico intercambista cooperado, M8.

Comecei fazendo a supervisão coletiva. A gestão municipal, na figura de duas gerentes da atenção básica, participou deste primeiro momento. Três pontos marcaram este momento: a médica M9, intercambista, estava em duas unidades, para cobrir a demanda da UBS de M10, também intercambista, cuja UBS havia perdido duas profissionais por licença; a fila de ultrassonografias de uma das

unidades estava demorando cerca de três meses, gerando insatisfação da população; houve um conflito entre M11, um dos intercambistas, e a pediatra da unidade, o que havia chegado até a secretaria de saúde.

Conversei sobre o papel destes médicos, em mais que cobrir a demanda emergencial, poder fazer o trabalho do médico de família na sua potência, vigiando uma população adscrita e podendo atender sua necessidade básica de saúde, resolvendo cerca de 85% de seus problemas. Para isso era necessário existir uma rede organizada, com clientela definida e garantia da longitudinalidade do cuidado. Discutimos sobre a dificuldade dessa garantia quando a colega se divide em duas unidades distintas, ainda que possa se entender a questão emergencial em curto prazo. Acordamos que em duas semanas a médica M9 voltaria para sua unidade e que o município tentaria repor a equipe em médio prazo.

A questão da fila foi anotada pela gestão e seria resolvida. A briga entre a pediatra e o médico M11 eu pude abordar em uma reunião agendada em um segundo momento. Seguimos para a discussão do caso.

O médico M6 trouxe um caso de uma paciente idosa, hipertensa e diabética, conhecida por todos na UBS, com várias idas e vindas à unidade, sempre com seus controles de pressão arterial e dextro bastante alterados. Morava nos fundos da casa do irmão, que retinha sua pensão e fazia as compras da casa. Tinha conflitos com a cunhada e não aderiu a qualquer tratamento proposto. “Típico caso perdido”, como retratado pelo colega reproduzindo suposta alegação da equipe. Havia algumas informações sobre exames e número de consultas médicas, tendo sido atendida desde o colega do PROVAB, passando por todos os clínicos que agora atuavam na unidade.

Acredito que debater hipertensão e diabetes possa ter sido sugestão minha. Na pergunta sobre que caso trazer, dizia sobre trazer um caso do seu dia-a-dia, hipertensão, diabetes, o que está mais os incomodando... E sinto ter sido ouvido como uma sugestão para o grupo.

Entretanto, não via como um simples caso de hipertensão e diabetes. Vi como desafio ao grupo, um caso impossível. Lendo o trabalho de Cunha (2009), vi que em um dos casos discutidos, houve uma espécie de teste com o coordenador, como que desafiando sua capacidade de lidar com o coletivo. Vi algo parecido, e logo no primeiro caso.

Houve pouca participação, de início. A desconfiança de que algo seria possível de ser feito e o pensamento definitivo de bater o martelo para um caso perdido era aparente. Notei identificação com o caso por alguns colegas, que também acompanharam alguns casos sem solução, pelo menos aparentemente. Provoquei o grupo a formular saídas, encontrar elementos na história.

No ofício da docência, nas discussões de caso, os alunos se portavam, de início, fazendo valer o sentido etiológico do ser aluno, esperando pela verdade esclarecedora e uma receita pronta. Senti-me tentado, por diversas vezes, a ofertar o conhecimento pronto, rápido, certo, derradeiro, e seguir para o próximo. Talvez por compromisso pedagógico, recuava e esperava uma construção mais dialogada de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. No grupo, voltei a sentir tal desejo. Estava claro para mim que havia muitas ofertas não trabalhadas no caso, como responsabilização da família, reconstrução da relação com a equipe, aproximação do NASF, inserção em grupos, reserva de espaço na agenda semanalmente até a paciente controlar, atualizar exames, diminuir o rodizio entre os médicos que a atendiam.

Houve certo debate sobre o melhor manejo medicamentoso ou não fazer nenhuma medicação já que a paciente não tomava nada corretamente. Decidido que era importante manter alguma medicação, visto que nos últimos exames, com data que quase seis meses, sua hemoglobina glicada superava 10%, e já havia indícios de insuficiência renal crônica de gradação inicial. A questão era o que usar de arsenal terapêutico. A diferença entre o protocolo de tratamento seguido por Cuba, com alinhamento americano, e o brasileiro, com aparente alinhamento europeu, gerou discordância na conduta da paciente.

Senti certa timidez dos médicos cubanos em participar da discussão. Uma das médicas do PROVAB, M12, centralizou parte da fala e tive que intervir, incentivando a participação dos outros médicos na problematização. Quando provocados, foi que surgiu a questão da divergência de protocolos, mas que os cubanos fariam o que o protocolo brasileiro mandar. Sugeri, para tentar superar o impasse, que um deles trouxessem um caso que fosse emblemático nas divergências de conduta no próximo grupo, e nesse meio tempo fosse encaminhado o protocolo brasileiro para todos e os intercambistas partilhassem o protocolo de Cuba. O protocolo brasileiro foi encaminhado. O caso foi trazido no grupo seguinte.

Voltando a discussão do caso, vendo que a discussão passou a circular na sua baixa possibilidade de intervenção, fui apontando algumas daquelas questões que descrevi antes. Acabei parando de trazer tais ofertas, pois notei um silêncio quanto a outras possibilidades. Preferi que M6, que trouxe o caso, dialogasse com as ofertas apresentadas pelo grupo. Com a certeza de que havia algumas frentes a serem trabalhadas, ficou animado em voltar para a equipe e tentar repactuar o cuidado com a família e com a equipe, acionar o NASF e esperar os novos exames para ajustar a medicação.

Saí motivado com a reunião, entretanto preocupado em como seria a melhor forma de intervir no grupo sendo supervisor, coordenador, professor e tido como *sujeito suposto saber*<sup>31</sup> naquele espaço.

Poucas semanas depois, reuni-me com a gestão municipal, o intercambista M11, a pediatra e a gestora local para tratar da suposta briga. M11 atendeu uma criança com uma pneumopatia crônica que precisava de um atestado médico para a creche continuar recebendo a criança. O médico avaliou que a criança fugia a seu repertório e pediu para que o atestado fosse feito pela pediatra, que foi abordada

---

<sup>31</sup> Como “sujeito suposto saber”, o psicanalista/médico/terapeuta é colocado, pelo paciente envolvido no tratamento, como aquele que conhece suas respostas, seus segredos, havendo assim o reconhecimento de outro sentido, inconsciente, para os seus atos. Da mesma forma, o professor é colocado no lugar do saber, estabelecendo condições para a transferência professor-aluno, possibilitando uma relação que sustenta o surgimento do desejo de aprender (BERTOLDI *et al.*, 2013, p. 204).

ao chegar à UBS. A médica negou assinar o atestado, alegando que não assinaria a conduta de outro colega. Dado o histórico de volatilidade emocional da colega e diante do impasse, acordamos com a gestão que houve um mal-entendido. A criança passa bem e foi atendida. Garantiu-se respeitabilidade entre as partes, o médico pediu desculpas pelo ocorrido, e que só queria que a pediatra avaliasse a criança.

Foi um momento bem tenso, principalmente porque, nos primeiros dez minutos de reunião, a pediatra resolveu discutir um caso com a referência em pediatria do município, usando de linguagem técnica, trazendo a complexidade do caso de menor internada em unidade de terapia intensiva - UTI, com sequela neurológica de causa não discutida e que sofria de uma importante úlcera de decúbito (lesão em extremidades devido contato direto e constante da pele com o leito ou outra superfície em paciente com restrição de movimentos), que precisaria de intervenção da cirurgia plástica. Ficamos os outros cinco sentados à mesa e assistindo a discussão do caso, até que a colega resolveu partilhar do que se tratava e de sua empatia com o caso, para então iniciar um discurso que foi analisador<sup>32</sup> da visão da assistência em pediatria no município.

Dizia que quem diz que ela seria médica era o Conselho Federal de Medicina; Quem dizia que ela era pediatra era a sociedade de Pediatria e o MEC; para completar, atuava em diversos serviços, inclusive em UTI, conforme o caso que havia discutido; era excelente médica; fazia a avaliação de Killip de paciente infartado quando chegava na UBS; nunca se importou em atender as crianças que colocassem para ela atender; era uma mera força de trabalho, não tinha que pensar ou discutir, pois mandava fazer, ela fazia, já que estava ali para trabalhar; também não se importava em discutir algum caso com qualquer colega, pois o que importava era o paciente, a criança, sendo um favor da parte dela em fazer isso, já que não era paga para ser preceptora de ninguém, porque todos eram médicos, então... e seguiu com o discurso que nunca havia se sentido tão humilhada, pois não

---

<sup>32</sup> Em análise institucional, analisadores são acontecimentos que permitem fazer surgir, com mais força, uma análise, que fazem aparecer a instituição "invisível" (Lourau, 1993, apud ARENDT, p.7).

imaginava ter que se explicar na secretaria sobre uma desavença pontual e já resolvida com o colega. Apontou que o colega elaborou atestado para ela assinar e que riu dela de forma irônica ao se negar, o que a fez se sentir exposta e humilhada, levando ao seu descontrole, chegando a falar mal do intercambista aos gritos na recepção da unidade.

Não sei se o atestado realmente existiu. Não constituiu prova, nem a gestora local trouxe quaisquer outros elementos. Pelas circunstâncias, não havendo aparente dano ético ou indício de crime, seguimos pelo apaziguamento e abertura para qualquer intercorrência voltar-se a reunir. Minha preocupação era, além de apurar o ocorrido, restabelecer o atendimento de pediatria, aparentemente suspenso pela gestão local. Houve um ruído quanto a quem tomou tal decisão, mas sem autor, logo fora revertido, entretanto, veio a questão de que as pediatras da unidade absorviam toda a demanda de puericultura, principalmente a de primeira avaliação de recém-nascido. Não houve acordo quanto ao papel do generalista e sua capacidade de absorver toda esta demanda, nem de que o especialista, *per sí*, tem um papel de apoio matricial, conforme aponta a Política Nacional de Humanização (PNH), não sendo favor discutir casos com os colegas generalistas.

O discurso de autoridade foi marcante para mim nesta reunião. Assim como a turbidez entre campo e núcleo (CAMPOS, 2000) do pediatra e do generalista e suas ações específicas. Quem atesta que o médico intercambista é médico? Ou que pode atender crianças? E quanto que a rede de saúde é coproduzida por trabalhadores de saúde, gestores e usuários. O médico é um dos profissionais com mais autonomia, sendo o consultório um *locus* quase intransponível para a gestão. Como articular isso tudo com um discurso de cisão entre gestão-trabalho, corporemente, pensar-agir.

Outras conversas seriam necessárias, e com a saída exaltada da pediatra, a reunião concluiu com um acordo de mútua responsabilidade.

Houve um segundo encontro e um novo caso foi apresentado. Iniciou-se pela supervisão coletiva, na qual alguns aspectos abordados na última supervisão foram

prontamente trabalhados pela gestão. A fila de ultrassonografia da unidade da médica do PROVAB havia zerado. A intercambista M9 agora estava atuando apenas em uma unidade, e M10 repactuou sua agenda com a equipe, dividindo a demanda com outros profissionais que estavam colaborando com a unidade, enquanto não se contratava as duas substituições. Não houve mais conflitos entre o intercambista M11 e a pediatra da unidade. Entendi que estava muito mais coesa e participativa a gestão municipal, dando respostas às demandas trazidas pelos médicos, o que foi elogiado na supervisão e incentivado para as próximas ações.

Como consequência da discussão da paciente idosa no GBP anterior e das dificuldades de se encontrar consenso quanto à prescrição medicamentosa, M10 trouxe um caso que considerava emblemático das divergências entre o protocolo brasileiro e o cubano.

Tratava-se de outra senhora, também hipertensa (HAS) e diabética (DM2), com um quadro de dispneia aos pequenos-médios esforços, edema de membros inferiores, estertores na ausculta pulmonar. E exames demonstrando um diabetes descompensado, com pressão arterial de difícil controle (estava acima de 160x100mmHg), e indícios de uma insuficiência cardíaca congestiva. Estava prescrito losartana 50mg, um comprimido (cp) de 12/12h; furosemida 40mg, 01cp cedo; atenolol 50mg, 01cp de 12/12h; carvedilol 6,25mg, 01cp de 12/12h; anlodipino 5mg, 01 cp cedo; hidroclorotiazida 25mg, 01 cp cedo; metformina 850mg, 01 cp três vezes ao dia.

O caso fora trazido sob a encomenda de se discutir as divergências no protocolo medicamentoso, porém não se teve acesso ao protocolo cubano. Contudo, a discussão fluiu na tentativa de acertar as medicações da paciente.

Como a discussão ainda estava truncada, pedi para que o grupo levantasse os principais problemas da paciente. Foi levantada a questão familiar da paciente, seu conflito com o marido e sua baixa retaguarda social, dada sua limitação de movimentos pela dispneia e sua inatividade laboral.

Chegando ao consenso de que a paciente também sofria de insuficiência cardíaca, optou-se por aumentar a dose da furosemida para melhorar os sintomas. Questionou-se sobre a confusão de condutas, como a dupla indicação de losartana com o captopril ou outros da mesma classe (chamados IECA – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina); o uso de dois diuréticos (hidroclorotiazida e furosemida), ou seu uso ser proscrito em pacientes diabéticos; uso de dois beta-bloqueadores (carvedilol e atenolol).

Colocaram-se os limites dos protocolos e a necessidade de singularizar os casos. Para este caso, se discutiu a avaliação necessária de lesões de órgão-alvo (órgãos geralmente acometidos por consequência de doenças crônicas, como a HAS e DM2), sendo o coração como um dos órgãos já acometidos e o rim devendo ser prontamente avaliado. Quanto às divergências, foram muito poucas sobre as escolhas da medicação naquele grupo. Preferiu-se otimizar as medicações, antes de introduzir novas classes de drogas. M10, que conduzia o caso, falou de sua escolha por suspender algumas medicações, com a hidroclorotiazida, o anlodipino, e o carvedilol, já que as outras medicações ainda poderiam ser mais bem usadas e com menos efeitos colaterais, e ainda preferia lançar mão destas medicações quando tivesse certeza do uso correto das medicações e eventuais falhas terapêuticas.

Viu-se que as divergências operavam no campo da potencial imperícia de outros médicos fora do PROVAB/PMMB, que faziam verdadeira miscelânea no uso das diversas possibilidades terapêuticas no manejo da HAS e DM2.

Um ponto intrigante, que só veio aparecer mais no final da discussão do caso, foi a questão de quando encaminhar ao especialista. No debate sobre a nefropatia hipertensiva ou diabética, falou-se que cabia pedir alguns exames, e foi conversado sobre qual seria a conduta do nefrologista frente ao diagnóstico de quadro inicial de Insuficiência Renal Crônica (IRC), cabendo ao generalista a condução destes casos. Tratava-se de uma aposta na função filtro do generalista, mas esbarrou numa questão que fugia a limitação técnica-cognitiva.



Um dos colegas cubanos, M8, apontou que diante de qualquer paciente com nefropatia, mesmo sabendo o que fazer em quadros iniciais (controle de fatores de risco e prescrição de IECA), sempre encaminharia ao nefrologista. Ele dizia que se sabia da exposição dos médicos intercambistas no Brasil, e se eventualmente houvesse complicações da nefropatia, mesmo instituído o tratamento, sentia que seria responsabilizado por não ter referenciado ao especialista. O limite do trabalho na atenção básica entrou em foco, mas a preocupação não era em ampliar sua clínica, mas sim salvaguardar-se de eventual judicialização da medicina. Todos sabem da situação deles, então sempre encaminhará os casos mais complicados, mesmo que o supervisor diga que coubesse a ele conduzir estes casos, era o que dizia M8, sobre velada aprovação dos demais presentes. A médica do PROVAB M12 concordou e M6 revelou também sempre encaminhar, por se sentir insegura ao conduzir estes casos. Apenas a médica do PROVAB M13 assumiu tratar seus pacientes e só encaminhar em piora ou casos mais graves. O impasse permaneceu, e foi pouco trabalhado na supervisão, já que se via o desgaste do grupo.

O grupo continuou com seus encontros mensais. Priorizava-se sempre que os primeiros 60 a 90 minutos de discussão fossem destinados ao processo que chamamos de supervisão coletiva. Neste espaço, os médicos podiam trazer as suas dificuldades e pensar juntos em alternativas para as suas práticas. Interessante que neste espaço M12 trouxe com muito entusiasmo seu trabalho com os adolescentes, além de que organizou com a recepção a fila para o oftalmologista, que garantiu muita legitimidade sua perante a equipe, pois racionalizou o uso das vagas. Também neste espaço, o médico do PROVAB M14, único a atuar em região com população em área rural, trazia suas angústias e frustrações quanto ao seu fracasso em implementar grupos terapêuticos, e sua alegria quando sua unidade promove um evento de educação em saúde e sua palestra teve público de 50 pessoas. Ainda, é neste espaço que os médicos faziam corpo para pautar a gestão por melhores condições de trabalho, o que senti como muito potente espaço de diálogo e produção de consensos entre a rede de assistência, representada por estes profissionais e a gestão municipal.

Os casos continuaram a ser discutidos, com sua finalização em janeiro deste ano. Optamos pelo seu temporário encerramento pois fevereiro é o último mês de atividade do PROVAB e preferi garantir o espaço de balanço das atividades neste ano.

De forma bastante vibrante, os médicos do PROVAB (M7, M12, M13 e M14) e o médico M6, os médicos brasileiros com CRM que supervisionei em 2014-2015 na cidade 2, avaliaram de forma positiva as atividades dos programas. Refletiram que foi um ano de bastante aprendizado e sentiram ter conhecido a realidade do SUS de forma diferenciada, agora sem os preconceitos de uma assistência pobre para pobre, mas reconhecendo que apesar dos limites estruturais impostos, muitas ofertas podem ser promovidas. E elogiaram o espaço de discussão de casos, onde sentiram ser possível dar um direcionamento aos casos difíceis e podem dividir suas frustrações e angustias. A principal crítica dos médicos do PROVAB é quanto a dificuldade para se conseguir usar os bônus nos PRM, o que sentiram como uma traição do MS, a quem depositam toda a responsabilidade por fazer ser cumprido o acordo firmado. Não consegui que esses profissionais entendessem que se trata de um jogo com vários atores e distintos interesses, e que os “donos” dos PRM em que eles estão tentando entrar também tentam manter seus interesses, no caso demonstrando seu desacordo com a política de bonificação e por conseguinte com o próprio programa. Seria então culpa do MS/MEC que os bônus não são efetivamente aceitos pelos PRM, algo estabelecido por força de lei?

