



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

MARIÂNGELA COSTA VIEIRA

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO NOS
PROGRAMAS DE PROVIMENTO DE MÉDICOS NA BAHIA

CAMPINAS
2017



MARIÂNGELA COSTA VIEIRA

Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia

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

Orientador: Prof. Dr. EDISON BUENO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA MARIÂNGELA COSTA VIEIRA E ORIENTADA
PELO PROF.º DOUTOR EDISON BUENO.

**CAMPINAS
2017**

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

ORCID: <http://orcid.org/http://orcid.org/ht>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

V673a Vieira, Mariângela Costa, 1979-
Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia / Mariângela Costa Vieira. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Edison Bueno.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). Programa Mais Médicos. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 3. Atenção primária à saúde. 4. Supervisão. I. Bueno, Edison, 1956-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of supervision activities in provision doctor program in Bahia

Palavras-chave em inglês:

More Doctors Program, Unified Health System, Brazil

Program of Basic Care Valorization, Unified Health System, Brazil

Primary health care

Supervision

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Edison Bueno [Orientador]

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira

Rubens Bedrikow

Data de defesa: 27-01-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARIÂNGELA COSTA VIEIRA

ORIENTADOR: PROF. DR. EDISON BUENO

MEMBROS:

1. PROF. DR. PROF. DR. EDISON BUENO

2. PROFA. DRA. ANA LUIZA DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

3. PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 27 de Janeiro de 2017

DEDICATÓRIA

**A todas e todos que lutam pelo SUS e
a todas as “Jaquelynes”, por quem lutamos.**

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e caminhos (à esquerda) que o SUS me deu, e eles são muitos. Muitos e me ajudaram a me construir, me escrever e me ler. Sou muito sortuda e feliz de continuar tecendo essa rede com vocês. Um desses caminhos me trouxe para Campinas, e me trouxe anos depois de novo. Longe demais do mar para uma filha de Iemanjá, mas cheio de calor, mesmo no frio. Descobri belezas nessa terra e as maiores delas: as pessoas.

A Ellen e Pedro por serem o primeiro imã que me atraiu pra esta cidade e pela beleza de biblioteca que me faz querer sempre escrever com vocês. Agradeço também, e imensamente, por me presentarem Carina.

E a você, Cá, sou muito grata por ter me acolhido tão bem, grata por sua generosidade, por ganhar nossa amizade, pela nossa conexão do mar azul e por tudo que há de vir. E, lógico, pelas Flores que ganhei, Chel e Lê, vocês são muito especiais e tornaram os dias mais quentes, de carinho, vinho e cobertor quentinho. A Lupe, pela calma que me fez sentir ao ouvir seu sotaque nordestino e por ser essencial no meu caminho, no nosso (re)encontro. E ao Sobradinho cheio, com Erikinha e Lu, por serem a força feminina que me ensina, acolhe e constrói.

Ao meu querido orientador Edison “Papi” por toda paciência, compreensão e incentivo, meu carinho e admiração. Aos professores do mestrado profissional, em especial Gastão e Ju Luperini, por serem grandes inspirações. Aos colegas da turma por ver materializada a força do SUS.

A Marie, Anderson e Maria pela parceria nos desafios e pelos muitos momentos que ainda viveremos pelo SUS.

A Erika pela amizade, pela coragem, pelo exemplo, pela aposta, minha admiração. E a todas da APED, em especial Carlinha, Evelin, Suzzy e Mari por serem essas mulheres inspiradoras.

Às minhas parceiras e inspiração no desafio da docência (e tantos outros): Carol, Ju e Lu, obrigada pela ensinagem na vida, com vocês vou longe.

A Nanda, por me “terapeutizar” e mostrar a luz no fim do túnel, muito obrigada, xuxua!

A Talita, Lua, Ju, por me fazerem ter prazer em escrever (com) vocês, em me ler em vocês e pelo que escreveram na minha vida.

Aos supervisores e médicos que participaram desta pesquisa.

À minha família por toda solidez, presença e amor incondicional e por suportarem a ausência dessa filha e irmã “viajadeira”.

Ao mar, à minha mãe Iemanjá e a todos os Orixás que a Bahia me deu.

RESUMO

O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) foi criado em 2011 com o objetivo de minimizar a má distribuição de médicos no território nacional e a aposta do governo seguiu com a criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. O PROVAB e PMM propõem, para além de ofertar provimento de profissionais para atuação na AB, uma oferta pedagógica, em que uma das frentes é a supervisão. A supervisão médica ocorre com visitas uma vez ao mês, in loco e têm como objetivo acompanhar e apoiar, de forma permanente e longitudinal, o médico participante do programa. O supervisor deve se utilizar de dispositivos para o suporte necessário e singular aos médicos participantes do Projeto, a fim de fortalecer competências para o desenvolvimento de ações na Atenção Básica. Este trabalho tem como objetivo principal avaliar a atividade de supervisão aos médicos dos programas de provimento médico do governo federal na perspectiva da integralidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a técnica empregada para a coleta de dados foi a realização de entrevistas abertas com médicos vinculados aos programas e supervisores, na Bahia. Utilizou-se como técnica a análise temática e os dados obtidos foram organizados em dois núcleos de sentido, quatro temas e sete categorias. Os resultados evidenciaram, como potencialidades, contribuições na qualificação do cuidado integral, na organização processo de trabalho e a função de apoiador da prática de supervisão aos médicos. Algumas foram as dificuldades apresentadas no processo de supervisão. Uma delas em relação ao formato, frequência das visitas de supervisão e organização local da supervisão do PMM. Outro achado deste trabalho foi a importância de “pensar onde os pés pisam”, referindo-se à necessidade da experiência na APS para a prática da supervisão. Aposta-se na possibilidade de o supervisor utilizar o conhecimento produzido na experiência como estratégia pedagógica de ensino/aprendizagem durante o processo de supervisão. Em relação aos dispositivos utilizados na supervisão, demonstramos na pesquisa que os relatórios são suscetíveis a funcionarem como “trabalho morto”, mas que acabam guiando alguns supervisores menos experientes. Evidenciamos a importância de criação de outros dispositivos, dando visibilidade a outras formas não protocolares, que fogem do pré-estabelecido. Reiteramos a necessidade de construção inventiva e interrogadora e apontamos alguns caminhos e sugestões para o desafio da prática supervisora dos programas de provimento.

Palavras- chave: Programa Mais Médicos, PROVAB, Atenção Básica, supervisão.

ABSTRACT

The Program of Basic Care Valorization (Programa de Valorização da Atenção Básica, PROVAB) was created in 2011 to minimize the bad distribution of doctors in the country, and the government improved on this initiative with the Mais Médicos Program (PMM) in 2013. PROVAB and PMM claims to aim to not only provide professionals for Basic Care, but also focus on supervision. Medical supervision happens with monthly visits in loco focusing on monitoring and supporting, permanently and longitudinally, the professional who is a part of the program. The supervisor must grant the kind singular support the doctors in the programs need in order to strengthen their ability to develop actions in Basic Care. This research aims to evaluate the supervision of the doctors in these staff provision programs of the federal government focusing on wholeness. It is a qualitative research and data was collected through open interviews with doctors who participate in these programs as well as with supervisors in the state of Bahia. Thematic analysis was used and the data obtained was organized in two unities of meaning, four themes, and seven categories. Results show as potentialities contributions to qualifying integral care and to organizing the work process as well as supportive practices in medical supervision. A few difficulties in the supervision process became apparent. One of them relates to the format, the frequency of visits, and the local organization of supervision in the PMM. This research also shows the importance of considering one's actions in the light of their experiences in Primary Health Care while supervising. A supervisor should use the knowledge from experience as a pedagogic teaching/learning strategy during the supervision process. As for the devices used during supervision, this research shows that reports are susceptible to becoming "dead work", but less experienced supervisors might end up depending on them. It also shows the importance of creating other devices, giving visibility to other, non-protocol ways of working that deviate from the norm. Inventive and questioning construction of knowledge is extremely important, and this research suggests some ways to face the challenge that is providing supervision in these programs.

Keywords: Mais Médicos Program, PROVAB, Basic Care, Supervision.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do Grupo 1 – Supervisores	45
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do Grupo 2 – Médicos vinculados aos programas	46
Quadro 3 - Núcleos de sentido, temas e categorias de análise	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, segundo estados da Região Nordeste e Brasil, 2015.....	30
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2007-2016*	30
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ESF - Estratégia Saúde da Família

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

FIES - Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IS - Instituição Supervisora

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MEC - Ministério da Educação

MFC - Medicina da Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

NE - Nordeste

N - Norte

NRS - - Núcleos Regionais de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

Provab - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RMS - Registro do Ministério da Saúde

Sesab - Secretaria da Saúde Do Estado Da Bahia

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo Baiano

UnA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Unicamp - Universidade Estadual de Campinas

Univasf - Universidade do Vale do São Francisco

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
“A Bahia me deu régua e compasso”	17
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Caracterização/contexto do Provac e Programa Mais Médicos.....	22
2. O CENÁRIO DO PMMB NA BAHIA	29
3. SUPERVISÃO	33
3.1 Aproximando o olhar para o processo de supervisão	33
3.2 A supervisão e a ampliação da clínica: O “causo” de Jaquelyne.....	37
4. OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo primário	42
4.2 Objetivos secundários.....	42
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
5.1. O tipo de pesquisa e a metodologia utilizada	43
5.2 Participantes do estudo	45
5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa	47
5.4 Instrumentos e Operacionalização da Coleta de Dados.....	47
5.5 Metodologia de Análise de Dados	48
6. AVALIAÇÃO.....	50
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
7.1 Percepções sobre a supervisão.....	52
7.1.1 Potencialidades	52
7.1.2. Fragilidades	69
7.2 DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO	79
7.2.1 Relatórios.....	79
7.2.2 Outros Dispositivos	83
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	98
ANEXO I.....	98
ANEXO II	100
ANEXO III	101
ANEXO IV	103
ANEXO V	104
ANEXO VI.....	105

ANEXO VII.....	106
ANEXO VIII	113
ANEXO IX.....	120
ANEXO X	125

APRESENTAÇÃO

“A Bahia me deu régua e compasso”

Descobri minha centralidade nesta história/orquestra toda. Afinal, entro no mestrado profissional para falar de dois espaços/acordes que me construíram: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Bahia. Mas vamos estrofe, por estrofe. Sou médica e baiana, bem verdade, dois privilégios. Mas escolhi o lugar da contra hegemonia, me tornei médica do SUS e para ele. Ainda na faculdade, pelo movimento estudantil, fui mordida pelo bicho da “defesa da vida” e entrar nas disputas pela saúde como direito foi quase que inevitável.

Nasceu em mim o desejo de contribuir com a saúde na Bahia, mas não havia, em Salvador, uma residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) que me interessasse. Saber que não estava sozinha me fincou ainda mais no meu estado e impulsionava a ir onde fosse necessário, e fui. Em 2010, com menos de um ano de formada, fui trabalhar numa cidade do Recôncavo Baiano com dois amigos e uma amiga e aprendi, junto com eles, “as dores e delícias” de sermos raros profissionais (escassos) na Atenção Básica (AB) na Bahia. Vivíamos, por dentro, um momento de tentativa de apostar na centralidade da AB no nosso estado sendo concursados pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). Através da FESF tínhamos processos de educação permanente e qualificação da nossa prática, o que não impediu de vivenciarmos também a não fixação de profissionais médicos num município. Depois de um ano e meio no Recôncavo, e nos próximos dois, trabalhei em mais duas cidades da Região Metropolitana (RM) de Salvador, como médica de família e comunidade, pela FESF.

Ainda na primeira dessas cidades, em 2012, fui convidada (ou convocada pela militância pelos gestores), para ser supervisora médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pela Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). Topei a empreitada sem saber ao certo o que faria, mas disposta a contribuir e experienciar o processo. Dessa forma, comecei supervisionando cinco médicos em quatro municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste, a cerca de 600km (9h) de Salvador. Eram cidades e médicos com singularidades, potências, formas de fazer gestão e perfis diversificados. A princípio me causaram alguns estranhamentos e comecei a tatear o papel da supervisão. Mobilizava-me estar contribuindo para a qualificação de profissionais médicos e, conseqüentemente, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). E creio que iniciam aí as minhas inquietações sobre o processo de supervisão, que passava a ser, também, meu processo de trabalho

em descoberta. Entretanto, apesar de estar aberta à construção conjunta, já vinha me engravidando de sentidos e disputas.

Em 2013 saí da “ponta”, na verdade, “me saíram”: o município onde eu trabalhava cortou o contrato com a FESF e fui substituída por uma médica do PROVAB. Ironia ou não, escolho tentar mestrado com um projeto de pesquisa sobre o tal PROVAB, intitulado na época: *“Os desafios da implementação e gestão do PROVAB, como política de provimento médico, num município de pequeno porte da região metropolitana de Salvador.”*. No mesmo ano, é lançado o Programa Mais Médicos (PMM), juntando-se ao PROVAB no enfrentamento a um dos desafios da AB: o provimento de médicos aos serviços da Atenção Básica. A magnitude que seguiu ao Programa, unida à minha entrada como supervisora, também do PMM, me impulsionou a ampliar a discussão e reflexões no meu projeto.