Os intercambistas M8, M9, M10 e M11 fizeram um balanço com mais reserva do programa. Sempre de forma bastante “embotada”, avaliam que o trabalho vai bem, sem dificuldades para seu cotidiano, a que estão habituados. Criticam apenas o período de três meses em que moraram em hotel e tinham que se alimentar com cartão de alimentação em restaurantes locais, já que não tinham espaço no hotel para cozer os próprios alimentos. Quando finalmente conseguiram se articular com a câmara de vereadores e foi aprovada lei municipal que regulamentou o pagamento de auxílio moradia, auxílio transporte e auxílio refeição, sentiram que finalmente desfizeram as malas. Neste dia de avaliação dos programas, apenas

disseram que estavam satisfeitos com as condições de trabalho e ansiosos pelo período de férias, previsto para este mês de fevereiro.

Além do balanço dos programas, retomamos os casos e questioneei sua evolução. A paciente do caso apresentado por M6 havia melhorado substancialmente. O irmão da paciente e sua esposa reconheceram sua responsabilidade no cuidado da idosa, e sob lágrimas refizeram o contrato com a equipe da UBS, o que refletiu na melhora dos parâmetros clínicos da paciente. Algo semelhante aconteceu com o caso de M10, e a equipe conseguiu acolher melhor a situação. Discutimos ainda os outros casos, alguns com poucas mudanças, entretanto o retorno foi positivo no sentido de trazer novas possibilidades e ferramentas para o profissional e sua equipe. M13 fala que mais que discutir os casos, o importante foi discutir o que estão fazendo, dividindo com os colegas conhecimentos e angústias, superando a sensação do se sentir sozinho.

Cada experiência vem revelar potências e limites do uso da ferramenta GBP no processo de supervisão prática no PMMB/PROVAB. Ainda são ações embrionárias, e o *know-how* vai se aprimorando no decorrer de seu uso. Sigo no processo de supervisão, ora utilizando tal ferramenta, ora procedendo às visitas em serviço, como já vinha fazendo em 2014.

#### **2.4.2 GBP PMMB**

Um novo GBP foi feito. Desta vez com o grupo apenas do PMMB na cidade 4. Segui com o supervisor S1 até a secretaria de saúde, onde os onze médicos intercambistas nos esperariam. Era um município de médio porte, com pouco mais de cem mil habitantes.

A maioria dos médicos atuava em dupla nas UBS, o que os fez optar por elaborar os casos em conjunto. Já fazia poucos meses desde o início dos trabalhos de supervisão e aquela seria a terceira discussão de caso.

O caso foi apresentado por um casal de médicos que era supervisionado pelo outro colega, os médicos M15 e M16. De forma breve, foi apresentado o caso de trabalhador da construção civil, sem carteira assinada, etilista, depressivo, morador do Pernambuco (PE), que vinha trabalhar em SP para empreiteiras, mas que agora estava restrito a uma cadeira de rodas devido lombalgia seguida de perda dos movimentos, com hipótese diagnóstica de espondilite anquilosante, além de suspeita de amiloidose. A suspeita foi levantada em seu estado de origem, sendo orientado procurar ajuda em SP. Tinha hipertensão e diabetes descompensados e insuficiência renal grave. Morava de favor em um quarto improvisado em cortiço junto com um casal de desconhecidos.

Quando perguntados sobre o que os motivara a trazer aquele caso, logo reportaram que era muito raro o diagnóstico de amiloidose, principalmente na atenção básica. Era interessante. S1 já me alertara do afã por doenças raras e discussões voltadas para o cunho clínico, como uma válvula de escape para o desejo de discutir a medicina pura. Já trouxeram um caso de tuberculose cutânea, anteriormente, sob a mesma alegação.

Fiquei intrigado com aquela fala. Era um paciente grave, com risco iminente de morte, muita dor, isolado socialmente, cadeirante, migrante, desempregado, e o que motivara a dupla seria a raridade do caso?

Provoquei o casal a refletir sobre a escolha do caso. Questionei se esse não seria um ponto de desgaste da equipe em lidar com a situação. Se não havia outras razões para que essa história específica fosse trazida neste coletivo. Notei certa abertura a falar das limitações de ofertas que a equipe conseguiu desenvolver.

Quando S1 perguntou o que o grupo pensava em propor de conduta ao caso, eles foram taxativos quanto a parar de beber como algo prioritário.

A medicina de fato avançou para além das alterações orgânicas do corpo, mas também para intervir sobre a vida. O que importava ali não era intervir sobre a condição complexa daquele indivíduo, mas a escolha de certa forma moral sobre a

priorização das intervenções levando em conta os fatores de risco para a piora do quadro do paciente. Não sem dúvida o álcool constituía risco para sua piora, entretanto cumpria uma função terapêutica em diversas outras esferas. Que ofertas aquele grupo estava formulando para ocupar este lugar, no momento ocupado pelo álcool.

Levantei a discussão dos efeitos analgésicos, sedativos e socializantes do álcool. Para além disso, o que fazer com um paciente com amiloidose? Com a resposta de ser uma doença rara e de várias etiologias, para este caso seria tratar a doença de base, o reumatismo avançado que teria possibilidades terapêuticas reservadas, dado o avançado quadro de insuficiência renal. Então tira o álcool?

Foi então que apareceu a demanda do paciente. Ele estava em SP porque os médicos de PE o convenceram a buscar a cura naquele estado. Em cima da desconstrução desse ideário, vendo os limites da medicina quanto a o fazer voltar a andar, trabalhar, parar de sentir dor, trazia uma importante carga de sofrimento e de seu desejo de morrer perto de sua família.

O paciente estava sozinho naquela cidade. Vivia em condições de miséria, ajudado por conhecidos no bairro, pouco se sabia sobre sua renda, condição alimentar ou como se acessava o álcool. Fora dito no grupo que para o álcool, todos eram solidários, como que bastasse pedir em qualquer bar que o etilista conseguiria manter sua adição. Os médicos não haviam pensado em perguntar o que sabia a ACS.

Foi reconhecido que o problema no rim era o que potencialmente mataria primeiro o paciente, então foi proposto agilizar uma avaliação com o nefrologista e a possibilidade de diálise. Pensou-se na oferta do controle da dor, acionar familiares para explicar a situação do paciente e construir alternativas para atender a demanda do paciente, já que se avaliou o risco representado por uma viagem que levaria mais de 24h em um ônibus. A ACS se constituiria em informante-chave para a situação e a equipe poderia pensar numa abordagem conjunta. O discurso de preocupação da equipe foi se revelando de forma discreta pela dupla, enquanto se explicava as

várias tentativas da equipe em intervir no caso, antes mesmo do médico atendê-lo. O álcool ficou para outro momento.

A discussão foi muito rica, desde que saíra da esfera do caso raro e passando para o caminho do caso complexo. De certa forma foi atendido o desejo de se discutir a prática clínica, entretanto outras ofertas permearam a discussão. Não se diminuiu a potência do caso como analisador da equipe, apenas se subverteu o que se apresentava como justificativa.

Fomos procurados para se rediscutir o caso anterior, o que foi apontado como possibilidade para o próximo grupo, dado o avançar da hora, sendo a partir de então garantido espaço para este acompanhamento. Foi feito um combinado de que os casos seriam digitados e todos teriam acesso antes, para que se buscasse aperfeiçoamento das ofertas pelos colegas, principalmente quanto a patologias que fogem ao cotidiano da atenção básica, no que todos concordaram, mas que nunca foi efetivado.

Senti que foi um espaço bem diferente da primeira experiência de GBP. Por se tratarem de médicos experientes, alguns com especialização em outras áreas médicas e além de pós-graduação stricto sensu, eu notei que havia o desejo de transparecer esses saberes no grupo. Acrescento a isso o fato do grupo ser coordenado por dois supervisores como algo que potencializou o processo de construção de autonomia e facilitou o aspecto pedagógico e terapêutico do espaço.

O impulso de trazer para a discussão a raridade, a exceção, era uma forma de autoafirmação. O silêncio provocado após terminarem de passar o caso me levantou a angústia de que ali o poder não estava democraticamente distribuído. Quem trouxe o caso pôde fazer a sinopse da patologia, e os demais colegas pouco puderam produzir ofertas para o caso. O conceito de demora permitida, mais uma vez me trouxe a tranquilidade de construir o saber nestes casos. Todos estão sujeitos e expostos a lidar com a complexidade do adoecer, e que se o diferente pôde aparecer, era algo para se motivar à busca por aperfeiçoamento, como o colega teve oportunidade de buscar. O diagnóstico não fora dado em SP, onde o

paciente era a maior parte do tempo cuidado. Porém, de casos complexos as unidades estão cheias. Entendi que ter acesso ao caso antes poderia ser uma oportunidade de avanço na democracia institucional daquele coletivo.

Ter um segundo olhar na condução do grupo foi muito interessante. A sensação de suposto saber diminuiu, e foi bem dinâmico fazer a palavra circular entre os membros do coletivo. Alguns insights e flashes, como o real motivo para que aquele caso fosse trazido, foi um processo de descoberta a partir de problematizações em conjunto.

Um segundo encontro se realizou e duas médicas intercambistas, M17 e M18, apresentaram um novo caso. Estava preparado para mais um caso raro, com o rodapé da medicina ocidental. Frustrei-me. Foi apresentado o caso de uma idosa, diabética com má adesão ao tratamento, que apresentou um ferimento em seu pé esquerdo, que evoluiu para infecção secundária e aspecto necrótico, o que mobilizou a equipe. Falaram com o mal cheiro chamou a atenção da equipe e quando avaliada pelas médicas perceberam a gravidade do caso, o que a paciente e sua família pareciam não compreender. Com isso se discutiu a introdução de antibiótico, os cuidados com o curativo, a dificuldade de fluxo para avaliação especializada com o cirurgião vascular e o endocrinologista, além de como a equipe se organizou para vigiar a evolução do caso. No final, as médicas apresentaram para nós supervisores e demais médicos intercambistas uma breve revisão sobre pé diabético, conhecimento básico para quem atua na atenção básica, e que deve ser visto de forma precoce.

Os demais médicos do grupo aplaudiram a apresentação, afirmando concordar com a conduta das colegas. Provoquei para que o grupo pudesse discutir mais, porém tive o retorno de que este era um caso que todos sabiam conduzir, então não havia muito o que discutir.

Quando S1 pergunta o porquê da escolha do caso, M17 e M18 respondem que este é um caso emblemático, que as vezes os casos simples, do dia-a-dia não

nos leva a estudar alternativas, ou mesmo nos fazem deixar passar quando em fase precoce, e que era algo que todos têm sempre que lembrar. Aceitei a explicação.

Elogiei a escolha do caso, relativamente simples, mas a prática diária é cheia destes casos “simples” que nos dão bastante trabalho. Questionei por que dessa vez não foi escolhido um caso raro e o porquê do afã pela raridade trazida pelo grupo.

M15 afirma que em Cuba, quando se discute um caso com professores universitários, espera-se que se traga os casos de exceção, pois são os que não estamos habituados a encontrar e que não pensaríamos se não conhecêssemos. Justifica então a escolha de seu caso, uma variação reumatológica pouco vista na prática de atenção básica e que é interessante. Fiquei curioso sobre o desfecho deste caso, levando em conta que havia uma série de pontas soltas e muitas possibilidades de intervenção e fui surpreendido com a notícia de que o paciente havia falecido.

“Ah! Mas ele morreu?” Não consigo esconder minha surpresa e certa frustração. Realmente o médico M15 havia trazido este caso pensando no inusitado e incomum, e não como objeto de investimento da equipe diante da falta de retaguarda social e sendo a saúde a primeira política pública a atingir ou ser acionada pela população miserável.

O grupo retoma elogiando a escolha do caso e afirmando que é sempre bom relembra de conceitos que nos afetam no cotidiano, por vezes esquecidos. O caso abriu porta para que fosse discutido o fluxo para a especialidade. Vem à tona que na cidade 4 uma série de exames só podem ser pedidos pelos especialistas, que tem vagas limitadas e retardam a conduta para o paciente, como no caso do tratamento de gastrite, já que a Endoscopia Digestiva Alta só pode ser pedida pelo gastroenterologista cuja fila de espera para primeira consulta supera dois meses.

Percebeu-se que a paciente do caso possivelmente perderia a perna, ou a vida, já que não aderiu ao tratamento. O grupo identificou que este o momento de



crise poderia servir de janela de oportunidade para intervir por esta paciente, acionando a família e mobilizando a equipe para modificar o cuidado.

Apesar da minha frustração inicial, a discussão foi muito intensa e rica. Foi interessante perceber que casos como este aparecem muito mais no corredor que na própria reunião de equipe, que acaba sendo cartorial e proforma em boa parte daquelas equipes.

Um dos grupos aconteceu neste município e não pude estar presente pois foi realizado bem junto com a minha qualificação de mestrado. Neste, S1 conduziu a discussão, e depois recebi o relato de que se tratava do caso de uma mulher de 40 anos fazendo tratamento de infidelidade. A médica de 36 anos sonha em ser mãe. “Super Balint” me confidenciou S1.

Ainda que esteja em construção, tais experiências têm sido reveladoras da potência que se assume deste lugar de supervisão, principalmente no aspecto pedagógico. Continuamos apostando que a experimentação desta ferramenta pode servir como um dos instrumentos para mudar a prática dos profissionais nos programas, tanto os médicos quanto os supervisores.

## **2.5. Os espaços de encontro entre supervisores**

O PROVAB em 2013 teve uma grande expansão em relação ao ano anterior, o que inclui a expansão no número de supervisores, sendo nesta oportunidade que entrei no programa.

As atividades de supervisão se balizaram boa parte pelos relatórios, entretanto é possível dizer que “o caminho se fez ao caminhar”. Uma das criações do grupo que fiz parte neste ano foram os encontros que passamos a chamar de Reunião Geral do PROVAB.

No ano seguinte, já na vigência do PMMB, o MS implantou para esses programas um espaço semelhante, agora institucionalmente batizado de Encontro Loco-Regional. Esses espaços de encontro, assim como as reuniões dos supervisores com o tutor acadêmico eram os espaços institucionais em que os supervisores se encontravam, trocavam experiências e (re)definiam o trabalho dentro dos programas.

### **2.5.1. Da Reunião Geral ao Encontro Loco-Regional**

As primeiras experiências de Reunião Geral ocorreram ainda no primeiro semestre de 2013, no âmbito do PROVAB. Esse espaço serviu para trocas de experiência entre os bolsistas participantes do programa, os supervisores, além do tutor acadêmico.

A proposta inicial foi de apresentação das partes envolvidas, sendo estendido o convite aos gestores para se fazer a padronização das ações e dirimir eventuais dúvidas quanto à execução local do programa. O tutor, T1, fez a primeira exposição, apresentando o programa, sua justificativa social e a proposta de trabalho supervisionado, além de apresentar quais municípios a instituição supervisora estaria acompanhando. Após este painel, foi realizado um trabalho em grupo, onde os profissionais se reuniram com seu supervisor e apresentaram sua realidade local e sua dinâmica de trabalho até aquele momento. Depois do trabalho em grupo, foi realizado um apanhado de cada município, uma síntese da discussão desenvolvida nos grupos.

A Reunião Geral foi realizada mensalmente, excetuando o período de férias da instituição supervisora e acabou ganhando caráter festivo, mas também bastante explosivo. O cotidiano era proibitivo para boa parte dos médicos vinculados ao PROVAB poderem se encontrar e realizar conversas, aproximações e trocas, e a Reunião Geral cumpriu este papel. Por outro lado, este espaço canalizou todo o tensionamento vivenciado pelos médicos na realidade local.

As “*queixites*” foram encaradas pelos supervisores e tutores como sinais de certa imaturidade em lidar e resolver algumas dinâmicas do processo de trabalho, e que eram trazidas para o espaço coletivo como forma de produzir alívio ao sofrimento vivenciado. Apesar de ser importante garantir espaços terapêuticos nestes encontros, via-se uma certa repetição das dificuldades apresentadas, o que poderia revelar a não resolução da problemática, mas também poderia denotar o imobilismo vivenciado pelo grupo.

Exemplos dessas queixas eram os eventuais atrasos nas bolsas, que chegavam a duas semanas, geralmente quando o gestor não validava a bolsa<sup>33</sup>; excesso de demanda da população, dado que a maioria trabalha numa relação superior a 5.000 habitantes por equipe; dificuldade no diálogo com outros colegas médicos no trabalho em equipe; limites estruturais das unidades, como demora na marcação com especialistas e demora no resultado de alguns exames.

Essas queixas foram recorrentes, trabalhadas na supervisão individual, junto aos gestores locais, além de retomadas em dois momentos na Reunião Geral: eu e o supervisor S2 fizemos uma oficina de Planejamento Estratégico-Situacional (ONOCKO CAMPOS, 2000), apresentando a ferramenta aos médicos e propondo ações para que cada profissional pudesse intervir junto a sua realidade, além de estimular seu uso com suas respectivas equipes; após a oficina de planejamento, convocamos os gestores a discutir as questões apresentadas pelos profissionais em uma outra Reunião Geral.

Ambos os eventos foram marcos importantes deste espaço, que permitiu confrontar os problemas com a noção de governabilidade, o que gerou um reforço ao conformismo, porém animou os médicos a pressionarem a gestão local pelas mudanças do possível. O encontro com os gestores locais serviu como balanço do programa, e apesar de algumas ausências, como a gestão da cidade 3, rendeu o

---

<sup>33</sup> O pagamento das bolsas do PROVAB 2013 e do PMMB passaram a efetuar-se a partir da validação da presença efetiva de 32h semanais dos profissionais vinculados aos programas. A validação é realizada pelo gestor municipal, e o médico só recebe a bolsa após ter tido sua presença validada. Existem prazos para se validar a presença, o que às vezes geram atrasos no pagamento das bolsas aos profissionais.

compromisso com a valorização do trabalho destes profissionais, o que não foi finalmente medido após os encontros.