A reação negativa da maioria da categoria médica, da qual eu discordava, me sinalizava o tamanho do desafio que enfrentaríamos. A minha implicação com os referidos programas e à prática da supervisão destes foi tomando corpo e tracei um caminho de contribuição dentro deles. Em 2014 fui convidada pela coordenação do PROVAB Bahia para compor a chamada coordenação descentralizada, na qual eu fui responsável por acompanhar, pedagogicamente e em relação ao processo de trabalho, supervisores de algumas Macrorregiões de Saúde, incluindo a Macro Leste, onde está Salvador e Região Metropolitana.

Entre março de 2014 a abril de 2016 participei ainda da formação e acolhimento pedagógico dos médicos cubanos que vieram para o Brasil compor o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), eixo do PMM responsável pelo provimento emergencial de médicos através da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Fiquei na coordenação estadual do PROVAB até junho de 2016 quando fui convidada para compor o grupo de consultores externos da Coordenação Pedagógica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES).

Assim, mergulhei na empreitada de qualificação de um programa estruturante para o SUS e “Eu vim da Bahia contar” a análise de um recorte dele. Entretanto, apesar de implicada e impregnada dos sentidos tanto da gestão, quanto do devir supervisora, não me coloco como trabalhadora moral nem tampouco folha em branco na tecitura desse estudo¹. O convite é para a busca de novos olhares sobre a experiência da supervisão e à dança com nossas “cadeias” e entre nossas “espadas”².

1. INTRODUÇÃO

Após 28 anos de garantia do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, alguns obstáculos ainda são preponderantes à consolidação dos seus princípios de universalização, integralidade e equidade, como o subfinanciamento, o provimento profissional, o crescimento do mercado de planos de saúde e ampliação subsidiada da rede assistencial privada^{3,4}. A priorização da Atenção Básica (AB) na política de saúde é fundamental para mudança desse paradigma, em busca de um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania. Corroborar tal fato as evidências existentes de países com uma atenção primária resolutive e que possuem melhores indicadores de saúde⁵.

Um dos nós para se atingir o acesso equânime aos serviços de saúde pelos usuários do SUS e para a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família é a distribuição geográfica de profissionais de saúde no país, particularmente do médico. As regiões Norte (N) e Nordeste (NE) que detêm 36% da população brasileira possuíam em 2009, respectivamente, 4,3 e 18,2% de médicos nos seus territórios. Enquanto o Sudeste detinha cerca de 60% dos médicos do país, com 42% da população⁶. A centralidade desse profissional no cuidado e a constante dificuldade de gestores municipais em atrair, fixar e interiorizar médicos nas equipes de Saúde da Família geram impacto nas configurações da atenção primária dificultando o aumento de cobertura desta e um descompasso entre os aspectos demográficos e as necessidades sociais em relação à distribuição dos médicos no Brasil^{7,8}. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido estimulada pelos governos como um novo mercado de trabalho, com potencial para reduzir a carência de médicos e ampliar a fixação desses profissionais⁹.

O entendimento dos determinantes da distribuição geográfica heterogênea dos médicos tem sido objeto de estudo em vários países e no Brasil. A questão da dificuldade de interiorização da atenção à saúde no Brasil é antiga e algumas foram as estratégias tentadas pelo governo brasileiro de reverter o quadro. As quais acabaram sendo de curto alcance e baixo impacto⁴. A primeira foi o Projeto Rondon, criado em 1968, no período da ditadura militar, promovia estágios para estudantes universitários visando integração nacional e ideológica. Tinha caráter voluntário, altruísta e patriótico e a atuação era no interior do país em áreas com dificuldades social e econômica. Criado em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ainda no governo militar, teve por finalidade implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, baseado na trabalho de nível técnico e auxiliar. Este programa não teve a expansão de cobertura focada na interiorização de médicos, mas de treinamentos sumários de leigos recrutados na própria comunidade gerando um serviço de pouca

qualidade e resolutividade. Já no período pós-redemocratização e na era SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), criado em 1993, era estruturado em subprogramas que buscavam interiorização do médico, do enfermeiro, do agente comunitário através de ações tripartite. Iniciou nos estados do norte do Brasil e foi extinto pouco mais de um ano depois fracassando na estratégia de interiorização¹⁰.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que teve início em 2001, tinha intuito de promover uma política de indução e estimular a ida de médicos e enfermeiros para municípios distantes e com necessidade social por meios de incentivos financeiros e de formação profissional. Este programa já utilizava alguns dos benefícios que os programas atuais investem: curso de especialização em saúde da família; bolsa mensal paga pelo Ministério da Saúde; contrapartidas pelos municípios de moradia, alimentação e transporte; além também de tutoria e supervisão para os profissionais trabalhadores. Entretanto eram apenas para municípios de até 50 mil habitantes (sendo depois apenas para os de até 20 mil habitantes) e que não possuísem Programa Saúde da Família (PSF), como alguns dos critérios. No primeiro ano, eram apenas 300 vagas para médicos e 300 para enfermeiros e durante todo o programa, que durou até 2004, não foram preenchidas o total das vagas, além das desistências e desligamentos. O referido programa também falhou como estratégia de solucionar o problema da má distribuição de médicos no Brasil. Mas conseguiu apontar fatores para futuras iniciativas no redirecionamento na distribuição dos recursos humanos do SUS¹⁰.

Apesar de estar prevista tanto na Constituição brasileira, quanto na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990¹¹, e sendo pauta presente nas Conferências Nacionais de Saúde, a ordenação e formação de recursos humanos para a saúde persistiu como problema e continuou impedindo a concretização de princípios do SUS como integralidade e universalidade em muitas regiões do Brasil. Pensar novas alternativas às ações de políticas públicas experimentadas ao longo dos últimos 40 anos para a concentração geográfica dos profissionais de saúde, em particular os médicos, continuou sendo um desafio para o governo brasileiro¹⁰.

Em consonância com as discussões das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), em especial a X e XI, após um momento político de neoliberalismo, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS como mais uma estratégia para o enfrentamento do referido problema da má distribuição e fixação de profissionais de saúde, através de educação permanente, criação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), entre outros. A diversidade de formas e tentativas de amenizar tal entrave mostrou o quanto a tarefa seria difícil. E as tantas experiências deixaram algumas pistas quanto à complexidade e resistência do problema, como a necessidade de ter investimento intersetorial e não só pelo setor saúde e com cogestão dos

municípios^{6,10}.