Além da oficina de planejamento, a Reunião Geral incorporou espaços de atualização de conceitos e condutas. A supervisora S3 apresentou uma discussão sobre violência e seu cuidado na APS; A supervisora S4 apresentou atualização em manejo de pacientes em uso de polifármacos na APS, além de manejo do paciente hipertenso na APS; convidamos um endocrinologista para falar do manejo de diabetes na APS e um médico do consultório na rua para falar das especificidades do cuidado ao paciente morador de rua; T1 conduziu um grupo de discussão partindo de questões de residência sobre o manejo de doenças sexualmente transmissíveis.

A Reunião Geral também serviu como espaço de troca para os supervisores. Era ali que se conhecia a realidade vivenciada pelo outro, conhecia os distintos perfis, identificava alternativas e se propunha outras formas de se fazer a supervisão.

Com o PROVAB 2014 e o PMMB, foi instituído o Encontro loco-regional. A grande mudança foi, além de nomear aquilo que já vínhamos fazendo, foi dar espaço no instrumento de registro, o relatório de supervisão, para esta atividade. Havia a prerrogativa de que nos meses em que fosse realizado o Encontro, estava suprida a necessidade de supervisão *in loco*. Em outras palavras, proscreeu o que fizemos no ano anterior, onde fazíamos as duas atividades, a supervisão e a Reunião Geral.

Senti que este processo de institucionalização deu maior peso ao espaço, em um duplo sentido: tanto se fez de forma mais legítima e garantia maior poder ao espaço, como dificultou para que saísse do plano das ideias e se concretizasse no real. No ano de 2014 participei apenas de dois Encontros loco-regionais, eventos que contaram com a participação de vários profissionais, gestores, outros representantes da política local, com formato muito semelhante a alguns dos espaços que havíamos articulado no ano anterior. Reconhece-se que em certa

medida os atores envolvidos eram os mesmos, o que justifica manter a fórmula já experimentada.

Em um destes Encontros, fui convidado para apresentar um painel sobre o PMMB como uma das falas de abertura do evento. Discuti a relevância do Programa Mais Médicos, além de explicitar as outras frentes de atuação do programa para o médio e longo prazo, além de sua via emergencial que é o PMMB. Neste encontro, um dos detalhes que me chamou a atenção foi a fala da usuária, presidente do Conselho Municipal de Saúde do município que sediou o Encontro loco-regional, que referia desconhecer o PMMB, porém estava segura que era algo bom, já que era o que dizia o prefeito da cidade. Meu maior pesar foi que a usuária não ficou para ouvir o painel que apresentei, e saiu seguindo o prefeito da cidade.

### **2.5.2. Reunião de supervisores**

Um segundo espaço institucional de encontro e de trocas entre os supervisores é a reunião dos supervisores com o tutor. Esse espaço é articulado entre as partes e tem tido periodicidade mensal, com intervalos conforme as férias da instituição supervisora.

Cada programa faria uma reunião em separado, mas diante da envergadura do PMMB e da duplicidade de atores nos dois programas, como meu caso que atuo como supervisor no PROVAB e no PMMB, as reuniões só têm ocorrido neste último ano com o PMMB.

No ano de 2013 as reuniões se restringiram ao PROVAB, e este espaço serviu para que fossemos atualizando o que cada supervisor estava fazendo, as dificuldades que estava enfrentando, além de servir de planejamento para a Reunião Geral.

Eram reuniões rápidas e objetivas, geralmente durante o horário entre aulas, no almoço, porém funcionava para deliberar questões mais complexas, como a

realocação dos supervisores após as desistências de profissionais, o que fazer com as situações que fugiam ao controle do supervisor, como o caso do médico M4, além de se trazer o *feedback* de qual a demanda dos médicos para a formação específica a ser promovida na Reunião Geral. A reunião, percebi, garantiu a noção de grupo e solidariedade aos supervisores.

Nos anos de 2014 a 2015, as reuniões do PROVAB tornaram-se mais esparsas, tendo em vista as novas inserções dos supervisores no PMMB, além da diminuição no número de Reuniões Gerais, agora chamadas de Encontro Loco-Regional.

As reuniões do PMMB serviram para tentar articular os supervisores em torno dos Encontros Loco-regionais, pois a partir de então o tutor sai do lugar de organizador/coordenador destes espaços e é atribuído ao supervisor, que junto aos supervisores de município vizinho e a gestão local organizam o evento. Serviram também para fazer o balanço das atividades dos não mais quatro, mas sim mais de dez supervisores, e serviram ainda para tentar padronizar as condutas dos supervisores, o que teve pouca eficácia, dada a autonomia garantida a estes profissionais diante da não clareza de seu papel.

Registro aqui uma dessas reuniões de supervisores que tiveram singular efeito para nossa pesquisa. Próximo ao fechamento de nosso trabalho, ocorre a reunião, que diante do período de férias em várias instituições tiveram algumas ausências, porém participaram os dois tutores do PMMB que estão mais próximos, assim como sete de seus supervisores e a presença de apoiadora institucional do MEC.

A pauta da reunião era de balanço do PMMB, em especial das atividades de supervisão neste programa e as impressões destes atores sobre o que ocorreu neste último ano. O tutor 1 abriu a pauta discorrendo sobre a complexidade e origem do programa, que após a fase de expansão vivencia a sua fase de qualificação. Continua, avaliando os aspectos diretamente ligados à supervisão.

Em primeiro lugar, o tutor T1 identificou que existe um conflito entre o excesso de atribuições práticas da supervisão e a sua finalidade técnica. Seria algo como “Deus no Céu e o supervisor na Terra”, atuando como mediador de conflitos institucionais, formador técnico, avaliador do programa, e outra diversidade de funções que se expressam em relação ao cotidiano do programa que de certa foga extrapola o papel do supervisor-médico e do tutor-acadêmico.

A relação entre supervisor e tutor se estabelece por pura formalidade, através do Relatório de Supervisão. Existe uma individualidade exacerbada, com baixo nível de compartilhamento; heterogeneidade de condutas, com maior ou menor aprofundamento e detalhamento do registro de suas ações; além de preenchimento do relatório que pode remeter a equívocos no programa, como nos casos das notas atribuídas pelos supervisores aos médicos, que variam de uma distribuição de sete a dez de nota nas dimensões avaliadas, a uma atribuição sistemática de nota dez aos médicos supervisionados. Não se discutiu os critérios de avaliação nem a função do Relatório.

Reconheceu que o pioneirismo do PMMB, o pouco tempo para sua implantação e a criatividade dos supervisores constituíram a “receita de sucesso” do programa. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas e o contexto político-eleitoral, o PMMB ampliou seu alcance e modificou indicadores de saúde, remetendo à apresentação realizada em 2013 na cidade 2 pelo atual Ministro da Saúde, Artur Chioro.

T1 avaliou que existe ruído na comunicação ou mesmo ausência desta na relação entre os componentes do programa. Citou o uso limitado do Telessaúde, incluindo o número telefônico 0800 para tira-dúvidas; a relação entre supervisão e UNA-SUS foi tida como muito distante e em total desarticulação.

E o tutor T1 conclui afirmando existir no escopo da supervisão uma diversidade de perfis, com diferentes compromissos com o espaço de reunião de supervisão e de preenchimento do relatório, além de ações sem padronização, onde

cada supervisor aproxima seu trabalho à sua formação, o que produz diferentes resultados.

Após a fala inicial de T1, abriu-se a fala para os supervisores e fechou-se a reunião com a fala da apoiadora A1.

A supervisora S5 começou corroborando a visão de que o supervisor é pressionado a resolver tudo: conflitos com o curso de especialização; articular o auxílio-moradia, auxílio-transporte; garantir as férias; apoiar a técnica clínica. Sente que o curso de especialização não dialoga com o supervisor, e ela só sabe o que acontece no curso por ter uma outra inserção como tutora/orientadora no UNA-SUS. Afirmou que a especialização tem enfoque na política, gestão e na organização sanitária do SUS, porém está distante da técnica/clínica. Sente também que a formação médica é deficitária, e os médicos generalistas recém-formados não são generalistas de formação, reconhecendo a especialização precoce dos estudantes de medicina. Ainda denuncia a superexposição a que os médicos intercambistas estão submetidos, sofrendo pressão do CRM e dos outros médicos da unidade devido supostas inconsistências na conduta. Nada de ‘ai que absurdo!’, e então relatou que provoca os médicos “inquisidores” e a gestão local perguntando como que está se lidando com as inconsistências dos outros médicos da rede de assistência.

A supervisora S6 concordou que existe uma expectativa grande sobre o trabalho da supervisão, e que em parte isso se dá devido ao vínculo e confiança construídos na relação rotineira com os profissionais do programa. Entretanto, acusou a gestão local de atribuir o símbolo de filho aos profissionais, e que os supervisores são os pais, que devem cuidar deles em todos os aspectos. Dessa reflexão e das constantes demandas a que é submetida, expressou sentimento de culpa, justificando que para executar de forma efetiva este trabalho somente seria possível se dedicasse muito mais tempo a isso. O supervisor quer ter trânsito e ser ouvido, mas se queixa do pouco poder de intervenção que tem. Completou afirmando que a UNA-SUS está descolada da realidade dos profissionais: “uma



conversa de louco, pois orienta fazer VD, mas não se preocupa se tem carro ou ACS disponível no município, por exemplo”. Reconhece que tudo está sendo construído e o processo é lento. Sente dificuldades em lidar com os intercambistas mais novos, com menos de cinco anos de formado, pois acredita que a formação em Cuba é diferente da do Brasil e que devido às várias especializações que os médicos cubanos fazem ao longo de sua carreira, esse diferencial é que garante a bagagem necessária para atuar nos diversos países, e os mais novos têm mais dificuldades. Lida com isso garantindo mensalmente a realização de seminários de atualização, em que eles se preparam e apresentam para os outros, um dos instrumentos pedagógicos que utiliza.

A supervisora S7 revelou que sente vergonha e incômodo com a impressão que tem de que a missão do supervisor é capacitar os profissionais, porém não se sente habilitada a capacitar um médico que já foi em missão humanitária no Paquistão. “Ele é que tem que me ensinar!” Relata que vivencia uma situação excepcional na supervisão, pois atua na cidade 5, e as deficiências de formação ou de processo de trabalho identificadas pela equipe ou supervisão não se transforma em retrabalho para o supervisor, transforma-se em uma responsabilidade da gestão local. Citou o caso do pré-natal, que mobilizou os obstetras a capacitarem os profissionais da rede, não apenas os médicos intercambistas, o que criou uma cultura de apoio matricial, Educação Permanente. Aponta que existem realidades distintas entre municípios. A cidade 5 tem essa realidade peculiar, com muita potência, e tradição na assistência à saúde e população extremamente grande. Entretanto um outro município que supervisiona tem sistematicamente gerado ações que vão de encontro ao que é preconizado ao trabalho dos profissionais no PMMB. Cita a questão dos médicos terem sido deslocados para atender em um clube municipal, fazendo “exame de piscina” em 300 pessoas por dia, o que é entendido pela gestão como atenção básica, apesar de tais propostas só serem feitas aos médicos do PMMB. Sente-se como a eterna chata, a quem diz que “isso não pode”, vendo-se a ensinar ao gestor o que é atenção básica.

A supervisora S3, que também atua no PROVAB, também ‘denunciou’ que existem gestores que nunca leram a lei 8.080 (lei orgânica do SUS) ou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>34</sup>, e que estes se utilizam disso para “se fazer de bobo”, ludibriando o supervisor. Cita o caso da médica que foi deslocada para atender agenda de ginecologia e obstetrícia em um centro de especialidades, em que teve de utilizar o artifício de pressionar a gestão dizendo que “o MS virá aqui”, ou que teria que acionar Brasília. Referiu que não há clareza quanto às atribuições e limites do trabalho de supervisão, não se sabendo se está além ou aquém do que é prescrito para o supervisor.

A supervisora S8 relatou que se pauta pelo Relatório de Supervisão para sua prática, sendo seu guia, e que não o acha quadrado. Utiliza todos os campos do Relatório e é isso que explora no seu trabalho, vendo desde estrutura física da unidade de saúde à parte clínica, onde remete a sua visão mais ampla da questão da saúde. Seu incomodo se dá com o isolamento quanto ao UNA-SUS.

A supervisora S9 cobrou o MS de não ter recebido material sobre o como fazer. Ao falar de seu trabalho afirmou que tem se dado de forma muito tranquila, pois são excelentes profissionais, acima da média dos médicos que atuam na região, nenhum reclama, nenhum a procura com dúvidas e acaba tendo que criar tarefas para dar produtividade a seu trabalho, como leitura de trabalhos e atualizações clínicas, sobre puericultura, por exemplo. Relatou que o curso da UNA-SUS não tem sido bem aceito pelos médicos, que acreditam ser um curso para ACS, muito chato, e que esperavam algo mais técnico. A única queixa que recebeu dos médicos intercambistas é que os outros médicos não conversam com eles.

Esperei até que todos os supervisores falassem, e aponte minha dupla inserção como lugar privilegiado para avaliar os programas. Percebi que existe muita diferença entre o trabalho prescrito ao supervisor e o que se opera no real e que isso apresenta potências e limites. Seus limites se dão pela não clareza quanto

---

<sup>3434</sup> Política que sintetiza as diretrizes para o estabelecimento da rede de atenção básica no Brasil, aliados aos princípios do SUS.

ao papel do supervisor e, concordando com a supervisora S3, dificulta reconhecer até que ponto se deve avançar neste trabalho e onde começa o trabalho que é do próprio MS e seus diversos interlocutores. A potência está na abertura para a experimentação e criação, reinventando o próprio trabalho, que permite, por exemplo, a supervisora S6 de fazer seminários como instrumento pedagógico, ou minha experiência com o supervisor S1 de grupos Balint-Paidéia. Critico o Relatório de Supervisão sobre não saber para que serve ou a quem serve, quem lê esse instrumento? A UNA-SUS também tem sido criticada pelos médicos que supervisiono. E concluo afirmando que o supervisor apresenta um triplo papel: o de supervisor “stricto sensu”, avaliando e controlando; o de apoio matricial, com desenvolvimento das competências técnicas; e o de apoio institucional, de suporte e mediação de tensão.

A apoiadora do MEC, que chamaremos de A1 fez o fechamento da reunião apontando que boa parte do que foi apresentado por este grupo são queixas que considera gerais nos grupos que supervisiona. Relatou que está sendo organizado um grupo no MEC especificamente para discutir a supervisão no PMMB e tentar responder “qual o papel pedagógico real da supervisão?”. Relatou que o papel de supervisão vem sendo traçado agora, inclusive dialogando criticamente com o nome supervisor, atribuindo sua escolha às experiências da saúde mental. Afirmou que vem como apoiadora no sentido de trazer ofertas de ferramentas pedagógicas para a supervisão, porém remete ao grupo de supervisores a construção de sua atuação neste espaço. Contou o caso de uma destas ofertas, onde em uma atividade de Educação Permanente em que o tema era: “Ser supervisor é ser ator pedagógico”.

Quanto ao Relatório de Supervisão, A1 respondeu que se trata de um instrumento de registro em três sentidos: registra as atividades desempenhadas pelos supervisores para fins formais, como fiscalização pelo tribunal de contas; comporá uma base de dados que pode ser acessada como fonte de pesquisas futuras; registro histórico da implantação de um programa desta magnitude no Brasil. Rememorou caso em que um tutor apresentou aos seus supervisores a evolução dos relatórios em quase um ano de programa e percebeu que o relatório

acompanha a evolução do grupo. Acrescentou que espera uma supervisão para além dos relatórios, e que o MEC está desenhando o conceito de projeto/plano pedagógico para o médico, levando em conta diversas dimensões, como gestão, estrutura e cultura. Outras ferramentas pedagógicas vêm sendo construídas pelo MEC, reconhecendo a supervisão tem papel acadêmico, na formulação dos fundamentos praticados no programa, papel clínico, na aplicação deste fundamento, e papel institucional, na garantia da execução do programa.

O tutor T1 encerra a reunião discutindo que quanto a posição do CFM e demais CRM em relação ao PMMB, efetivamente houve uma convocação dos supervisores e tutores, só que a partir dos dados apresentados por estes, a entidade decidiu sustar a ação de convocação, o que refletiu na mudança de posição de alguns serviços e profissionais no sentido de aceitação do PMMB.

Esta reunião de supervisores e tutores foi emblemática no sentido de sintetizar algumas das impressões que o sujeito-pesquisador vem tomando nota e que encontra sintonia na vivência de outros supervisores.

### **3. DISCUTINDO AS EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO**

As experiências da supervisão no PROVAB e no PMMB são delimitadas a determinado período histórico, observadas por distintos atores. Este trabalho é desenvolvido a partir da experiência de um destes atores, o supervisor/pesquisador. Este profissional está em relação direta com o município, mas também faz a conexão com a academia e o MS. Seu trabalho produz uma infinidade de reflexões e permite avaliar desde a implantação dos programas até as mudanças na realidade local e na formação dos profissionais envolvidos.

A partir dos relatos de experiência construídos, foi realizado o exercício de construção de categorias que permitissem analisar o dispositivo da supervisão e verificar sua potência enquanto ferramenta pedagógica, que produza o aprimoramento técnico e ético-político dos profissionais médicos envolvidos nos programas. As inquietações quanto ao objeto de pesquisa foram sintetizadas em três perguntas: (1) Qual o contexto em que se insere a supervisão no PROVAB/PMMB? (2) Qual o papel do supervisor nestes programas? (3) Quais as (novas) ferramentas utilizadas pelo supervisor?

Destas perguntas geradoras, desenhou-se três grupos de categorias: (1) Supervisão em contexto, com quatro categorias; (2) Papel do Supervisor, com três categorias; (3) Ferramentas de Supervisão, com duas categorias. A seguir, discutem-se as categorias desenvolvidas, fazendo a correlação entre os relatos de experiência apresentados e o referencial teórico fundamentado na parte 1. Ver Quadro 9.