Tal revisita ao processo de investimento em provimento de profissionais médicos pelo governo brasileiro, ao longo de décadas, foi necessária para situar como objeto desta pesquisa apenas um recorte desta temática. Compreender o cenário da escassez de médicos na Atenção Básica é, entretanto, importante para a análise da inserção desse profissional no cotidiano do processo de trabalho e a supervisão dos programas de provimento médico: PROVAB e Mais Médicos.

Ainda, neste contexto, nasceram as referidas atuais propostas. Em 2011, foi instituído, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.087/2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), experiência recente no campo da política pública em saúde com o objetivo de “estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família”¹². Sendo mais uma aposta de estratégia de provimento e interiorização de médicos, enfermeiros e odontólogos. A aposta do governo à indução do provimento emergencial de médicos na AB seguiu com a criação do Programa Mais Médicos em julho 2013, a partir da Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei 12.871, em outubro de 2013. Ambos os programas são atrelados também a um processo de formação e educação à distância, com especialização em saúde da família. Os médicos possuem atividades de supervisão acadêmica in loco e à distância realizadas por profissionais (médicos) com participação das principais instituições de ensino do país¹³.

Os supervisores têm suas atuações coordenadas pelos tutores, ambos devem ser obrigatoriamente médicos ligados a instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS, programas de residência etc. De forma geral, a supervisão médica ocorre com visitas uma vez ao mês, in loco e têm como objetivo acompanhar e apoiar, de forma permanente e longitudinal, o médico participante do programa. Os supervisores devem se utilizar de dispositivos para o suporte necessário e singular aos médicos participantes do Projeto, a fim de fortalecer competências para o desenvolvimento de ações na Atenção Básica^{13,14}.

Esta dissertação tem como objeto a supervisão médica do PROVAB e PMM, na Bahia. Como sujeito implicada, parto do pressuposto que a vivência cotidiana dos médicos nos espaços da APS aliada a um processo de acompanhamento pedagógico, propiciados pela supervisão médica no PROVAB e MAIS MÉDICOS, seriam capazes de trazer mudanças na prática do cuidado. Assim, o objetivo geral desta dissertação é avaliar a atividade de supervisão aos médicos dos programas de provimento médico do governo federal na perspectiva da integralidade na produção de cuidado.

O mote para discussão neste trabalho é o processo de supervisão e sua potência de afetar e contribuir (ou não) com transformações nas práticas cotidianas e na produção de cuidado integral

dos médicos supervisionados no PMMB.

Visando discutir de forma mais embasada, lançarei mão de “conversa com outros autores” e apresentarei referenciais teóricos que me ajudaram a compreender a problemática. Sem a pretensão, entretanto, de aprofundar sobre cada tema, utilizarei tais referenciais para auxiliar na análise proposta. Apresentarei mais detalhadamente os programas de provimento, respectivos contexto de surgimento, incluindo uma maior tentativa de compreensão do processo de supervisão; caracterização da implantação e desenvolvimento destes na Bahia, passando pela análise das entrevistas e as categorias de análise que se impuseram.

1.1 Caracterização/contexto do Provab e Programa Mais Médicos

Todas as Conferências Nacionais de Saúde que se antecederam aos programas de provimento apontaram uma necessidade de reordenamento de recursos humanos na saúde, inclusive a 14^a em 2001. Foram apontadas recomendações no campo da educação e da gestão do trabalho, estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento¹⁵.

O problema da escassez de médicos no território brasileiro é considerado o ponto de partida para a criação do PROVAB e PMM. Como uma política pública na qual o problema já estava delineado décadas antes⁴, este se torna prioritário e entra na agenda política e decisória do Estado¹⁶. Aproveita a “janela de oportunidade” que segundo Kingdon¹⁷ é gerada por uma convergência de fluxos. Pela sistematização de Mattos e Baptista¹⁸ estes seriam: fluxo de problemas, fluxo de soluções e alternativas e fluxo da política, assim a má distribuição de médicos e seus consequentes vazios assistenciais encontram-se no primeiro desses fluxos.

As fases seguintes da criação da política pareceram seguir a formulação com a busca de opções e alternativas para a resolução do referido nó. A proposta de um programa de indução à interiorização de profissionais foi posta, mais uma vez. E como as formulações de políticas e suas definições envolvem conflitos, negociações e compromissos com interesses antagônicos desta vez não foi diferente¹⁸. Apesar das evidências, e de concordar com a má distribuição, o CFM (CFM 2011, 2013, 2015) manteve sua posição de afirmar que não há escassez de médicos no território brasileiro. Consequentemente, tal entidade médica, se colocou contra as novas iniciativas de provimento e fixação de profissionais, do governo federal.

É nesse contexto que o PROVAB - programa que visa proporcionar atuação supervisionada na Atenção Básica (AB) no qual o médico cursa uma especialização *latu sensu* em

Atenção Básica e é acompanhado pedagogicamente por uma Instituição de Ensino Superior - realiza a convocação para adesão dos municípios através do edital nº 8, de 7 de dezembro de 2011. As cidades candidatas deveriam firmar compromisso de ações e responsabilidades e serem consideradas áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria n. 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. A referência utilizada foi a base populacional e a Portaria Interministerial n. 2, de 25 de agosto de 2011, que reestabeleceu os critérios para definição dos municípios contemplados pelo FIES¹⁹.

Os municípios contemplados foram agrupados em seis perfis, de acordo com suas características socioeconômicas, carência e dificuldade de profissionais, áreas de extrema pobreza de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade. Os referidos perfis, pelo edital n. 1, de 9 de janeiro de 2012, eram: capital ou região metropolitana; município com população maior que 100.000 habitantes; grupo Intermediário (o qual não fosse representado nos demais perfis); população rural e pobreza intermediária; população rural e pobreza elevada; e populações quilombola, indígena e dos assentamentos rurais²⁰.

Neste primeiro ano do programa profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas foram contemplados e deveriam ser contratados – por regime celetista, jurídico único ou contratação temporária por prazo determinado - e pagos pelos municípios, com remuneração de acordo com a média salarial praticada na região¹². Por variados motivos menos de 30% dos médicos selecionados foram contratados e menos ainda de enfermeiros e odontólogos (6,67% e 8,32% respectivamente). Especulou-se que tais razões seriam o desconhecimento e descumprimento das regras do edital; comunicação precária no sistema de informação do PROVAB; situações insalubres de trabalho; ingresso em programas de residência; expectativa de obtenção de vantagens salariais acima dos valores de mercado local e acordos para não cumprimento da carga horária estabelecida pelo programa¹⁵.