### Quadro 9 – Grupos e Categorias de análise

GRUPO	CATEGORIAS
Supervisão em contexto	Locus privilegiado de avaliação/diagnóstico
	Singularidades/diferentes perfis
	Inexistência de atribuições bem definidas
	supervisão como aprimoramento da gestão dos programas
Papel do Supervisor	Controle/avaliação
	Apoio/suporte
	Aprimoramento técnico-clínico
Ferramentas de Supervisão	ferramentas tradicionais de supervisão
	novas ferramentas de supervisão

#### 3.1. Supervisão em contexto

Durante a vivência enquanto supervisor, este profissional se depara com uma série de situações que somente colocando-as em contexto podem ser melhor compreendidas. De fato, não se nota uma padronização das ações deste trabalho e seus limites enquanto campo de ação são pouco claros, assim como a necessidade de mediação de conflitos, apoio aos diferentes perfis de municípios, profissionais, gestores e usuários são tarefas que têm provocado certo sofrimento na execução da prática de supervisão.

O Brasil tem enfrentado dificuldades para implementar o SUS, e o desafio da formação adequada às necessidades sociais de saúde, assim como o do provimento destes profissionais para regiões de difícil acesso e fixação são importantes entraves, já reconhecidos pelo MS e a que o PROVAB e o Programa Mais Médicos vêm dar resposta. Entretanto, tal resposta vai de encontro aos interesses corporativos e de mercado dos médicos. Lalonde (1974) já reconhecia a dificuldade de conciliar os interesses da população, com necessidade de assistência, e os interesses dos profissionais de saúde, que demandam determinados tipos de especialização, nem sempre de acordo com as necessidades

que o sistema de saúde apresenta, porém comumente alinhado a pressões do mercado.

O conflito assumido pelo MS e MEC na proposição de tais programas tem reflexo no trabalho de supervisão, o que pode ser percebido pela inserção privilegiada deste profissional nos programas. Privilégio, pois permite avaliar e diagnosticar a implantação dos programas, os diversos perfis referidos, além de captar *in loco* como se dá o diálogo e as tensões entre os profissionais vinculados aos programas e os demais profissionais inseridos nas equipes envolvidas.

Percebe-se que **Locus privilegiado de avaliação/diagnóstico** é uma das categorias que permitem responder a primeira pergunta proposta nesta sessão.

Inserido no programa próximo ao local onde a política se efetiva, um dos pontos que se destaca é a deficiência na formação médica. Atribui-se à residência médica o padrão-ouro da formação, o que de certa forma reconhece os limites da graduação na sua tarefa. Por lei, esta etapa, a graduação em medicina, é considerada terminal, e na sua plenitude é capaz de transformar um cidadão qualquer em um profissional de saúde, o médico. O médico está habilitado a trabalhar em qualquer cenário da saúde no Brasil, respeitando os princípios regidos pelo código de ética médica que inclui a prescrição do não agir com imperícia, imprudência ou negligência.

Mesmo que legalmente habilitado a este trabalho, a procura pela especialização é legitimada entre os estudantes e os já graduados, que sofrem com a especialização precoce, conforme o relato de S5. Hoje, não existem vagas para todos na residência médica. O CFM aponta que 40% das vagas do programa pré-residência não foram preenchidas e que 70% das vagas de residência em MFC continuam ociosas. Agora, o que fazer para cobrir as vagas na atenção básica, se não existe no mercado o médico de família, especialidade pouco procurada pelo médico no Brasil? Estar no lugar da supervisão permite refletir sobre até onde vai o discurso da imperícia do recém-formado e o ideário construído nas escolas médicas sobre o trabalho na atenção básica.

Dizer que existe deficiência na formação médica não é dizer simplesmente que as escolas estão formando mal, mas sim que há uma inadequação entre o profissional que sai dessas escolas e o que o sistema de saúde está demandando. Não é objeto de estudo desta pesquisa o mercado de trabalho médico, porém o supervisor se depara com o cotidiano do trabalho destes profissionais e é impossível desarticular do contexto da educação médica no país.

O caso apresentado pela médica M10 levantou a questão sobre quem deveria cuidar da nefropatia diabética daquela senhora, assim como a discussão na cidade 4 sobre quem deve pedir a Endoscopia são alguns dos pontos que ajudam a refletir os limites da clínica generalista e a maximização das responsabilidades dos especialistas, no lugar de suposto saber, o perito em sua área.

Ainda sobre a formação médica, verifica-se que alguns dos médicos são formados para cuidar do corpo biológico, e têm muita dificuldade de ampliar a sua clínica, não trazendo para o seu cuidado outros elementos que compõem o cotidiano dos usuários dos serviços de atenção básica. É o exemplo do médico M4, que reduziu sua clínica ao ponto de ser capaz de atender 16 pacientes em duas horas. Esses pacientes eram pouco ouvidos, pouco tocados, pouco examinados, pouco cuidados. Perceber o que acontece no nível local, e daí fazer as mediações com o contexto são potências identificadas pela supervisão.

Reconhece-se que existem distintos modelos de formação médica no país. Um ponto quase consensual é a dificuldade no manejo das técnicas da gestão, do planejamento e da epidemiologia. Dos médicos acompanhados nestes dois anos em estudo, raras foram as ações gerenciais promovidas pelos médicos supervisionados. Um exemplo foi o da médica M12, que ao discutir a composição da fila de oftalmologia permitiu que a equipe refletisse maneiras de reorganizar o processo de trabalho e deu autoridade e voz aos profissionais que sofriam pressão direta da população e não conseguiam estabelecer um critério para compor esta fila que não o de quem fala mais alto. Havia uma queixa geral da sobrecarga de trabalho devido uma agenda desmedida, e gestão da agenda pareceu ser uma grande



novidade quando se discutiu dentro da supervisão. Nenhum profissional discutiu indicadores de saúde. Mal sabiam a população adscrita. Muito menos quantos pacientes com doenças crônicas, ou como a sua população morria.

Outro ponto que se apresenta através da mídia, porém também se encontra quando se aproxima do nível local, é a tensão vivenciada pelos médicos estrangeiros, em especial os médicos intercambistas, seja por a todo momento se colocar em prova a formação destes profissionais, ou mesmo pela disputa de mercado.

O caso apresentado por M6, seguido do caso apresentado por M10, além da experiência relatada pela supervisora S6 são elementos que ajudam a compreender que existe uma formação médica distinta entre os países, além de que a trajetória pessoal influencia nas escolhas de formação e refletem nas condutas tomadas entre os profissionais. As divergências de conduta são pontos de extrema tensão, como descreve a supervisora S5. Além de divergências na prática profissional, a tensão se revela quando esses profissionais se sentem isolados e os colegas sequer conversam com os médicos do PMMB, conforme conta S9.

Decorre desse lugar privilegiado a suposição que existem distintos perfis que se relacionem no âmbito da supervisão. Entende-se que essa seria a segunda categoria deste grupo: **Singularidades/diferentes perfis.**

Cada município acompanhado no processo de supervisão do PROVAB/PMMB possui distintos modelos de assistência.

No caso da cidade 1, a assistência é organizada a partir de policlínicas, em serviços grandes que reúnem uma diversidade de médicos, das mais variadas especialidades. Não existe clientela adscrita, e os prontuários são montados após a adesão voluntária da população. O serviço é montado em pontos estratégicos e centrais da cidade, nem sempre perto da casa das pessoas. O hospital promove não apenas ações de nível secundário ou terciário, mas também assume algumas ações da atenção básica, como distribuição de medicações, controle de Pressão

Arterial e Dextro (população solicita sua medida ocasional, já que esta é das poucas portas da assistência). Com a entrada da médica M1, e posteriormente com a ampliação do PROVAB e entrada do PMMB neste município, a rede de assistência modificou sua lógica. Foram abertas mais de cinco novas unidades básicas de saúde, lembrando que se trata de um município com menos de 50.000 habitantes.

A cidade 2 tem uma extensa rede de assistência e é um município grande, e acaba por comportar uma miscelânea concomitante de modelos, tanto com UBS tradicional como equipes de saúde da família, no que se assemelha à cidade 5. As cidades 3 e 4 são de pequeno e médio porte, e a chegada do PROVAB e PMMB impulsionou a ampliação de equipes de estratégia saúde da família.

Dependendo do município e da região no município, distintas condições estruturais são encontradas. De fato, existe uma exacerbada autonomia dos municípios, que chega a ser uma autonomia perversa em pelo menos dois sentidos: (1) a disputa, às vezes beirando a um leilão, em que o mercado da saúde tenta fixar os profissionais de saúde, em especial o médico, é um “saco sem fundo”, pois leva ao aumento desenfreado dos montantes despendidos com pagamento de salários, além de não conseguir fixar o profissional, que respeita as leis de mercado e migra conforme seu interesse a despeito na necessidade de saúde municipal; (2) não existe profissionalização da gestão em saúde, o que leva a desmandos e a insistência em equívocos administrativos e de modelo, o que em parte justifica a diversidade de modelos assistenciais. São estas as sequelas da municipalização radical promovida pelo SUS.

Ainda é preciso remeter ao fato de que existem distintos perfis populacionais e epidemiológico. Na própria cidade 1, no primeiro cenário de trabalho de M1, verificava-se uma predominância de população adulto-jovem, economicamente ativa, urbana, com predominância de casos agudos e alguns casos de doenças crônicas, enquanto no novo cenário de atuação, uma realidade completamente distinta se apresentava, com pequeno número de gestantes, população rural, predominância de idosos, e muitos casos de doenças crônicas. Com isso muda a

dinâmica de trabalho tanto do profissional como da própria supervisão, o que obriga a sua análise em contexto. O nível de assistência de uma população em um mesmo município também muda, como neste mesmo exemplo, que só era possível consulta especializada em alguns pontos se a prefeitura disponibilizasse carro para buscar o doente em áreas de difícil acesso.

Existem diferentes perfis de equipe. A equipe de M1, composta por pouco menos de dez integrantes e cuidando de uma população de 3.000 habitantes tem uma dinâmica de trabalho e ofertas bastante distintas da equipe dos médicos M2 e M3, que cuidavam de uma população de 30.000 habitantes através de mais de 40 profissionais, mais de cinco médicos. Existem, mesmo assim, pontos em comum, como o fato da maioria delas estar com equipes incompletas, geralmente por não-contratação de ACS; o trabalho em boa parte das equipes ainda é bastante médico-centrado, com pouca potência clínica no trabalho em equipe. Pontos a serem identificados e trabalhados no processo de supervisão.

Os médicos vinculados ao PROVAB e o PMMB também apresentam distintos perfis. M1 ajudou a implementar o primeiro campo de prática da estratégia de saúde da família na cidade 1, montando grupos terapêutico, discutindo projetos terapêutica e educação continuada na reunião de equipe e participando da formação e escolha dos ACS e fazendo a fala de abertura da conferência municipal de saúde de 1, enquanto M4 fez seu trabalho reduzindo sua clínica, com atrasos e faltas injustificadas, além de subjugar sua enfermeira na cidade 3. Nem todos são tão icônicos como estes dois, porém a supervisão permite acompanhar profissionais com distintas formações e práticas, com diferentes trajetórias e histórias.

Ademais, os próprios supervisores são bastante distintos em perfil. Enquanto eu estou estudando a própria supervisão, S1 faz GBP, S6 faz seminário, S7 se constrange com a formação dos intercambistas, S3 é crítica à gestão, S8 faz parte da gestão em outro município, e cada um com diferentes experiências e práticas neste trabalho.

Colocar a supervisão em contexto permite entender seu lugar institucional nos programas e a dificuldade em se delimitar suas atribuições. A **Inexistência de atribuições bem definidas** é a terceira categoria deste grupo.

O fato de se tratarem de programas novos, de âmbito nacional e não apenas um projeto piloto fez com que o MS e o MEC assumissem o desafio de ir “construindo o caminho ao caminhar”, e neste processo se inscreve a supervisão. A1 relata que este ano o MEC designou uma parte de seus quadros para (re)pensar a supervisão.

Verifica-se que pouco se estabelece sobre o trabalho de supervisão nos programas. Retomo a portaria nº 14 de julho de 2013 que fala das atribuições do supervisor:

- I - realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes;
- II - estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e "internet";
- III - aplicar instrumentos de avaliação; e
- IV - exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes (BRASIL, 2013i).

O que deve ser feito ou visto na visita periódica? A disponibilidade se limita a que âmbito? Como se deve avaliar? Quando se fala em conjunto com o gestor, isso significa o que? Existem diversos pontos que estão abertos quanto ao trabalho de supervisão, e que cada grupo vai construindo suas respostas.

Não ter o limite claro acerca do trabalho de supervisão abre brecha para o fomento de prática paternalista, como denunciado por S6. A supervisora S3 cobra esta clareza, pois não sabe se suas ações estão além ou aquém do que se é exigido para o trabalho de supervisão. Entretanto, abre-se espaço para uma diversidade de ações e criação de ferramentas.

Opta-se por se analisar as atribuições do supervisor em um outro grupo de categorias, o Papel do Supervisor.

Outro elemento de contexto, é o entendimento da **supervisão como aprimoramento da gestão dos programas**. Dois programas da envergadura assumida pelo PROVAB e PMMB só têm viabilidade gerencial e administrativa devido a descentralização da gestão de suas ações e devido a existência de atores institucionais que mediam a relação entre profissional-usuário-gestor local-equipe-MS/MEC.

Nunes (1986) abordava a supervisão em processos de trabalho descentralizados e percebia que estes profissionais incorporavam o discurso gerencial hegemônico da organização<sup>35</sup>, servindo como correia de transmissão local, porém com grande autonomia devido às suas ações estarem distantes da linha de mando central. De certa forma este autor “profetizou” parte das ações decorridas pela supervisão, que de forma fluida garantiu a execução e acompanhamento *in loco* dos programas.

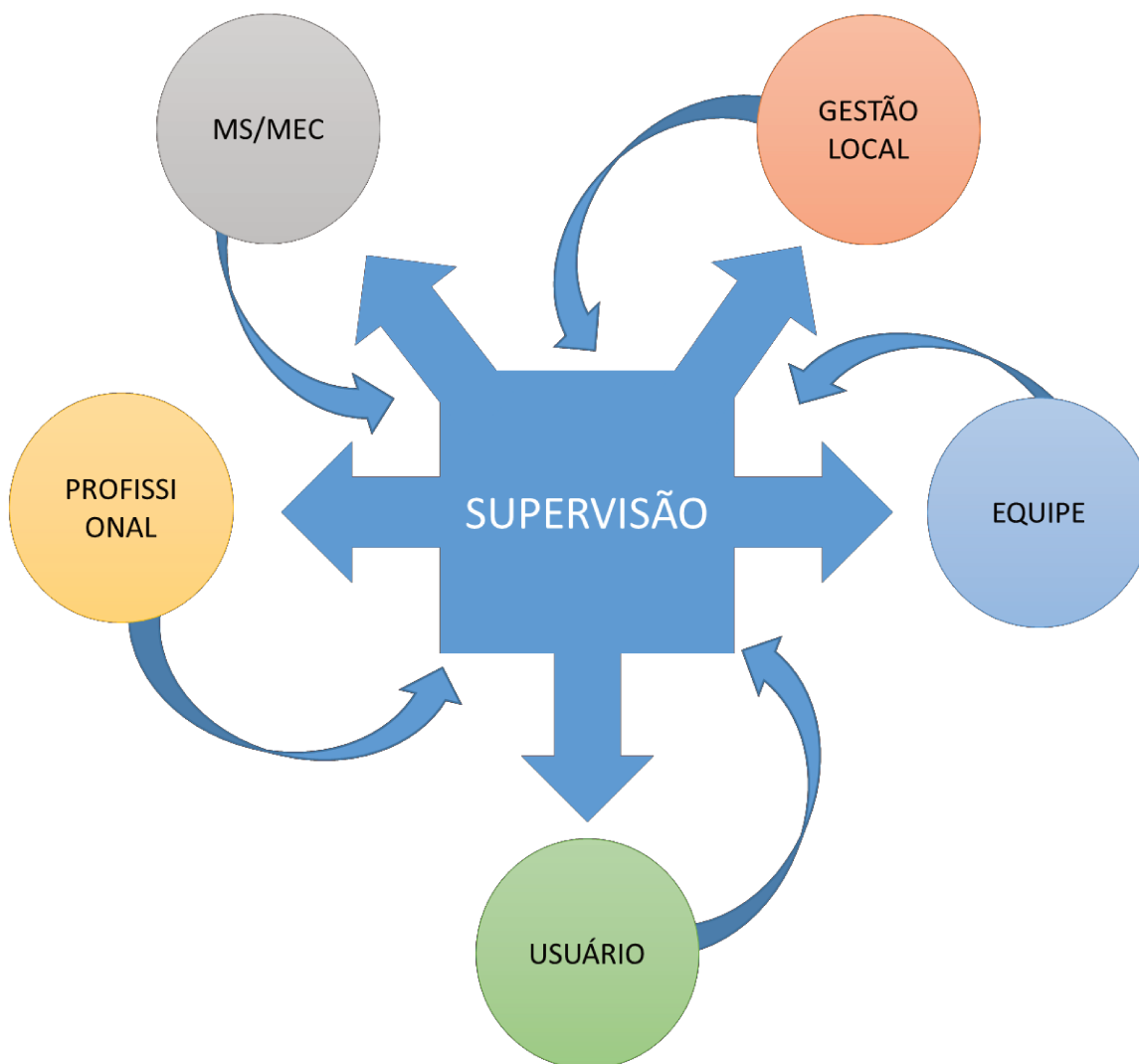
Vê-se que o supervisor se coloca no “entre”, um certo “não-lugar”, pois sua vinculação não se dá a apenas um destes atores institucionais anteriormente citados, vincula-se em uma ética da mediação entre as partes, simbolicamente podendo ser chamada de “construção de pontes”. Ver figura 12.

A prescrição do trabalho do supervisor permite sua leitura pela visão tradicional da supervisão (REIS e HORTALE, 2004), através das dimensões de controle e acompanhamento. O caso do médico M4 é um exemplo típico de ações de garantia do cumprimento dos acordos firmados e intervenção local do programa, somente possível dada a inserção descentralizada da gestão do programa, olhar supervisivo, que media as relações, na busca pelo alcance das projeções e metas estabelecidas.

---

<sup>35</sup> Campos (2010) denomina Discurso (ou Racionalidade) Gerencial Hegemônica as várias teorias ou métodos que buscam regular o trabalho do ser humano, tentando aproximá-lo do funcionamento de uma máquina. Um mecanismo concebido em uma lógica mecânica ou cibernética, com essa finalidade foram criados tanto métodos de controle direto - supervisão -, quanto modos indiretos de controle, como a avaliação de resultados.

**Figura 12 – O papel e a interlocução (“Construção de Pontes”) do supervisor com os diversos atores envolvidos no PROVAB/PMMB**



### **3.2. Papel do Supervisor**

Fica claro que está pouco estabelecido para o PROVAB e o PMMB quais são os limites das atribuições do trabalho de supervisão. Entretanto, a partir das vivências nos programas foi possível perceber que este trabalho se ancora na teoria, na técnica e experiência profissional, e assume um triplo papel (sintetizado na figura 3, discutida na parte 1 deste trabalho): (1) **Controle/avaliação**; (2) **Apoio/suporte**; e (3) **Aprimoramento técnico-clínico**.

Das quatro atribuições apontadas ao supervisor na portaria nº 14 de julho de 2013, três delas remetem a controle e avaliação. Ainda que A1 tenha relatado que o MEC vem rediscutindo o papel do supervisor e que o mesmo foi pouco pensado no início dos programas, relatando que o nome foi escolhido por referência à experiência da saúde mental, nota-se que os dispositivos legais que orientam o este trabalho amparam-se em uma visão tradicional da supervisão, conforme divisão proposta por Reis e Hortale (2004).

Pode-se dizer que esta dimensão é o que está melhor prescrito quanto ao trabalho do supervisor, inclusive com instrumentos próprios para o registro do desempenho neste sentido. Inclui-se nesta dimensão a avaliação da estrutura e condições de trabalho, o controle quanto ao cumprimento das normativas por parte dos profissionais e gestores e a avaliação processual e periódica do profissional.

De certa forma, esta dimensão envolve o que chamamos neste trabalho de “supervisão *strito senso*” ou supervisão reduzida, em contraponto à supervisão ampliada, ou visão moderna de supervisão, que incorpora outras dimensões ao processo de trabalho do supervisor. A crítica trazida pelo tutor T1 não se remete à visão tradicional da supervisão, remete a demasia na ampliação e complexidade que a supervisão vem adquirindo, pois compreende a supervisão enquanto trabalho pedagógico e de supervisão da clínica. Fica inviável o trabalho do supervisor diante de tantas atribuições, é o que refere o tutor T1.

Estar disponível ao profissional do programa é a segunda atribuição do supervisor do PMMB/PROVAB (BRASIL, 2013i). Infere-se que esta atribuição associada à tarefa de acompanhamento semipresencial as “brechas” que permitem as possibilidades desempenhadas no trabalho de supervisão.

Ainda que não esteja claramente prescrito, a função apoio/suporte desempenhada pelo supervisor é essencial para o desenvolvimento dos programas. Remete-se à situação do médico M5, e sua dificuldade de adaptação ao município, já apontada no início de sua chegada ao PROVAB. Mesmo que este profissional

não tenha acessado os bônus, persistiu no trabalho até sua conclusão, e o suporte garantido pelo supervisor cumpriu papel importante nesse sentido.

Outra maneira de compreender a função apoio é através de sua ação sobre as instituições. O supervisor intervém sobre a Clínica, Equipe, Modelo de Atenção, Gestão da Atenção Básica, e sobre diversas outras instituições. Supera então a atribuição terapêutica de dar consolo/suporte, pois a supervisão empurra, provoca, mobiliza. Nota-se a aproximação, portanto, dessa dimensão com o conceito de Apoio Institucional (CAMPOS, 2007a).

O terceiro papel do supervisor tem caráter pedagógico. Obviamente, a própria inserção do profissional na realidade do mundo do trabalho já o obriga a rever suas práticas e potencializa a sua busca por formação. Em boa medida, cada profissional tem responsabilidade sobre sua própria história formativa, nas suas experimentações e trocas com a equipe e usuários. Porém, cabe ao supervisor e ao curso da UNA-SUS a atribuição acerca da formação destes profissionais.

Porém, a UNA-SUS é percebida como distante da realidade dos profissionais em dois sentidos: não atende à demanda do profissional por formação técnica-clínica; suas ofertas de ferramentas gerenciais e de reorganização do processo de trabalho para se construir um novo modelo de atenção é distante da realidade vivenciada pelos profissionais, que atendem em serviços com lógica de modelo de assistência diversa. Essas percepções são compartilhadas por outros supervisores, como o relato de S6 e de S9.

A distância da UNA-SUS tem reflexo nas duras críticas trazidas pelos profissionais, além do baixo investimento destes no curso. Este fato também tem ressonância na supervisão, pois pressiona o mesmo a dar a retaguarda clínica que o curso não dá. Surgem demandas, geralmente deficiências na formação do profissional, que se por um lado projeta o supervisor ao lugar de suposto saber, legitimando sua função para o supervisionado e se aproximando do núcleo de saber do mesmo, por outro têm-se notado a existência de contestações e testes impressos ao supervisor pelo profissional.



O distanciamento do curso da UNA-SUS também tem aspectos positivos, à medida que pode ser visto como ferramenta potente para a indução de modelo. Alguns dos dispositivos apresentados ao profissional permitem que o próprio leve à sua equipe outras ofertas e pressionem a gestão local para um modelo diferente, mais próximo ao promovido pela PNAB.

A inserção pedagógica da supervisão dialoga com o dispositivo do apoio matricial. Os espaços de troca são diversos como a discussão de casos e o atendimento conjunto. O supervisor ocupa o lugar do suposto saber e apoia o profissional, ampliando o núcleo de saber destes. Justifica-se o sentimento de S7 diante de alguns profissionais com maior experiência e por ter núcleo de saberes parecidos. Possivelmente, neste caso, essa função se exerce com menor potência, mas não esvazia os outros papéis do supervisor.

O trabalho do supervisor não está claramente definido, como já afirmado, entretanto esse trabalho conflui para estes três papéis, sem tentar estabelecer uma hierarquia entre eles.

A dimensão pedagógica da supervisão abre possibilidades para o campo da formação médica. Permite que os profissionais recém-graduados tenham uma vivência supervisionada, construída em conjunto (“convisão”), mediada pela realidade do trabalho cotidiano e figura-se com muita potência como uma das alternativas ao modelo tradicional de formação. Existem diversas maneiras e ferramentas para o processo educativo, e a formação pelo trabalho sob o olhar da supervisão ampliada é uma delas.

### **3.3. Ferramentas de Supervisão**

Ao colocar a supervisão em contexto e esclarecer suas atribuições, resta saber que ferramentas/instrumentos o supervisor utiliza para a realização de seu

trabalho. Elencamos para este agrupamento duas categorias: as **ferramentas tradicionais de supervisão**; e as **novas ferramentas de supervisão**.

Ainda que não exista um trabalho prescrito detalhado para o supervisor, nota-se que esse trabalho criou uma certa rotina de práticas, com uso corriqueiro de determinado instrumental. A esse instrumental chamamos de ferramentas tradicionais de supervisão.

Está dado que todo supervisor ao iniciar o seu trabalho em determinado município deve procurar conhecer a gestão local e o profissional, e logo que possível o local de trabalho deste. É o momento de trazer para o programa quais as primeiras impressões do supervisor, seja quanto às condições de trabalho ou mesmo aos interesses e demandas do profissional. Esta atividade é mediada pelo Relatório de Primeiras Impressões (anexo 1).

Nos meses subsequentes, e até o término da atuação do supervisor em determinado município, o Relatório Mensal de Supervisão Prática (anexo 2) é o instrumento de registro das atividades dos supervisores, dentro do qual se avalia e pontua o progresso do profissional. A apoiadora do MEC, A1, esclareceu que o seu papel é meramente de registro, porém tem importância para controle formal do trabalho dos supervisores (prestação de contas), fonte de dados e instrumento de registro histórico dos programas.

A Avaliação do Médico pelo Supervisor (anexo 3) é realizada de forma periódico e ocasional, geralmente a cada quatro a seis meses e serve como indicador para intervenção no processo pedagógico, além de servir de parâmetro para o benefício do bônus no PROVAB. Possui duas grandes frentes: processo de trabalho e atributos da atenção básica.

Os três instrumentos em anexo são as principais ferramentas tradicionais de supervisão. Ainda pode-se acrescentar a esta categoria a participação em reuniões de equipe, atendimento conjunto de casos, construção dialogada do projeto de intervenção, discussão individual de casos e o uso de algumas ofertas da

telemedicina, todas operacionalizadas por intermédio da interlocução supervisor-profissional e com os demais atores institucionais.

A criatividade, que permitiu o sucesso na implementação dos programas, retomando a afirmação do tutor T1, também reorganiza a prática da supervisão em diálogo com os interesses, desejos e necessidades dos profissionais vinculados aos programas. Essas novas práticas de supervisão possibilitam outro entendimento de quanto à potência do encontro supervisor-profissional e tem contribuído com boa parte das reflexões deste trabalho. Uma supervisão para além dos relatórios, como dizia A1.

Citamos a seguir duas dessas novas práticas: a supervisão coletiva e os Grupos Balint-Paidéia.

A supervisão coletiva surge atrelada ao início da experimentação dos GBP. Trata-se de uma resposta à necessidade formal do supervisor em preencher o Relatório Mensal de Supervisão Prática como única maneira de provar o cumprimento de seu trabalho.

Os itens do Relatório citado serviram de guia para praticamente todos os supervisores, principalmente devido sua obrigatoriedade mensal. Diante desta ação não-negligenciável, foi necessário ser feita consulta aos profissionais, que reunidos devido o combinado prévio de se discutir casos em grupo, acabam abrindo para os demais as suas fraquezas e fortalezas, o que há de novo e que nunca muda, sucesso e fracassos, dificuldades gerenciais, estruturais e técnicas e outra série de itens, a partir da provocação quanto aos itens do Relatório.

Desse espaço, que reservamos para os primeiros 90 minutos do encontro mensal, surgem pontos em comum para as diversas unidades e que motivam a formação de coalisão entre os profissionais, quando se nota de forma pioneira a noção de grupalidade. Essa conformação grupal só havia sido visualizada antes no processo de supervisão quando das Reuniões Gerais do PROVAB 2013.

Compartilhar dificuldades em grupo permite a intervenção precoce junto à gestão. Essa facilidade se cumpre em parte pela utilização dos espaços da secretaria de saúde para estas discussões, e eventualmente os gestores municipais responsáveis pelos programas participam desta primeira parte.

A dificuldade de marcação de exames de ultrassonografia de M12 foi exemplo padrão desta constatação. Devolver para os colegas que a dificuldade foi escutada e resolvida os animou a reivindicarem por melhorias, contratação profissional, mudanças na agenda.

Como toda adaptação, existem empecilhos que limitam seu uso. Não é possível avaliar as condições de trabalho sem ter ido à unidade de saúde em que o profissional trabalha, além de se encontrar certos limites à aplicação do instrumento de avaliação quando se opera no coletivo, entretanto tais limites não inviabilizam a proposta de supervisão coletiva, nem mesmo a atividade de GBP como prática formativa. Cabe o seu aprimoramento, especialmente a partir de sua experimentação e construção.

Inspirado nas vivências com GBP em que participaram gestores e profissionais de saúde da atenção básica, trouxemos a ferramenta para a realidade do PMMB/PROVAB e articulamos com os profissionais a discussão de casos em grupo.

Para utilizar os GBP como instrumento de supervisão prática, o primeiro passo necessário foi firmar um contrato envolvendo a gestão local do SUS, o(s) supervisor(es) envolvidos e, evidentemente, os médicos. Usou-se a expressão contrato tomando-a no sentido que lhe é dado na Psicanálise, para designar o conjunto de regras acordadas explicitamente entre analista e paciente, que vão reger a relação entre ambos e, portanto, contém as diretrizes do '*setting*<sup>36</sup>' terapêutico (cf. ZIMERMAN, 2008).

---

<sup>36</sup> Campos (2007a) entende que determinados espaços coletivos podem ser entendidos como *setting*, ampliando este termo psicanalítico. Na psicanálise, o termo designa "a soma de todos os

Neste contrato, propôs-se que o número de participantes fosse de 10 a 20 participantes, que podiam se organizar em duplas – dando preferência a médicos que estivessem atuando na mesma Unidade de Saúde para sua formação. Pela característica do PMMB/PROVAB, esses participantes seriam necessariamente médicos vinculados aos Programas. Preferencialmente, médicos que estivessem atuando no mesmo município ou, pelo menos, em municípios com grande proximidade geográfica.

Foi preciso contratar também que o grupo funcionaria como um espaço protegido, em que houvesse liberdade para os participantes falarem tanto das situações clínicas quanto das relações institucionais (que envolvem relações de poder). Assim, precisou-se ser negociado com os médicos e com a gestão local do SUS que o que fosse falado no âmbito do grupo teria caráter sigiloso, protegendo eticamente os médicos participantes. Com isso, a gestão optou por participar apenas da supervisão coletiva.

Pela proposta aqui apresentada, os encontros teriam periodicidade mensal e duração de 3 a 4 horas. Duas destas horas seriam destinadas à discussão do caso clínico ou gerencial trazido pelo médico ou dupla de médicos, e o tempo restante seria utilizado para discutir situações outras que envolvem o escopo da supervisão prática do Mais Médicos e do PROVAB – como, por exemplo, o acompanhamento do desempenho dos médicos na especialização à distância, aplicação de instrumentos de avaliação, entre outros, ou seja, a supervisão coletiva.

O local de reunião – a depender das condições estruturais de cada lugar – deveria preferencialmente ser as Unidades de Saúde em que os médicos atuam, em sistema de rodízio: a cada reunião, em uma unidade diferente (desde que existissem espaços nas Unidades para reunir com privacidade o conjunto de participantes). Esse sistema de rodízio permitiria ao supervisor, fora da reunião do Grupo, ter contato com a equipe e com a gerência local das Unidades. Dadas as

---

*procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico*” (ZIMERMAN, 2008, p. 67)

condições favoráveis quanto a ambiência e acesso, as reuniões acabaram sendo realizadas nas secretarias de saúde, entretanto ainda se trabalha com a possibilidade de imergir nas unidades de saúde.

A coordenação do grupo ficaria, a princípio, a cargo do Supervisor (ou dos supervisores) responsável(is) pelo conjunto de médicos reunidos no grupo, sendo importante que este supervisor tivesse alguma experiência na coordenação de grupos. Com a dinâmica do grupo, ficou a critério do supervisor a possibilidade de rodiziar a coordenação entre os participantes. Caberia ao(s) supervisor(es) envolvidos, também, a produção de ofertas teóricas pertinentes ao caso apresentado, e outras que julgasse necessárias a partir de seu conhecimento do grupo.

No mesmo sentido, ficou aberta a possibilidade de, a depender do desenvolvimento do grupo, o supervisor contratar a participação eventual de outros profissionais ou gestores do SUS e do Projeto Mais Médicos, na lógica do Apoio Matricial e do Apoio Institucional (CAMPOS, 2007a).

É importante destacar que, embora o GBP – pela proposta apresentada – ocupasse lugar central na prática de Supervisão, ele não substituiu todas as atribuições da supervisão.

O Quadro 10 resume as principais características dos GBP aplicados à supervisão prática do PMMB/PROVAB.

As ferramentas aqui apresentadas não esgotam todo o arsenal disponível ao trabalho de supervisão, trabalho vivo, a todo momento reinventado em suas práticas e que constrói algumas das saídas para os entraves enfrentados pelo SUS.

**Quadro 10: Características dos GBP aplicados à Supervisão Prática do PMMB/PROVAB**

<b>Características</b>	<b>GRUPO BALINT PAIDEIA – MAIS MÉDICOS/PROVAB</b>
Número de participantes	10 a 20 participantes (podendo organizar-se em duplas)
Perfil dos participantes	Médicos participantes do PMMB/PROVAB, preferencialmente atuando no mesmo município.
Metodologia de trabalho	Apresentação e discussão de casos clínico-gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.
Ofertas teóricas	Com ofertas teóricas diversas.
Duração do Grupo	Até 3 anos (período de duração do contrato do PMMB).
Vinculação da Atividade	Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde e do PMMB/PROVAB.
Coordenadores dos Grupos	Supervisores do PMMB/PROVAB.
Tempo de duração de cada encontro	Um período de 3 a 4h, sendo 2h para discussões de casos e o tempo restante para discussão de outros aspectos relacionados à supervisão.
Periodicidade	Encontros mensais.
Tipo de grupo	Grupo semi-aberto (multirreferencial). Possível presença – quando demandados – de outros profissionais e gestores.
Associação a outros recursos pedagógicos	Associação com o curso de especialização EAD promovido pela UNA-SUS, durante a vigência do mesmo.
Encontros	Presenciais associados à utilização de recursos de Ensino à Distância.
Utilização do material produzido nos grupos em pesquisas.	Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva.





#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A saúde é um direito social conquistado (L'ABBATE, 2009), entretanto, muito há que se percorrer até que o escrito constitucional se efetive e o SUS possa ser plenamente efetivado. Como visto, dois são os grandes entraves a serem superados para se alcançar tal fim: financiamento e gestão de recursos humanos em saúde.

Reconhece-se que a saúde é determinada não somente pela rede de assistência à saúde, contudo é inegável que acesso ao profissional de saúde é ponto importante na mudança dos indicadores de saúde, como mortalidade materno-infantil. Várias foram as políticas públicas cujo enfoque se deu sobre os recursos humanos em saúde, e na atualidade dois programas capitaneiam o enfrentamento deste gargalo: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos, especialmente com o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), um braço deste programa, voltado para a questão excepcional de provimento assistencial emergencial.

Dada a atuação do autor desta pesquisa como supervisor nos dois programas citados, e em se tratando de pesquisa vinculada ao mestrado profissional, cuja diretriz provoca seus pesquisadores a olharem para seu próprio trabalho, tomarem-no como objeto de pesquisa e sobre sua realidade intervir é que se justifica a escolha da temática deste estudo.