Tais situações relatadas acima são mais específicas do profissional médico. No caso dos enfermeiros e dos dentistas, a já concorrida oferta de mercado resultou na dispensa desses profissionais por parte de muitos municípios, os quais alegaram não haver necessidade de contratação. A fim de reduzir a problemática, o MS, por meio do Edital nº 7/SGTES/MS, de 26 de abril de 2012, acabou por se responsabilizar pelo pagamento de bolsa federal, com valor mensal de R\$ 2.384,82, na modalidade trabalhador-estudante, para os não contratados pelos municípios, com a condição de realizar o Curso de Especialização em Atenção Básica pelo Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde UnA-SUS, com duração de 12 meses²¹.

Dos 381 médicos contratados no Brasil, 256 estavam na região Nordeste e 23 na Bahia²¹. Dados do MS mostram que o percentual de médicos por região do País foi maior na região

Nordeste (67%), seguida das regiões Sudeste (20%), Centro-Oeste (6%), Sul (5%) e Norte (2%)¹⁴. O que estava de acordo com a proposta, pelo menos em relação ao NE, já que o Brasil à época possuía um índice de escassez de médicos de pouco mais de 20%, sendo N e NE as regiões do país com maior índice²².

Segundo o edital nº1 de 9 de janeiro de 2012, a jornada de trabalho para os candidatos aprovados para o PROVAB seria de 40 horas semanais¹⁵. No primeiro ano, 2012, a especialização não era obrigatória, apenas para os bolsistas. Os profissionais médicos eram submetidos a uma avaliação, através de um instrumento previamente conhecido, considerando como critérios o compromisso com a comunidade e assiduidade. Se o médico obtivesse média das avaliações (supervisor – com maior peso, gestor e autoavaliação) acima de sete, alcançaria conceito satisfatório.

Cumprindo integralmente o estabelecido pelo PROVAB, incluindo o processo avaliativo como pré-requisito, teria concedida a pontuação adicional de 10% nos processos seletivos dos Programas de Residência Médica, garantida e prevista em Lei e em Regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) assegurada pelo - art. 8º da Resolução nº 3 de 16 de setembro de 2011/CNRM/MEC²³. Esta resolução ainda previa a pontuação de 20% para o médico que concluísse dois anos de participação no programa, a qual foi revogada pela resolução nº 1, de 2 de janeiro de 2014/CNRM/MEC. Além desta mudança, esta mesma resolução estabeleceu que “a pontuação adicional não poderia ser utilizada mais de uma vez pelo candidato após matrícula em Programa de Residência Médica”²³ e nem o candidato poderia mais solicitar trancamento da sua matrícula no programa de residência.

O PROVAB tentava assim ser mais um braço na tentativa de diminuir as desigualdades de acesso à saúde. Buscava atrair e fixar médicos para trabalharem na atenção básica, em regiões de extrema pobreza e periferias, ofertando além de uma bolsa mensal e supervisão acadêmica um acréscimo na pontuação das provas de residência médica¹³.

Entretanto, sucessivos tensionamentos com a corporação médica foram travados e o tal bônus de 10% nas provas de residência médica, o qual estava vinculado à participação no programa, foi pivô de muitos desses posicionamentos contrários. Os opositores alegavam que tal concessão de pontuação tornava o programa quase que obrigatório para o médico que desejava ingressar em especialidades concorridas.

A partir da edição PROVAB 2013, com o edital nº 3, de 9 de janeiro de 2013, a remuneração do médico passou a ser por concessão de bolsa, com recursos financeiros provenientes do orçamento do Ministério da Saúde, no valor mensal de oito mil reais. Para fazer jus ao recebimento de bolsa na modalidade trabalhador-estudante, o profissional deveria estar matriculado

no curso de especialização, não ter vínculo ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir oito horas em atividades acadêmicas e trinta e duas horas em atividades na unidade de saúde no município no qual estava lotado. O gestor municipal teria agora a função de validar no sistema mensalmente a referida bolsa, podendo não homologar quando descumprida a carga-horária prevista das atividades.

Mesmo com um aumento exponencial das inscrições, atraindo cerca de 3800 médicos para trabalhar em periferias de grandes cidades, regiões metropolitanas, municípios do interior e em áreas remotas, o programa não atendeu ao resultado esperado da demanda. Mais de 50% dos municípios solicitantes não receberam médicos e dos que foram lotados nos municípios mais de 500 foram desligados ou pediram desligamento do programa.

O PMM nasce nesse contexto e após a campanha “Cadê o Médico?”, da Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP) que reivindicava a contratação de médicos para trabalhar na Atenção Básica, incluindo estrangeiros, a fim de minimizar a má distribuição de médicos no território nacional^{13,24}. Este momento pode ser considerado como o tal “fluxo político” o qual Kingdon referiu ter a sua construção a partir de “barganhas e negociações”. Exerceu influência sobre a agenda governamental através do “clima” nacional e se configurou como um grupo de pressão e força política organizada¹⁸.

O Programa possui a perspectiva da integração ensino-serviço, com atuação dos trabalhadores-estudantes na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade social, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. O mesmo tem três grandes eixos⁴ e se propõe, em um dos eixos, a investir na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, com foco nas unidades básicas de saúde. O outro eixo é relacionado à Formação Médica que prevê a ampliação, autorização para o funcionamento e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina sob as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014²⁵. Estas determinam reformulação do currículo médico e a inserção precoce do estudante de medicina no SUS, na perspectiva da integração ensino-serviço-comunidade. Preveem que no mínimo 30% do internato aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS. E ainda outras medidas que visam qualificar a formação também em programas de residência médica. A principal é a priorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade como especialidade central na formação de especialistas, tornando-a acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto^{13,26}.

Por fim, o eixo do Provimento Emergencial de médicos em áreas vulneráveis, chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB). A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil fica a cargo dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS)^{13,27}.

A Lei estabelece a oferta de vagas de trabalho na atenção primária a médicos com registro, conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) no Brasil, sejam brasileiros (médico formado em instituição de educação superior brasileira) ou estrangeiros (intercambista com diploma revalidado). Podem participar também médicos brasileiros ou estrangeiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no Brasil. A entrada é prioritária para o primeiro grupo e, apenas se ainda restarem vagas após o chamamento do grupo com registro no CRM, o segundo grupo, composto por médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado, pode ser convocado. Os estrangeiros sem diploma médico revalidado e, conseqüentemente, sem registro entram após a convocação dos dois primeiros grupos, havendo vagas.