A contribuição mais facilmente aferível das políticas em estudo, principalmente com o PMMB, foi a de levar profissionais de saúde para regiões até então consideradas vazios assistenciais. O programa trouxe outra infinidade de contribuições, assim como apresenta diversos limites, inclusive dados a priori, como a questão da melhoria estrutural, não garantida pela política em estudo, entretanto serve como olhar atento para que outras políticas pudessem ser desenvolvidas em articulação. Contudo, o recorte escolhido não foi o de avaliar o PROVAB e o Programa Mais Médicos, mas sim verificar qual a potência pedagógica da supervisão no contexto destes programas.

Parte-se da premissa que a supervisão não é possível como mero instrumento de controle e avaliação, e que está a ela atribuída, ainda que não de forma clara, outras funções, ao que se inclui a função de aprimoramento técnico-clínico. Fica a questão de como se procede esta potência pedagógica.

A contemporaneidade aos fatos se procedeu como um importante limite a se reconhecer. Existem escassos dados e fontes primárias, sendo boa parte das informações obtidas junto a órgãos do Governo Federal, articulador e executor das políticas, e dada a novidade do tema, poucas pesquisas na área foram encontradas. É impossível ter uma análise completa de todas as forças que operam sobre determinado objeto à medida que se analisa algo que ainda está ocorrendo, sem desfecho estabelecido, porém tal fato não impede o exercício da reflexão sobre esta realidade, seu contexto, as práticas nela exercidas e eventuais mudanças. Por outro lado, foi no decorrer do processo de pesquisa que os programas ganharam a envergadura hoje assumida, o que também torna instigante pesquisar o novo, percebendo-se o estudo como necessário.

Dada a novidade, opta-se pelo desenho de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, imbricado com o olhar do sujeito-pesquisador, implicado com a execução da política à medida que dela faz parte, como supervisor, e mais que isso, ator social, comprometido com a efetivação de um sistema de saúde eficaz, eficiente e socialmente referenciado.

As várias histórias com que o sujeito-pesquisador se deparava no cotidiano do trabalho de supervisão se apresentavam entre o inusitado e o simbólico-representativo. A reconstrução destas narrativas, que de certa forma se assume com caráter (auto)biográfico, são os relatos de experiência inseridos nesta pesquisa, que permitem ilustrar e dar elementos para a análise da realidade, mesmo que pontual e limitada no tempo e espaço.

Entretanto, esta pesquisa pôde jogar luz sobre os programas e revisitar o contexto histórico a que se inserem, além de analisar o potencial pedagógico da

supervisão no PROVAB e no PMMB, supervisão esta construtora de autonomia e produtora de novas práticas.

Um dos achados de pesquisa é que a supervisão encontra-se no meio do imbróglio dos Recursos Humanos em Saúde. Seja para atender as deficiências de formação profissional, inadequada às necessidades sociais de saúde, seja por mediar o conflito entre profissional-gestor-usuário-corporação-equipe. A inadequação não é privilégio dos profissionais formados fora do país, os profissionais de saúde têm grande autonomia nas suas práticas individuais e a supervisão é colocada como potencial interventora neste processo.

O contexto em que se insere a supervisão a coloca em um **locus privilegiado de avaliação e diagnóstico**. O exemplo da expansão da rede de APS no município 1 é um dos pontos de avanço dos programas visualizado pela supervisão. Já as dificuldades com reformas e construções de novas unidades, reposição de material, políticas municipais que “engessam” os modelos assistenciais são algumas das fronteiras encontradas na supervisão. Claramente, não se resolve todos os problemas estruturais e de gestão, apenas com o PROVAB e o Programa Mais Médicos.

Existem diferenças importantes entre os municípios, os gestores, os médicos, as equipes, as populações cuidadas, os profissionais envolvidos nos programas, e mesmo entre os supervisores. **Singularidades/diferentes perfis** levam a diferentes contextos e fazem de uma mesma política serem construídos diversos desvios da realidade.

**Não existe um papel definido** e claramente estabelecido para o Supervisor, o que gera a confusão de papéis. A título de exemplo, o papel de fiscalização, dever dos conselhos de classe/categoria e da gestão em saúde, já foi ponto de grande tensão, por vezes atribuído ao supervisor. Os escritos legais que criam a função do supervisor nos programas não têm um trabalho prescrito bem delimitado, e do pouco definido existe uma vinculação direta com a visão tradicional de supervisão

(REIS e HORTALE, 2004), filiada apenas ao controle, avaliação e acompanhamento dos processos de trabalho.

Todavia, verifica-se que o trabalho real do supervisor avança no sentido de ampliar seu papel, um triplo papel, que adquire vasto arsenal para operar o seu trabalho, que está em constante modificação e criação. Nota-se que a supervisão supera o mero registro em relatórios e caminha em direção ao crescimento de atribuições, uma supervisão ampliada.

Afirmar que a supervisão passa a se configurar enquanto supervisão ampliada não é mera constatação de seu crescimento de atribuições, já bem apresentado nesta pesquisa, mas sim a verificação de seu papel ativador de processos, articulador da política, mediador de coletivos e potente pedagogo (andragogo, para ser mais preciso). Vincula-se, pois, ao conceito de Clínica Ampliada (CAMPOS, 2007a), e permite que se entenda a supervisão numa aproximação com o conceito de Apoio Institucional e de Apoio Matricial. A figura 3 sintetiza o triplo papel da supervisão: **Controle/avaliação; Apoio/suporte; Aprimoramento Técnico-Clínico.**

Compreender a supervisão de forma ampliada também permite reconhecer sua centralidade na própria execução da política. Sendo o Brasil de dimensões continentais e o Governo Federal assumindo o desafio de implementar programas de abrangência nacional, gera uma dificuldade técnica de acompanhamento da implantação desta política, algo somente contornado com a figura do supervisor. A supervisão, portanto, assume-se como **aprimoramento da gestão dos programas.**

Parte-se do contexto, para se analisar a prática, e por fim compreender as ferramentas que se utilizam na supervisão. O relatório de supervisão prática (anexo 1) pauta ainda hoje a forma de se fazer supervisão, à medida que se assume como o instrumento de registro das práticas da supervisão, levando a práticas que convencionou-se neste trabalho chamar de **ferramentas tradicionais de supervisão.** Nota-se o esgotamento dessas ferramentas na forma com que vem

sendo executadas. Aposta-se na superação da supervisão como mera produtora de relatórios, e que tais ferramentas devem ser repensadas para se adequar as novas atribuições que a supervisão assume no desenvolvimento do PROVAB e do PMMB.

Quanto às **novas ferramentas de supervisão**, verifica-se que existem pelo menos duas ferramentas pedagógicas potentes, testadas e analisadas neste trabalho: a supervisão coletiva e os Grupos Balint-Paidéia (GBP) aplicados à realidade da supervisão do PMMB/PROVAB. O GBP é um dispositivo interessante, com potência pedagógica, e que permitiu aos profissionais repensarem suas práticas, a construírem processos de apoio mútua, além de se perceber sua capacidade para a ativa a organização de coletivos, que pressionam a gestão, diminuem o isolamento e aumentam a força do grupo. A supervisão coletiva foge à mera adaptação à necessidade de se produzir relatórios para se configurar em espaço de partilha de novidades, criações, angústias e dificuldades.

Seria pretensão desta pesquisa apontar que estes dispositivos esgotam as possibilidades de se reinventar o fazer da supervisão. O que se espera é fazer o convite para outros olhares sobre a supervisão possam ser compartilhados. Um olhar diferente do sanitarista implicado, ou mesmo dar voz aos outros atores destes programas são elementos que ajudarão a dar luz a essa realidade que ainda se apresenta com grande novidade. E que outros supervisores possam experimentar as ferramentas da supervisão coletiva e do GBP, dando mais elementos para que sua técnica seja melhor adaptada à realidade do PMMB/PROVAB. Novos estudos são necessários, ampliando-se para o olhar dos profissionais, gestores, equipe, usuários, além de se verificar as mudanças ocorridas a partir dos programas e a influência/potência da supervisão nestas mudanças.

Fecha-se esta pesquisa apontando que é necessário construir e pactuar de forma dinâmica um conteúdo mínimo necessário para o trabalho de supervisão em vias ao processo educativo, de forma a garantir uma padronização mínima, porém sem limitar os supervisores a criarem novas maneiras de exercerem seu trabalho. Ainda, que a supervisão ampliada é uma das possibilidades de transformar a

formação profissional em saúde do país, em especial a formação médica, melhor avaliada por este estudo.

O desafio de mudar a realidade, torná-la menos opressora, e construir uma sociedade mais igualitária é cotidiano. Um desafio ético-político de escolher anunciar/denunciar as injustiças, a começar do lugar onde se pisa. Finaliza-se estas considerações com o poema que trata destas escolhas.

"A luz que me abriu os olhos  
para a dor dos deserdados e os feridos de injustiça,  
não me permite fechá-los nunca mais, enquanto viva.  
Mesmo que de asco ou fadiga me disponha a não ver mais,  
ainda que o medo costure os meus olhos, já não posso  
deixar de ver: a verdade me tocou, com sua lâmina de amor, o centro do ser.  
Não se trata de escolher entre cegueira e traição.  
Mas entre ver e fazer de conta que nada vi  
ou dizer da dor que vejo para ajudá-la a ter fim,  
já faz tempo que escolhi."

Já faz tempo que escolhi  
Thiago de Mello

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Mais de 3000 médicos do PROVAB concluem atuação em áreas carentes. **Agência Brasil**, 08 jan. 2015. Disponível em <http://tnh1.ne10.uol.com.br/noticia/brasil/2015/01/08/315457/mais-de-3-mil-medicos-do-provab-concluem-atuacao-em-areas-carentes>. Acesso em 05/02/2015.

AGÊNCIA SAÚDE. Provab seleciona 1.525 enfermeiros e dentistas. **Agência Saúde**, 24 fev. 2014. Disponível em <http://www.unasus.gov.br/noticia/provab-seleciona-1525-enfermeiros-e-dentistas>. Acesso em 18/12/2014.

AGUIAR, D. S. **A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?**. 1998. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em [http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4673/2/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Aguiar\\_Dayse%20Santos%20de.pdf](http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4673/2/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Aguiar_Dayse%20Santos%20de.pdf). Acesso em 18/11/2014.

ANTONELLI, D. 4,3 mil médicos se habilitam no PROVAB. **Gazeta do Povo**, 01 mar. 2013. Disponível em <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1349441>. Acesso em 13/12/2014.

AQUINO, Y. Provab 2013 incorpora 3.800 médicos para atuar em regiões com carência de atendimento. **Agência Brasil**, 20 maio 2013. s.l., 2013. Disponível em <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-05-20/provab-2013-incorpora-3800-medicos-para-atuar-em-regioes-com-carencia-de-atendimento>. Acesso em 26/01/2015.

ARENDT, R. J. J. Psicologia Comunitária: teoria e metodologia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, 1997. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721997000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721997000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10/02/2015.

AURÉLIOONLINE. **Dicionário do Aurélio Online**. Disponível em <http://www.dicionariodoaurelio.com> Acesso em 20/01/2015

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>. Acesso em 01/02/2015.

BAHIA L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em

[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/objeto\\_regulacao/AA10.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/objeto_regulacao/AA10.pdf). Acesso em 28/01/2015.

BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença**. Tradução de José Nunes de Almeida. 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES; Junho de 1998. 344 p. título original: The Doctor, His Patient and The Illness.

BARRETO, V. H. L.; MONTEIRO, R. O. S.; MAGALHÃES, G. S. G.; ALMEIDA, R. C. C.; SOUZA, L. N. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, s.l., vol. 35, n. 4, p. 578-583, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf>. Acesso em 30/01/2015.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª Edição. São Paulo: CORTEZ, 2008. 304 p.

BENTES, A. et al. Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos! In **O preceptor por ele mesmo**. Cadernos da ABEM. – Vol. 9 (outubro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013. p. 32-38.

BERTOLDI, S. G.; FOLBERG, M. N.; MANFROI, W. C. Psicanálise na Educação Médica: Subjetividades Integradas à Prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, s.l., vol. 37, n. 7, p. 202-209, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/07.pdf>. Acesso em 10/02/2015.

BOEMER, M. R. A Condução de Estudos Segundo a Metodologia de Investigação Fenomenológica. **Rev. Latino-am. enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 83–94, Ribeirão Preto, jan. 1994. Disponível em [http://ftp.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/1350494711.pdf](http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1350494711.pdf). Acesso em 12/11/2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363–373, jul./set. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>. Acesso em 21/01/2015.

BRASIL. **Constituição Federal** (Artigos 196 a 200). Seção II - DA SAÚDE, Brasília: 1988. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao\\_federal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao_federal.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. IBGE, 2015a. Disponível em



<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em 05/02/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: 2001. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes\\_curriculares.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf). Acesso em 22/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde – DDES. **Manual Instrutivo: Avaliação dos Médicos Participantes**. Projeto Mais Médicos para o Brasil - Orientação Técnica. Versão do produto: 1.0.0. Edição do documento: agosto/2014 21 p. Brasília: 2014c. Disponível em [http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/page/%3Cem%3EEditar%20P%C3%A1gina%20B%C3%A1sica%3C/em%3E%20Mais%20M%C3%A9dicos/manual\\_avaliacao-maismedicos.pdf](http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/page/%3Cem%3EEditar%20P%C3%A1gina%20B%C3%A1sica%3C/em%3E%20Mais%20M%C3%A9dicos/manual_avaliacao-maismedicos.pdf). Acesso em 28/01/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria normativa nº 14, de 9 de julho de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: 2013i. Disponível em [http://www.lex.com.br/legis\\_24599144\\_PORTARIA\\_NORMATIVA\\_N\\_14\\_DE\\_9\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2013.aspx](http://www.lex.com.br/legis_24599144_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.aspx). Acesso em 27/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM/MEC no 3, de 16 de setembro de 2011**. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília: 2011b. Disponível em [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/res\\_cnrm\\_03provab\\_2011\\_10.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/res_cnrm_03provab_2011_10.pdf). Acesso em 02/12/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2011a. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html). Acesso em 03/12/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em 20/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p. – (Série Histórica do CNS; n. 2) – (Série D.

Reuniões e Conferências; n. 16). Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12a Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Editais de convocação nº 7 e nº 8, de 7 de dezembro de 2011**. PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA - PROVAB. Brasília: 2011e. Disponível em [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/editais\\_de\\_convocacao\\_de\\_7\\_de\\_dezembro\\_de\\_2011\\_provab.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/editais_de_convocacao_de_7_de_dezembro_de_2011_provab.pdf). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Edital nº 3, de 30 de janeiro de 2012**. Prorrogação dos prazos constantes dos editais nº 7 e 8/2011. Brasília: 2012d. Disponível em [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/edital3e4\\_31\\_01\\_12.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/edital3e4_31_01_12.pdf). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Brasília: 2011d. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377\\_13\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 754, de 18 de abril de 2012**. Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília: 2012b. Disponível em [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/portaria\\_n\\_754\\_de\\_18\\_de\\_abril\\_de\\_2012.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/portaria_n_754_de_18_de_abril_de_2012.pdf). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Geral do Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1986. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais da 5a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 05 a 08 de agosto de 1975. Brasília: Ministério da Saúde, 1975b. p. 287-288. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns\\_anais2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais2.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3a Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: 1963. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_3.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 5a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: agosto de 1975. Brasília: Ministério da Saúde, 1975a. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_5.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 6a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1-5 agosto 1977. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 7a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1980. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 9a Conferência Nacional de Saúde**. Municipalização é o caminho. Brasília: agosto 1992. Brasília: fev. 1993. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 2-6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12a Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13a Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento: Brasília, novembro de 2007 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns\\_M.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14a Conferência Nacional de Saúde**. Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro: Brasília, 30 novembro a 04 de dezembro 2011 – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 232 p. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação e intervenção. Brasília: MS; 2010b. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf). Acesso em 30/01/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **VER-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013j. 106 p. Disponível em <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>. Acesso em 02/02/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf). Acesso em 02/02/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. Disponível em

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf). Acesso em 02/02/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 6, de 28 de Fevereiro de 2012**. Torna pública a relação dos candidatos selecionados para execução das atividades no âmbito do PROVAB, incluindo-se a respectiva ordem de precedência, conforme estabelecido no item 3.3.4 do Edital nº 1, de 9 de janeiro de 2012. Brasília: 2012e. Disponível em [http://189.28.128.99/provab/docs/geral/edital\\_28\\_02\\_2012\\_resultado\\_provab.pdf](http://189.28.128.99/provab/docs/geral/edital_28_02_2012_resultado_provab.pdf). Acesso em 19/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 51, de 20 de Agosto de 2013**. Alteração do edital de adesão de médicos ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2013h. Disponível em [http://www.latecnologiaemsaude.com.br/system/noticia/arquivos/000/000/112/original/Edital\\_de\\_n%C2%BA\\_51\\_Com\\_altera%C3%A7%C3%A3o\\_no\\_Edital\\_do\\_de\\_Ades%C3%A3o\\_de\\_M%C3%A9dicos\\_ao\\_Programa\\_de\\_valoriz%C3%A3o\\_do\\_Profissional\\_da\\_At%C3%A7%C3%A3o\\_B%C3%A1sica..pdf?1377096224](http://www.latecnologiaemsaude.com.br/system/noticia/arquivos/000/000/112/original/Edital_de_n%C2%BA_51_Com_altera%C3%A7%C3%A3o_no_Edital_do_de_Ades%C3%A3o_de_M%C3%A9dicos_ao_Programa_de_valoriz%C3%A3o_do_Profissional_da_At%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica..pdf?1377096224). Acesso em 26/01/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade** - Relatório Síntese. Brasília, abril 2011 - Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 240 p. il. – (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_escassez\\_profissionais\\_areas\\_remotas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf). Acesso em 02/12/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Política de Educação na Saúde**. Apresentação realizada na 58ª Reunião ordinária da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNPN/SUS. Brasília: 17 out. 2012. Brasília: 2012f Disponível em [http://www.condsef.org.br/images/stories/file/sus-mnnp\\_17-10-2012.pdf](http://www.condsef.org.br/images/stories/file/sus-mnnp_17-10-2012.pdf). Acesso em 02/11/2014.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Programa Mais Médicos**. Apresentação realizada na Oficina Regional do PROVAB. Fortaleza: 16-17 maio 2013. Fortaleza: 2013a. Disponível em <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-PROVAB-Panorama-Oficina-Regional-Fortaleza.pdf>. Acesso em 26/01/2015.