Entretanto, como medida solidária aos países que também têm escassez de médicos, estes profissionais não podem ter se formado ou atuarem em países com a proporção de médicos por habitantes menor que a do Brasil. A proporção no nosso país era de 1,8 médicos por mil habitantes²⁸, configurando como corte estabelecido, não podendo por isso receber no programa médicos provenientes da maioria dos países da América Latina. O PMMB contou com a participação de médicos de 47 diferentes nacionalidades como intercambistas individuais¹². A meta proposta é de 2,7 médicos por mil habitantes, número baseado na média encontrada no Reino Unido, já que é o país que tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela Atenção Básica, depois do Brasil. Para tanto, como o Brasil tinha pouco mais de 380.000 médicos registrados em 2012, a aposta é chegar a 600.000 médicos em 2026, a fim de alcançar este patamar²⁹.

Outro grupo de médicos que veio ao Brasil para o PMMB são os chamados “cooperados”. Estes seguiriam à lista de chamamento se, por fim, a necessidade de médicos não tivesse sido suprida nos locais para atuação. Foram assim contratados via acordo de cooperação internacional tripartite com Cuba, intermediado pela OPAS, nos dois primeiros anos do PMM^{13,29}. Representaram cerca de 80% do total de médicos no Projeto, mais de 11000 cubanos, sendo a região NE a que mais recebeu os cooperados²⁶. Assim como os outros médicos sem diploma revalidado, possuem um registro único, autorizado pela Lei e ofertado pelo MS o “Registro do Ministério da Saúde” (RMS). Tal registro permite ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa, enquanto participar dele e sua atuação é válida por até 3 anos, renováveis por mais 3. O que acabou ocorrendo mais tarde pela MP 723, convertida em Lei 13.333/2016.

Com o anúncio desta medida emergencial, de atuação em território brasileiro de

médicos intercambistas que não tenham diploma revalidado pelo REVALIDA*, as entidades médicas se posicionaram ferrenhamente contrárias ao PMM. O CFM e os CRMs mantiveram posição crítica ao programa, num conflito político e ideológico acirrado desde a sua criação e o acusaram de ter caráter eleitoreiro e midiático²⁶. Segundo as referidas entidades, o problema não é de escassez e sim, a concentração e a má distribuição geográfica dos médicos. Pelo estudo realizado pelo CFM, a insuficiência de médicos no SUS poderia ser revertida com migração destes profissionais do setor privado para o público. Para tal feito deveriam se garantir transformações como implementação de planos de carreira, os quais supostamente ampliariam a presença, disponibilidade e a dedicação exclusiva dos médicos no SUS^{7,29}.

O fato é que enquanto a tão sonhada carreira federal não chegava, os vazios assistenciais foram preenchidos por, somados os programas, mais de 18 mil profissionais em 81% dos municípios brasileiros, todas as 27 capitais, todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em extrema pobreza. Tal feito possibilitou acesso ao atendimento médico para mais de 63 milhões de brasileiros. A maioria dos médicos está em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semi-árido nordestino, municípios populosos com baixa renda per capita, municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) baixo ou muito baixo e regiões com população quilombola e indígenas. Os demais profissionais atuam em localidades com áreas específicas de vulnerabilidade, seja na periferia de grandes centros ou na zona rural^{13,30}.

Em agosto de 2013 as bolsas do PROVAB e do PMM já eram equivalentes e no valor de dez mil reais³⁰. Mas só a partir de 2015, o PROVAB foi integrado ao Mais Médicos de modo que, ao se inscrever no programa, o médico com registro no Brasil pode optar ou não pelas regras, benefícios e ofertas educacionais específicas do PROVAB¹⁴.

Tais programas se apresentam como políticas públicas que têm como alguns dos seus objetivos: diminuir a carência de médicos e promover a Atenção Básica nas regiões prioritárias para o SUS; reformular e fortalecer a política de educação permanente; promover o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço e da atuação das instituições de educação superior (IES) na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos. Os médicos que atuam nos referidos programas de provimento têm participação obrigatória em curso de especialização em Atenção Básica e devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento, num misto de trabalho e formação em saúde. Os profissionais também têm acesso ao apoio clínico e pedagógico através do Telessaúde Brasil, Portal Saúde Baseada em Evidências. Portanto, há sempre

* O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (<http://portal.inep.gov.br/revalida>).

uma atuação assistencial na Atenção Básica e atividades educacionais, seja na especialização ou cursos EAD, seja no componente acadêmico da supervisão médica^{13,14,31}.

Partindo da idéia que a política ainda está em construção e não se apresenta de forma estanque ou previsível, pensar fases do processo serve apenas para uma maior compreensão e intervenção sobre o ciclo. Já que estas fases sofrem diversas influências do contexto político, caracterizando um processo dinâmico e em constante negociação. Sendo a implementação a fase de pôr uma solução em prática, entendida como o resultado de um processo interativo que relaciona seu contexto com as organizações responsáveis por sua implementação, podemos considerar que estamos vivenciando este momento do PMM¹⁸.

Não tendo aqui a intenção de fazer uma extensa análise documental ou descrição temporal sobre todos os aspectos do programa, e admitindo que a política não se define no topo da pirâmide da administração, mas no nível concreto de sua execução, aprofundaremos a supervisão, como objeto da pesquisa a seguir. Entretanto, sem perder de vista que nenhuma definição de análise de política consegue capturar ou explicar a complexidade existente na rede de decisões sendo essenciais enfoques multicausais que envolvam questões estratégicas, múltiplos atores e interesses¹⁸.

2. O CENÁRIO DO PMMB NA BAHIA

A Bahia possui 417 municípios, com mais de 14 milhões de habitantes e é o estado mais populoso do Nordeste brasileiro e o quinto em extensão territorial. É dividido em nove macrorregiões de saúde - atualmente chamadas de núcleos regionais de saúde (NRS), Centro-Leste, Leste, Norte, Centro-Norte, Nordeste, Oeste, Sul, Sudoeste e Extremo-sul (figura 1) e 28 microrregiões de saúde, que passaram a se chamar regiões de saúde³².



Figura 1 - Núcleos Regionais de Saúde (BA)

A capital se encontra no NRS Leste e de acordo com dados do MS/DAB³³, de agosto de 2016, esta Macrorregião possui a menor cobertura da saúde da família (49,14%), entre todos os NRS baianos (Tabela 01). A média estadual de cobertura é atualmente de 72,22%, sendo que a cidade de Salvador, capital do estado, tem apenas 30,67% de cobertura (tabela 02). Em 2012, antes do PROVAB e PMM, era de míseros 13,32% e em 2013 fechou com 22,78%³². Porém em outubro de 2013, mês em que foi sancionada a Lei do Mais Médicos, a cobertura era de míseros 17%, segundo o Ministério da Saúde³⁴.