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **PROVAB**. Apresentação realizada em oficina à

ABEM. SGTES/MS, 2012g. Disponível em: [www.abem-educmed.org.br/pdf/apresentacao\\_provab.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/apresentacao_provab.pdf). Acesso em 20/10/2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 3, de 9 de Janeiro de 2013**. Processo de adesão dos médicos ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2013b. Disponível em <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/02/Edital-PROVAB-com-destaque-para-Acolhimento-ao-profissional-selecionado.pdf>. Acesso em 25/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 6, de 4 de Fevereiro de 2013**. Torna pública, na forma do ANEXO a este Edital, a relação dos municípios que aderiram ao PROVAB 2013, e convoca os médicos que aderiram ao programa para realizar, a partir de 06 de fevereiro de 2013, a escolha dos municípios. Brasília: 2013f. Disponível em <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/02/Edital-6-relacao-municipios-aderiram-provab-2013.pdf>. Acesso em 25/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital de Convocação No 1/2014, de 07 de Janeiro de 2014**. Adesão de médicos ao PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: 2014b. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/64516143/dou-secao-3-07-01-2014-pg-99>. Acesso em 25/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 16, de 22 de Março de 2013**. Convocação de Instituições de Ensino, Hospitais de Ensino, Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal, Escolas de Saúde Pública e Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, para adesão ao PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA - PROVAB. Brasília: 2013c. Disponível em <http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=613>. Acesso em 25/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Edital nº 2, de 15 de Janeiro de 2015**. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2015b. Disponível em <http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-INSCRICAO-PROFISSIONAIS-SGP-2015.pdf>. Acesso em 25/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Los cambios en el modelo de formación médica de Brasil**: Estrategias para proveer y fijar médicos en zonas desfavorecidas y remotas. Apresentação realizada no Seminário: La misión

social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud. Manaus, 10 de setembro de 2014. Manaus: 2014a. Disponível em [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/reu\\_manauus\\_sept/02\\_egoldfarb\\_bra.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/reu_manauus_sept/02_egoldfarb_bra.pdf). Acesso em 25/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos\\_direito\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf). Acesso em: 20/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **41% dos municípios do Nordeste não atraíram sequer um médico**. Portal SNA, 03 jun. 2013. s.l.:2013e. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5035>. Acesso em: 26/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – Relatório Final**. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986. – Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. 54 p. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf). Acesso em: 20/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei**. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 1993. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_02.PDF](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.PDF). Acesso em 10/11/2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Brasília: 2010a. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm). Acesso em 03/12/2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011**. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Brasília: 2011c. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: 2013g. Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em 01/12/2014.

BRITO, L. C. **A formação do psicanalista**. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2007/Dissert-lavinia.pdf>. Acesso em 26/01/2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p77-93, 2007. Disponível em [http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES\\_SOCIAIS\\_E\\_SAUDE.pdf](http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf). Acesso em 28/01/2015.

CAMPOS, A. C. Programa Mais Médicos beneficia 33 milhões de pessoas. **AGENCIA BRASIL**. 31 mar. 2014. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-03/dilma-programa-mais-medicos-beneficia-33-milhoes-de-pessoas>. Acesso em 16/12/2014.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53–59, maio/ago. 2001. Disponível em [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/caminhos\\_aproximar.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/caminhos_aproximar.pdf). Acesso em 21/11/2014.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 1a. ed. [s.l.]. HUCITEC, 2006. p. 41-80.

\_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15, no.5. Rio de Janeiro, Aug. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>. Acesso em: 12/04/2015.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. 185 p.

\_\_\_\_\_. Subordinação da Saúde Pública à dinâmica da acumulação capitalista: ou, breve história do “ocaso” da saúde pública. In MERHY, E. E. **O capitalismo e a Saúde Pública**. 2ª edição. Campinas: Papius, 1987. p. 111-127.

\_\_\_\_\_. **Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. 236 p.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10/02/2015.



CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, s.n., p.1547-1555, 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em 26/01/2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª edição. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2012. 277 p. título original: Le normal et le pathologique.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9–24, 1993. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000100003> .Acesso em 21/11/2014.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**. 2013, 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13660/1/2013\\_M%C3%B4nicaSampaioCarvalho.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13660/1/2013_M%C3%B4nicaSampaioCarvalho.pdf). Acesso em 16/06/2014.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2a. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 183p.

CASTIEL, L. D. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “cazaquistão.” revista internacional interdisciplinar. **Interthesis**. Florianópolis, v. 09, n. 02, p. 62–83, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p62>. Acesso em 29/10/2014.

CEBES. É hora de a sociedade brasileira abraçar o SUS. **Editorial da Revista Divulgação em Saúde para Debate**. s.l., n. 48, p. 4–6, 2012. Disponível em <http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/cebes-e-hora-da-sociedade-brasileira-abracar-o-sus.html>. Acesso em 20/10/2014.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 197–210. Disponível em <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>. Acesso em 30/11/2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n.1, p 41-65, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 14/01/2015.

CFM. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: 2013. 256 p. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>. Acesso em 29/11/2014.

COIMBRA, C. M. B. A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica. **Psicol. cienc. prof., Brasília**, vol.9, n.1, p. 26-28, 1989. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v9n1/08.pdf>. Acesso em 30/01/2015.

CONILL, E. Sistemas comparados de saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 1a. ed. [s.l.]. HUCITEC, 2006. p. 563–614.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM**. 2004. 336 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). UNICAMP, Campinas, 2004. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000358505>. Acesso em 14/07/2014.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint Paidéia** : uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. 2009. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UNICAMP, Campinas, 2009. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000440902>. Acesso em 14/07/2014.

DENEM. Cartilha com Campanha da DENEM sobre as novas Diretrizes Curriculares Nacionais. s.l., 2014. Disponível em: <https://www.facebook.com/alemdoqueeseve2/posts/585034741586760>. Acesso em 22/11/2014.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde\*. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, s.l., v. 14, n. 54. P. 7-11, 1986. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2054/V14%20n54-02.pdf>. Acesso em 01/02/2015.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. s.l., vol.18, n.6, 2013. pp. 1613-1624. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Acesso em 25/01/2015.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. 2a edição ed. São Paulo: HUCITEC, 2011. 173 p.

FENAM. FENAM divulga novo piso salarial para médicos. **FENAM ONLINE**. 23 jan. 2014. Disponível em <http://www.fenam.org.br/noticia/604>. Acesso em 15/01/2015.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, Botucatu, n.18, Supl. 1, p. 931-943, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0931.pdf>. Acesso em 25/01/2015.

FÓRUM DE ESTUDANTES DA ENSP/FIOCRUZ. A interiorização do trabalho e da formação em saúde: Mais Médicos e Mais Reforma Sanitária. **ENSP/FIOCRUZ**. s.l., 2013. Disponível em:

[http://www6.ensp.fiocruz.br/movimentos-sociais/wp-content/uploads/Roda-de-Conversas\\_Servico-Obrigatorio-na-Saude\\_Forum-Estudantes-ENSP.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/movimentos-sociais/wp-content/uploads/Roda-de-Conversas_Servico-Obrigatorio-na-Saude_Forum-Estudantes-ENSP.pdf). Acesso em 17/11/2014.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>. Acesso em 01/02/2015.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

L'ABBATE, S. **Direito à Saúde**: discursos e práticas na construção do SUS. 1ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2009. p. 21–26

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: 1974. 77 p. Disponível em [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf). Acesso em 14/07/2014. Acesso em 01/02/2015.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Traduzido por Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. 1ª Edição. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro, FENAME, 1976. p. 14-25. Título original: Preventive medicine.

LIMA, A. Mais de 3 mil médicos são avaliados pelo Provac. **Agência Saúde**, 04 dez. 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/6921-mais-de-3-mil-medicos-sao-avaliados-pelo-provac>. Acesso em 07/11/2014.

LIMA, J. C. C.; MELLO, S. C. L. Análise de uma experiência de supervisão no contexto das políticas sociais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.11, p. 43–53, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pc/v24n2/v24n2a04.pdf>. Acesso em 22/01/2015.

LYTH, G. M. Clinical supervision: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, s.l., vol. 31, n. 3, 2000. p. 722-729. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x/pdf>. Acesso em 25/01/2015.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 262 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva. UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em [http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese\\_Romulo\\_Maciel.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf). Acesso em 14/06/2014.

MANSO, B. P.; BURGARELLI, R. “Epidemia” de manifestações tem quase 1 protesto por hora e atinge 353 cidades. **O Estado de São Paulo**, 29 jun. 2013. Disponível em <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,epidemia-de->

manifestacoes-tem-quase-1-protesto-por-hora-e-atinge-353-cidades,1048461. Acesso em 02/11/2014.

MARTINS, M. A. *et. al.* **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções**. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. São Paulo: 2013. Disponível em [http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1\\_final.pdf](http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf). Acesso em 13/11/2014.

MATHIAS, M. Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate. **Revista RET-SUS**, s.l., s.n., p. 10–13, jan/fev 2011. Disponível em [http://www.retsus.epsiv.fiocruz.br/upload/41/RETSUS41\\_10\\_Gestao\\_da\\_educacao.pdf](http://www.retsus.epsiv.fiocruz.br/upload/41/RETSUS41_10_Gestao_da_educacao.pdf). Acesso em 12/11/2014.

MATTA, G. C. A Organização Mundial da Saúde: do Controle de Epidemias à Luta pela Hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371–396, Set. 2005. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462005000200007>. Acesso em 11/11/2014.

MELLO, C. G. **A medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ, 1983. 137 p. Obra póstuma.

\_\_\_\_\_. **O sistema de saúde em crise**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981. 205 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1977. 273 p.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: HUCITEC, 2012. 170p.

MENDES, M. C. **Andragogia: um novo olhar sobre a formação docente**. Relatório de Estudo Concluído. Rio de Janeiro: UNICESAMAR, Abril 2014. Disponível em <http://www.abed.org.br/hotsite/20-ciaed/pt/anais/pdf/46.pdf>. Acesso em 10/01/2015.

MENDES, M. C.; LOPES, V. C.; SOUZA, H. A.; VIANA, D. G.; BUENO, S. V. Andragogia, métodos e didática do ensino superior: novo lidar com o aprendizado do adulto na EAD. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, s.l., s.n., Edição Especial, p. 1366-1377, Dez. 2012. Disponível em <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/349/pdf>. Acesso em 20/01/2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOGEDAL, S.; WYND, S.; AFZAL, M. **Community health workers and universal health coverage**: A framework for partners harmonised

support.popline.org. [s.l: s.n.]. Disponível em:  
[http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Framework\\_partenrs\\_harmonised\\_support.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Framework_partenrs_harmonised_support.pdf). Acesso em: 22 out. 2014.

MORAES, P. N. DE. Além dos bônus na residência médica: O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica pode se tornar um mecanismo de formação em larga escala de médicos qualificados para a Atenção Básica? **Blog Saúde Brasil**, 06 nov. 2011. Disponível em:  
<http://susbrasil.net/2011/11/06/alem-dos-bonus-na-residencia-medica/>. Acesso em: 19 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de desempenho como estratégia de gestão do trabalho na Atenção Básica**: reflexões sobre o discurso normativo do PMAQ-AB e do PAPD de Campinas-SP. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). UNICAMP, Campinas, 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, n. 18, Supl. 1, p. 957-970, 2014. Disponível em  
<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130333.pdf>. Acesso em 30/01/2015.

NASCIMENTO, M. S.; SANTOS, F. P. A.; RODRIGUES, V. P.; NERY, V. A. S. Oficinas pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente – relato de experiência. **Rev. Saúde. Com.**, s.l., v. 3, n. 1, p. 85–95, 2007. Disponível em  
<http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a10.pdf>. Acesso em 14/11/2014.

NUNES, T. C. M. A Supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 4, out/dez, 1986. p. 466-476.

OLIVEIRA FILHO, J. T. S.; VIEIRA, S. M. F. Projeto Rondon: do Conhecimento ao Sentimento. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**, s.l., s.n., p. 1–8, 2009. Disponível em  
<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2009/expocom/EX14-0251-1.pdf>. Acesso em 14/11/2014.

OLIVEIRA, G. et al. Desafios da Preceptoría na Residência Médica no Lado de Cima do Equador: Experiência em Roraima. In **O preceptor por ele mesmo**. Cadernos da ABEM. – Vol. 9 (outubro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013. p. 95-100.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: UNICAMP, 2011. Disponível em  
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000793132>. Acesso em 30/01/2015.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (ORG.) **Manual de Práticas de Atenção Básica**: Saúde ampliada e compartilhada. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2010. P. 273-282.

OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas**. Modulo da Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP, 2011. Disponível em [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_pedagogico/Unidade\\_1.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_pedagogico/Unidade_1.pdf). Acesso em 14/01/2015.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333–346, jul./set. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>. Acesso em 12/11/2014.

ONOCKO CAMPOS, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 723-731, jul-set, 2000. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n3/2958.pdf>. Acesso em 10/02/2015.

OPAS. BIREME define metodologia para "Relato de Experiências". OPAS, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&Itemid=73&lang=pt](http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&Itemid=73&lang=pt). Acesso em 03/02/2015.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 4, p. 492–499, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso em 01/02/2015.

PAIM, J. S. (2003). Do "Dilema Preventivista" à Saúde Coletiva. In: Arouca, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003. p. 151-156.

PELLES, F. Petição online mobiliza sociedade para participação na campanha "Cadê o médico?". **FNP**. 07 fev. 2013. Disponível em <http://www.fnp.org.br/noticias.jsf?id=1367>. Acesso em 19/12/2014

PIERANTONI, C. R. **Reformas da Saúde e Recursos Humanos**: Novos Desafios x Velhos Problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. 2000. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UERJ, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em [http://obsnetims.org.br/uploaded/3\\_6\\_2013\\_0\\_Reformas\\_da\\_saude.pdf](http://obsnetims.org.br/uploaded/3_6_2013_0_Reformas_da_saude.pdf). Acesso em 25/10/2014.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C.; VIEIRA, S. P.; NASCIMENTO, D. N.; MIRANDA, R. G. **Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro**: estudo avaliativo. Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, 01-03 out. 2013. Disponível em [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/10\\_2\\_2014\\_0\\_Políticas\\_de\\_recursos\\_humanos.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/10_2_2014_0_Políticas_de_recursos_humanos.pdf). Acesso em 25/10/2014.

PORTAL BRASIL. Chioro debate Mais Médicos em aula para estudantes. **Portal Brasil**, 30 abr. 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/chioro-debate-mais-medicos-em-aula-para-estudantes>. Acesso em 19/11/2014.

PORTAL DA SAÚDE. Diagnóstico da Saúde no Brasil. **PORTAL DA SAÚDE**, 27 set. 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>. Acesso em 05/12/2013.

REDAÇÃO BRASIL DE FATO. Dilma propõe 5 pactos; entre eles, plebiscito sobre Constituinte para a reforma política. **Brasil de Fato**, 24 jun. 2013. Disponível em <http://www.brasildefato.com.br/node/13338>. Acesso em 05/11/2014.

REDAÇÃO TERRA NOTÍCIAS. CNT/Sensus: Lula tem aprovação recorde de 87% ao deixar governo. **Portal Terra**, 29 dez. 2010. Disponível em <http://noticias.terra.com.br/brasil/politica/cntsensus-lula-tem-aprovacao-recorde-de-87-ao-deixar-governo,77de63fc8940b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em 20/10/2014.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):492-501, mar- abr, 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200017>. Acesso em 20/01/2015.

RIZZOTO, M. L. F. **Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2012. 244 p.

SALETTI FILHO, H. C.; FONTÃO, P. Estratégias de supervisão prática no Provab: a medicina centrada no paciente como proposta de desenvolvimento do cuidado em saúde. **Comunidade de Práticas**, 05 fev. 2014. Disponível em <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/37>. Acesso em 19/11/2014.

SANT’ANA, E. R. R. B. **A preceptoria em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos**. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado

Profissional em Ensino na Saúde). Goiânia: UFG, 2014. Disponível em <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20ELISETE.pdf>. Acesso em 28/01/2015.

SANTOS, A. C. et al. Competências da Preceptoría na Residência Médica. In **O preceptor por ele mesmo**. Cadernos da ABEM. – Vol. 9 (outubro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013. p. 40-45.

SANTOS, L. Direito à Saúde e Qualidade de Vida: um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: SANTOS, L. (ORG.) **Direito da Saúde no Brasil**. 1ª edição. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 15–62.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, s.l., v. 1, n. 1, p. 1–15, 2009. Disponível em [http://rbhcs.com/index\\_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf](http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf). Acesso em 14/11/2014.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165–195, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>. Acesso em 19/11/2014.

SCHIAVINATTO (ORG.), F. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. 1ª Edição. Brasília: IPEA, 2011. 254 p. Disponível em <http://hdl.handle.net/11058/3097>. Acesso em 19/11/2014.

SCHWARTZMAN, H. Cuidado com o que deseja. **Folha de São Paulo**, 28 jun. 2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinia0/116215-cuidado-com-o-que-deseja.shtml>. Acesso em 20/11/2014.

**SICKO: SOS Saúde**. Dirigido por Michael Moore. [s.l.]: Liongate, 2007. DVD. (120min)

SILVA, H. M. M. **Perfil sóciodemográfico, estilo de vida, condições de saúde e Transtorno Mental Comum de trabalhadores de uma penitenciária feminina do estado de São Paulo**. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde). Campinas: UNICAMP, 2014.

SOARES, A. C. P. et al. A Importância da Regulamentação da Preceptoría para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental. In **O preceptor por ele mesmo**. Cadernos da ABEM. – Vol. 9 (outubro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013. p. 14-22.