O Núcleo regional de Saúde Nordeste possui 33 municípios com total de 876.085 habitantes; O NRS Centro-Leste com 72 municípios tem um total de 2.263.626 habitantes enquanto o NRS Sul abriga 67 municípios com total de 1.692.494 habitantes. Já o NRS Leste tem 48 municípios com total de 4.763.189 habitantes, abarcando Salvador com 2.902.927 habitantes³⁵.

Tabela 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2007-2016*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*	Variação % 2008-2015
Bahia	50,05	54,98	55,09	58,60	61,91	62,84	65,72	71,07	72,07	72,22	44,00
Centro-Leste	58,82	67,18	65,97	68,60	70,33	73,51	73,61	79,85	80,57	79,70	36,98
Centro-Norte	52,93	67,33	69,29	73,99	81,43	82,79	82,59	92,20	90,97	90,24	71,88
Extremo Sul	87,90	89,51	91,89	91,54	91,07	87,80	85,69	93,61	96,62	98,69	9,92
Leste	31,01	31,33	29,82	34,80	37,50	36,37	43,10	46,34	48,16	49,14	55,30
Nordeste	56,68	64,34	60,30	70,51	73,32	78,83	81,93	86,22	83,63	84,09	47,55
Norte	53,11	58,39	61,19	63,39	70,65	72,65	74,31	81,69	85,84	84,82	61,64
Oeste	43,44	52,32	58,87	56,19	65,15	64,54	70,54	83,07	83,58	84,38	92,42
Sudoeste	58,01	64,37	68,86	71,97	75,51	76,35	79,25	82,84	83,54	83,82	44,01
Sul	58,95	63,70	64,27	67,92	66,36	69,94	69,03	72,91	72,57	71,35	23,11

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica (MS/DAB)

*Dados de agosto/2016

Dados processados em 21/09/2016

Apesar de a Bahia ter apresentado o maior incremento quando comparado aos demais estados do nordeste, continua sendo o estado com a menor cobertura da região. (Gráfico 01). O estado aumentou em 44% a cobertura estimada de Saúde da Família, mas ainda tem necessidade de expansão da Estratégia, pois cerca de 30% da população baiana ainda não tem acesso aos serviços de Saúde da Família^{33,35}.

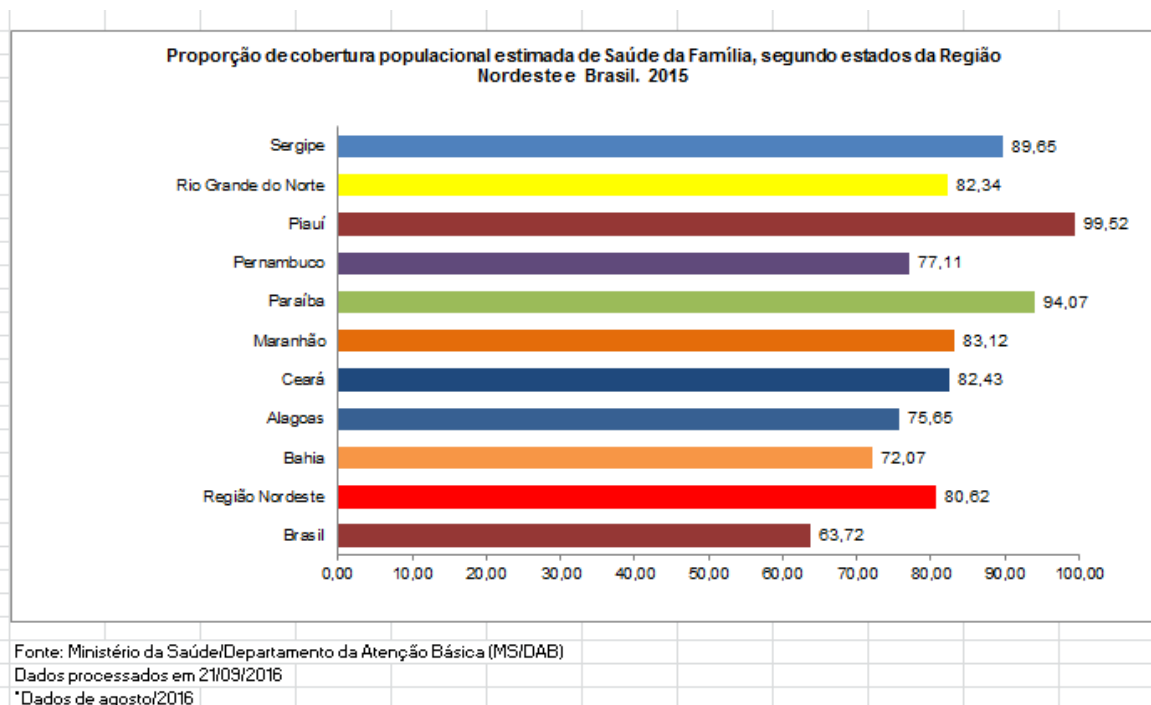


Gráfico 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, segundo estados da Região Nordeste e Brasil, 2015.

Urgia mudar os indicadores de concentração de médicos e o Nordeste (NE) que possuía 18% dos médicos do Brasil, foi a região com o maior número de novas vagas para médicos participantes do PMM, com abertura de 1.807 novas oportunidades, ainda em 2015⁸. Como dito anteriormente, pelo PROVAB, em 2012, havia 381 médicos no Brasil, 24 na Bahia e 7 supervisores ativos vinculados às duas Instituições Supervisoras (IS) – Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). A adesão foi ampliada, em 2013, para 3.946 médicos no Brasil, com 2.249 na Região Nordeste, 511 deles inseridos na Bahia, necessitando para tal de 52 supervisores no estado. Destes médicos vinculados, 198 atuavam no NRS leste³⁵.

A Bahia foi um dos estados que mais recebeu médicos em todas as edições dos dois programas³⁰. O estado conta hoje com cinco IS: UFBA e Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) – só pelo PROVAB; SESAB; Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) – as duas últimas apenas pelo PMM. Atualmente, 24 supervisores médicos vinculados ao PROVAB atuam na Bahia, enquanto 170 estão no PMMB e mais de 1500 médicos são inscritos e acompanhados nos dois programas³².

Apesar da unificação do PROVAB ao PMMB, orientada pelo MS dos programas, no estado da Bahia as coordenações ainda atuam de forma isolada, porém tem iniciado, timidamente, um processo de integração a partir do processo de trabalho da supervisão. Tal integração pode ser vista também através da participação na Comissão Coordenadora Estadual (CCE) instância responsável pela coordenação, orientação e execução das atividades necessárias ao desenvolvimento dos Programas nos estados. Esta tem o papel de zelar pelos regramentos do programa e deliberar sobre situações excepcionais, processos que discorrem sobre situações vivenciadas pelo programa como: denúncias, remanejamento, absenteísmo, afastamento por gravidez/adoecimento de médicos³⁵.