SOUZA, A. Mais Médicos tem 15,7 mil profissionais brasileiros inscritos: Ministério da Saúde abriu 3.785 novas vagas em 2015. **O Globo**, 04 fev. 2015.



Disponível em <http://oglobo.globo.com/brasil/mais-medicos-tem-157-mil-profissionais-brasileiros-inscritos-15242086>. Acesso em 05/02/2015.

SOUZA, M. I. F. **Eqüidade e descentralização**: os mitos do sus. 1997. 222 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3389/000078787.pdf?sequence=1>. Acesso em 25/11/2014.

SIMERS. PROVAB: Programa não atrai médicos e governo insiste na estratégia errada. **TV SIMERS**, 10 jan. 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=kxboVCml1LI>. Acesso em 25/01/2014.

VIEIRA, F. PARA UMA VISÃO TRANSFORMADORA DA SUPERVISÃO PEDAGÓGICA. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 29, n. 105, p. 197-217, jan./abr. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 25/01/2015.

WHO. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Acesso em 14/11/2014.

\_\_\_\_\_. **WHO definition of Health**. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics 2014**. Geneva: WHO PRESS, 2014.

Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1). Acesso em 28/01/2015.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de Técnica Psicanalítica** [recurso eletrônico]: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 67-72



## **ANEXO 1 – RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO**

### **IDENTIFICAÇÃO DO SUPERVISOR**

*Nome:
*CPF:
Conselho Profissional (número/UF):
*Titulação:
*Instituição Supervisora
*UF:

\*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca para preenchimento automático

### **IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

#### **Dados pessoais**

*Nome:
*CPF:
*Conselho Profissional (número/UF):
*Instituição onde fez graduação:
*Ano de Graduação:

\*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca para preenchimento automático

#### **Local de atuação**

*Unidade de Federação:
*Município:
*Nome da Unidade de Saúde:
*Número do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:

\*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca para preenchimento automático

### **DADOS DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO**

Data da visita:
-----------------

### **INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE**

#### **1. Estrutura, Materiais e Medicamentos**

Preencher baseado nas impressões do profissional e da equipe de saúde:

##### **1.1 Estrutura**

	ADEQUADA	INADEQUADA	INEXISTENTE
Ventilação			
Luminosidade			

Acústica			
Pisos e Paredes			
Consultório clínico			
Consultório odontológico			
Consultório de enfermagem			
Recepção			
Sala de reunião			
Sala de vacinação			
Sala de curativos			
Farmácia			
Organização do prontuário			
Outras salas			
Banheiros			
Salas para grupos			
Classifique a estrutura da UBS			(não terá essa funcionalidade – apenas adequada ou inadequada como opção)
Observações	Campo de texto aberto.		

**1.2 Quanto aos Materiais e Recursos presentes na Unidade de saúde, como o médico tem avaliado a quantidade e qualidade dos itens abaixo?**

<b>Material e Recursos</b>	<b>Quantidade e qualidade adequadas</b>	<b>Quantidade adequada e qualidade inadequada</b>	<b>Quantidade inadequada e qualidade adequada</b>	<b>Quantidade e Qualidade inadequadas</b>	<b>Inexistente</b>
Esfigmomanômetros adulto					
Esfigmomanômetro pediátrico					
Estetoscópio					
Balança infantil					
Balança para adultos					
Régua infantil					
Fita métrica					
Foco de Luz					
Mesa Ginecológica					
Maca					
Espéculo					
Monofilamento para teste de pé diabético					
Sonar obstétrico					
Cilindro de oxigênio					
Kit para intubação adulto					
Kit para intubação pediátrico					

Material de sutura					
Material para coleta de citologia de colo de útero					
Negatoscópio					
Otoscópio					
Material para curativo					
Dispositivo intrauterino					
Computador					
Internet					
Impressora					
Impressos (receituários, solicitação de exames, etc.)					
Observações	Campo texto aberto				

**1.1 Quanto à Disponibilidade de Medicamentos na Unidade de Saúde, como o médico tem avaliado a quantidade e o fornecimento dos itens abaixo?**

	Quantidade suficiente e fornecimento regular	Quantidade suficiente e fornecimento irregular	Quantidade insuficiente e fornecimento regular	Quantidade insuficiente e fornecimento irregular	Inexistente
Medicamentos para hipertensão					
Medicamentos para diabetes					
Medicamentos para hanseníase					
Medicamentos para Tuberculose					
Antibióticos					
Analgésicos e anti-inflamatórios					
Anticoncepcionais					
Antiparasitários					
Psicotrópicos					
Medicamentos injetáveis					
Observações					

**2. Processo de Trabalho**

Observar e anotar as características do processo de trabalho em equipe e as atividades exercidas pelo profissional.

## 2.1 Trabalho em Equipe

	SIM	NÃO
Há reunião periódica de equipe? ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal		
A equipe faz *acolhimento aos usuários?		
O médico participa do processo de acolhimento?		
A equipe discute projetos terapêuticos em conjunto?		
O médico faz visita domiciliar?		
A equipe faz planejamento das atividades?		
A equipe faz discussão de indicadores de saúde?		
Observações		

\*Conceito conforme caderno de atenção básica.

## 3. Atenção à Saúde

Assinale as atividades que desenvolve

### 3.1. Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

	SIM	NÃO
Ações de Educação em Saúde		
Ações para promoção da Alimentação Saudável, prática do exercício físico, entre outras		
Imunização		
Coleta de Citologia Oncótica		
Observações		

### 3.2. Ações de Assistência a Saúde

	SIM	NÃO

Atenção a saúde da criança		
Atenção a saúde da mulher		
Atenção a saúde do adulto		
Atenção a saúde		
Atendimento a demanda espontânea		
Atendimento a urgências e emergências		
Gestão da clínica		
Observações		

**2 Rede de Saúde - Serviços de apoio e retaguarda:**

Assinale os serviços de apoio e retaguarda disponíveis para sua Unidade:

	SIM	NAO
Hospital		
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)		
Serviços de especialidades		
Ambulância para transporte de pacientes		
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)		
Estrutura pública para atividades físicas (praças equipadas, academia da cidade, etc.).		
Telessaúde		
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)		
Centro Comunitário		
Exames complementares		
Observações		

4. Qual a percepção do médico sobre a supervisão realizada pela gestão municipal (gestor ou coordenador ou responsável)? Descreva:


## **NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A partir das impressões sobre o trabalho da unidade e no território, que aspectos necessitam ser abordados em ações de educação permanente?

Descrever dentro dos seguintes temas:

### **1. Abordagem de queixas frequentes:**

#### **1.1 Selecionar (múltiplas respostas)**

Febre	
Tosse	
Diarreia ou constipação	
Náuseas e vômitos	
Dor abdominal	
Dor lombar	
Dor em articulações	
Dor torácica	
Cefaleia	
Dor de garganta	
Tristeza e ansiedade	
Lesões cutâneas	
Acidentes	
Falta de ar (dispneia)	
Corrimentos vaginais	
Outros (especificar)	Campo aberto

1. Introdução: o SUS, as Redes de Atenção e a Atenção Básica	
Acolhimento e Processo de Trabalho	
Métodos de gestão da Clínica individual e familiar	
Promoção de Saúde na APS.	
Condições agudas comuns na APS	
Procedimentos na APS	



2. Em Saúde do Idoso	
3. Em Urgências e Emergências	
Saúde da Mulher	
Doenças infecto-parasitárias:	
Saúde da criança	
Saúde do adulto	
Saúde mental	
Grupos específicos (campos e florestas, LGBTT,	
Outros	Campo aberto

### **RECURSOS PEDAGÓGICOS**

Modalidades	Utilização		
	Utiliza	não utiliza	pretende utilizar
Estudo sozinho em casa			
Estudo imediato na unidade de saúde (livros, manuais, softwares especializados em tablets ou smartphones)			
Consulta ao Portal Saúde Baseada em Evidências			
Consulta a Portais de pesquisa (CAPES, MEDLINE, SCIELO, etc.)			
Consulta pelo Google			
Discussão de casos			
Consulta ao NASF			
Consulta a especialistas médicos			
Consulta a outros profissionais de saúde			
Procura de serviços especializados para treinar habilidades			
Participação em Seminários, Congressos e Eventos Científicos			
Observações	Campo texto aberto		

### **Cursos que o profissional planeja fazer após o PROVAB**

7.1 CURSO	Especialidade
Especialização	
Residência Médica	
Mestrado profissional	
Mestrado acadêmico	
Outro	



## **ANEXO 2 – RELATÓRIO MENSAL DE SUPERVISÃO PRÁTICA**

### **IDENTIFICAÇÃO DO SUPERVISOR**

Nome:	
Instituição Supervisora:	UF:
Cargo:	
Maior Titulação: Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor ( ) Pós-Doutor ( )	
CPF:	
Conselho Profissional (número/UF):	

\*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca.

### **IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

#### **Dados pessoais**

Nome:
Instituição onde fez graduação:
Ano de Graduação:
CPF:
Conselho Profissional (número/UF):

\*Informações complementares de identificação serão preenchidas pelo profissional na Plataforma Arouca.

#### **Local de atuação**

Unidade de Federação:
Município:
Nome da Unidade de Saúde:
Número do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:

### **DADOS DA VISITA DE SUPERVISÃO**

Data da visita:
-----------------

### **INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE**

#### **5. Estrutura, Materiais e Medicamentos**

Alguma adequação, a partir das observações do mês anterior, foi feita no que diz respeito a:

##### **1.3 Estrutura**

( ) Não

( ) Sim

Descreva:

##### **1.4 Materiais**

( ) Não

( ) Sim

Descreva:

### 1.5 Medicamentos

( ) Não

( ) Sim

Descreva:

## 6. Processo de Trabalho

### 2.1 Houve mudança de unidade/equipe de saúde?

( ) Não

( ) Sim

Motivo:

### 2.2 Durante o mês, que aspectos da atuação do profissional são relevantes no que diz respeito a (descreva):

Reunião de equipe (reunião periódica, planejamento, discussão de projeto terapêutico):

Acolhimento aos usuários e organização da agenda:

Trabalho no território (visitas domiciliares, trabalho em grupos, observação de indicadores):

### 2.3 Aspectos sobre o processo de trabalho abordados em supervisão:

## 7. Rede de Saúde - Serviços de apoio e retaguarda:

Assinale os serviços de apoio e retaguarda utilizados pelo profissional no mês:

Hospital	
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	
Serviços de especialidades	
Ambulância para transporte de pacientes	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	
Estrutura pública para atividades físicas (praças equipadas, academia da cidade, etc.).	
Núcleo de Telessaúde	
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	
Centro Comunitário	
Exames complementares	

Outros (Descrever)	
--------------------	--

Observações (dificuldade de acesso nesses serviços; falta de contra referência; demora na marcação de consultas e exames):

### **IMPRESSÕES SOBRE O PROFISSIONAL**

**Aspectos do profissional que precisam ser mantidos (pontos positivos):**

**Aspectos do profissional que precisam ser modificados (pontos negativos):**

### **NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A partir das áreas, que temáticas foram discutidas no mês:

<b>Área</b>	<b>Temática discutida</b>	<b>Metodologia utilizada (discussão por telefone, Skype ou e- mail; discussão de situação vivenciada pelo profissional; discussão de caso clínico; envio de material para leitura; módulo da especialização, outra - especificar).</b>
Processo de Trabalho		
Planejamento e Gestão		
Saúde da Criança		
Saúde da Mulher		
Saúde Mental		
Saúde do Adulto		
Saúde do Idoso		
Urgências e Emergências		

Atenção Domiciliar		
Educação em Saúde		

### **APOIO PEDAGÓGICO**

**Descrever como ocorreu o apoio ao profissional no mês, por parte:**

Do Supervisor:  
Do Gestor Local:  
Do NASF:  
Do Telessaúde:  
Outros:

### **PLANO PARA PRÓXIMA VISITA DE SUPERVISÃO:**

Junto ao profissional, descreva a proposta de abordagem para a próxima visita prática de supervisão.

## ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DO MÉDICO PELO SUPERVISOR

<b>I – IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>DADOS PESSOAIS DO MÉDICO AVALIADO:</b>			
NOME:			
CPF:			
<b>LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO AVALIADO:</b>			
Município:			
Unidade Federativa (UF):			
Unidade de Saúde (CNES/Nome):			
<b>DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO AVALIADOR:</b>			
NOME:			
CPF:			
Nome da Instituição Supervisora/UF			
<b>DATA:</b>			
Data de realização da avaliação:			
<b>II – PROCESSO DE TRABALHO</b>			
<p><b>ATENÇÃO:</b> Para os casos em que determinada ação não é desempenhada pelo médico devido a questões estruturais, de insumos ou de gestão, registre no campo específico ao final deste formulário.</p>			
<b>1. ANAMNESE – Valor: 1,5</b>			
1.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
1.1.1 Realiza coleta de dados relacionados ao problema trazido pelo(s) paciente(s), sem desprezar outros problemas/queixas relatados ou detectados.	0,75	0,37	0
1.1.2 Realiza anamnese construindo apropriadamente histórias social, familiar, de patologias atuais e pregressas, com informações relacionadas a sinais e sintomas de doenças comuns para a idade, situação social e localização geográfica do paciente.	0,75	0,37	0
<b>2. REGISTRO – Valor: 1,0</b>			
2.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA

2.1.1 Mantém o prontuário com registro de forma clara e priorizando os dados positivos e/ou relevantes.	0,3333	0,16	0
2.1.2 Preenche adequadamente os formulários de referência, informando a situação dos pacientes e o que já foi realizado na Atenção Básica.	0,3333	0,16	0
2.1.3 Utiliza os Sistemas de Informação em Saúde (SIAB, E- SUS, FICHAS DE NOTIFICAÇÃO).	0,3333	0,16	0
<b>3. CONDUTA /ORIENTAÇÃO – Valor: 1,5</b>			
3.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
3.1.1 Examina o paciente de acordo com as necessidades do problema apresentado realizando também a busca de sinais relacionados com outras enfermidades comuns para a idade, situação social e local de residência do paciente.	0,1875	0,0937	0
3.1.2 Apresenta boa técnica do exame físico.	0,1875	0,0937	0
3.1.3 Deixa o paciente à vontade e explica os exames realizados.	0,1875	0,0937	0
3.1.4 Solicita exames com critério e dentro da necessidade do caso.	0,1875	0,0937	0
3.1.5 Sabe interpretar os resultados de exames e relacioná-los com o problema apresentado pelo paciente.	0,1875	0,0937	0
3.1.6 Acessa as ofertas educacionais complementares para aprofundar as condutas (ex.: Portal Saúde Baseada em Evidências, Telessaúde, Comunidade de Práticas e BMJ).	0,1875	0,0937	0
3.1.7 Apresenta e discute com o paciente as alternativas terapêuticas, de acompanhamento da enfermidade, prognóstico e evolução possíveis, buscando seu adequado entendimento e a pactuação da melhor alternativa.	0,1875	0,0937	0
3.1.8 Integra as temáticas abordadas durante o curso de especialização no cotidiano do seu processo de trabalho.	0,1875	0,0937	0
<b>III – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO BÁSICA</b>			
<b>1. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO/ACOLHIMENTO – Valor: 2,0</b>			
1.1 SELECIONE:	230 DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE



1.1.1 Acolhe os pacientes que chegam por demanda espontânea, fazendo escuta qualificada para estabelecer vulnerabilidade e classificação de risco.	0,5	0,25	0
1.1.2 Atende tanto casos agudos quanto crônicos, realiza observação e procedimentos de pacientes na Unidade.	0,5	0,25	0
1.1.3 Trabalha com agendamento dos pacientes que necessitam de acompanhamento a longo prazo.	0,5	0,25	0
1.1.4 Realiza visitas domiciliares planejadas conforme as necessidades dos pacientes (restritos ao domicílio/ acamados).	0,5	0,25	0
<b>2. COORDENAÇÃO DO CUIDADO E LONGITUDINALIDADE – Valor: 1,0</b>			
2.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
2.1.1 Conhece os fluxos e serviços existentes na rede de saúde local.	0,2	0,1	0
2.1.2 Garante espaço na agenda para retorno dos pacientes atendidos nos prazos adequados.	0,2	0,1	0
2.1.3 Informa os pacientes sobre como acessar outros serviços.	0,2	0,1	0
2.1.4 Realiza adequadamente referência para outro nível ou serviço da rede de saúde, informando a situação dos pacientes e o que já foi realizado na atenção básica.	0,2	0,1	0
2.1.5 Monitora os retornos dos pacientes atendidos em outro nível de atenção.	0,2	0,1	0
<b>3. INTEGRALIDADE – Valor: 1,0</b>			
3.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
3.1.1 Realiza abordagem clínica ampliada, considerando aspectos do contexto de vida das pessoas (condições sócio-econômicas, psicossociais, religiosas, culturais).	0,25	0,12	0
3.1.2 Constrói processo de intervenção com equipe	0,25	0,12	0
3.1.3 Envolve a família no cuidado dos pacientes, elaborando projetos terapêuticos compartilhados.	0,25	0,12	0
3.1.4 Preocupa-se com a saúde dos cuidadores e elabora plano de acompanhamento para eles.	0,25	0,12	0
<b>4. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – Valor: 1,0</b>			

4.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
4.1.1 Realiza atividades de educação em saúde com a comunidade.	0,5	0,25	0
4.1.2 Atua junto às instituições ou organizações comunitárias visando à promoção da saúde.	0,5	0,25	0
<b>5. AÇÕES DE INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA - Valor: 1,0</b>			
5.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPE NHA
5.1.2 Envolve-se em atividades coletivas dentro e fora da unidade visando à promoção da saúde.	0,5	0,25	0
5.1.2 Incentiva e participa de ações de controle social (Conselho Local de Saúde).	0,5	0,25	0
<b>IV – OBSERVAÇÃO:</b>			
<b>1. OBSERVAÇÕES REFERENTES À AVALIAÇÃO:</b>			
1.1 Houve alguma questão acima que não se aplica?			
Sim ( ) Descreva a situação, indicando o número da questão correspondente.			
Não ( )			
Registre aqui sugestões ou informações que você considera relevantes para o processo avaliativo.			

\*O cálculo do conceito será feito automaticamente pelo sistema.