A distribuição dos supervisores no PMMB é realizada de forma regionalizada e por ordem de classificação da seleção, porém com regramentos diferentes entre os programas, na Bahia. Apesar de nacionalmente a Instituição Supervisora ter autonomia para indicar os supervisores, no PROVAB Bahia, foi criado desde o segundo ano, um barema para a seleção. Este barema leva em consideração se o candidato possui experiência como médico na APS, formação em MFC ou áreas afins, experiência com docência e como supervisor em edições anteriores³⁶. Só em 2015 com a portaria 585 do MEC estipula perfil para os supervisores do PMM (preferencialmente vinculado à área de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica, Pediatria ou áreas afins).

Em relação às especialidades, dos 161 supervisores na Bahia o PMM conta com 22 Médicos de Família e Comunidade, 10 com residência ou especialização em Medicina Preventiva e

Social (MPS) e 1 em Saúde Coletiva. Os demais têm especialidades nas grandes áreas de Pediatria (15), Clínica médica (42) e Ginecologia/obstetrícia (10), entretanto muitos fogem à orientação e compõem o quadro com especialidades como: Medicina do Trabalho, Nefrologia, Nutrologia, Medicina Legal e Perícia Médica, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Infectologia, Dermatologia, Cirurgia – Geral, Vascular e Plástica -, Cardiologia, Reumatologia, Endocrinologia, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Patologia, Imunologia, Neurologia, Gastroenterologia. Em 2013, dos 52 supervisores do PROVAB Bahia, 25 tinham residência ou especialização em MFC ou Saúde da Família.

Cada supervisor é responsável em média por 8 a 10 médicos-participantes e recebe uma bolsa no valor de quatro mil reais^{35,36}. As coordenações dos programas na Bahia, também funcionam de forma singular. O PMM preconiza um tutor responsável por cerca de 10 supervisores com reuniões periódicas, além do Encontro locorregional. A coordenação do PROVAB na Bahia é responsável por todos os supervisores e médicos do estado, composta por técnicos em saúde coletiva na coordenação centralizada e médicos com título em MFC e/ou experiência em APS na coordenação descentralizada. Esta última ficava responsável, entre outras funções, por acompanhar os supervisores in loco e à distância; realizar, sempre que necessário e/ou demandado, visitas conjuntas com um ou mais supervisores; elaborar planos pedagógicos de educação permanente para os supervisores; analisar se as intervenções de seus supervisores estão adequadas³⁵.

As particularidades no acompanhamento dos supervisores se mantêm e a partir do edital nº 10 de abril de 2016 do PROVAB (SGTES/MS), as Instituições Supervisoras (IS) deveriam também apoiar a implantação/expansão e qualificação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Neste edital, diferente dos anteriores, estipula-se que o perfil dos supervisores deve atender ao menos a um dos critérios de: possuir Residência em Medicina de Família e Comunidade; ter experiência como Preceptor de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e/ou em Residência Multiprofissional em Saúde da Família; possuir experiência em Atenção Básica; ser Médico Sanitarista; ter experiência anterior como supervisor do PROVAB e/ou do PMMB; ter experiência em docência nas áreas de Atenção Básica ou Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Além disso, indica que os supervisores deveriam ser indicados após processo seletivo realizado pelo Coordenador respeitando o perfil indicado. O mesmo não ocorreu nos editais do PMM³⁷.

Outra diferença entre os programas são os relatórios de supervisão que os supervisores devem postar, todos os meses, após as visitas. Estes foram modificados durante os anos e o PMM fez, inclusive, uma consulta pública para tal mudança. Algumas dessas diferenças entre os programas também foram citadas pelos entrevistados, como veremos a seguir.

3. SUPERVISÃO

3.1 Aproximando o olhar para o processo de supervisão

O objeto de estudo desta pesquisa é a supervisão dos programas, o processo de trabalho do supervisor médico e suas relações com os supervisionandos - “provabianos”. Interessa-nos evidenciar os processos que acontecem no território, assim como os “entres” desse processo de trabalho. Como dito anteriormente, o PROVAB E PMM propõem, para além de ofertar provimento de profissionais para atuação na AB, uma oferta pedagógica, em que uma das frentes é a supervisão. São escassos os estudos sobre a supervisão destes programas e, por isso, também, o interesse em desvelar o tema. Para colaborar com tal compreensão inicio apresentando algumas premissas estabelecidas pelos MS e MEC para a referida atividade.

Dentro da proposta educacional dos programas existem funções de supervisores e tutores. Segundo a portaria n. 14, de 9 de julho de 2013 do MEC, as instituições de educação superior (IES) - públicas, federais, escolas de saúde pública - ao aderirem ao PMM deveriam indicar um tutor acadêmico responsável pelas atividades de aperfeiçoamento do Projeto³¹. Este tutor acadêmico deveria ser um docente médico, preferencialmente vinculados à área de saúde coletiva ou correlata, ou à área de clínica médica. Estes seriam responsáveis pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor, trabalhando em parceria com as Coordenações Estaduais do Projeto. Deveriam ainda atender atribuições de coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades dos supervisores.

O supervisor - profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante - por sua vez, seria selecionado entre profissionais médicos por meio de edital conforme critérios e mecanismos estabelecidos pela instituição aderente e validados pela Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos. Cabe aqui dizer que por um acordo com a CNRM a supervisão deve ser feita por médicos, o que viabiliza a bonificação de 10% como componente educacional. Seriam assim, responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização das atividades de ensino-serviço do médico participante, em conjunto com o gestor do SUS no Município, e teriam, no mínimo, as seguintes atribuições:

- “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”³¹.

(Portaria Interministerial MS/MEC N. 1.369, 2013)

Aos tutores e supervisores médicos são concedidas bolsas mensais, no valor de 5 e 4 mil, respectivamente. Os tutores são responsáveis por, no máximo, 10 supervisores e os supervisores por, no máximo, 10 médicos, dependendo das características geográficas da região. Nas referidas portarias, não se detalhava sobre o fazer da supervisão, apenas de forma superficial. Mas já indicavam algumas “tarefas”, já que entre os deveres e proibições dos médicos participantes estavam associados aos supervisores.

Entre os deveres: “cumprir a carga horária fixada para as atividades do Projeto, conforme definido pelos *supervisores* e pelo Município; levar ao conhecimento do *supervisor* e/ou da Coordenação Estadual do Projeto dúvidas quanto às atividades de ensino-serviço, bem como as irregularidades de que tiver ciência em razão dessas atividades.” Sendo ainda vedado ao médico participante do Projeto: “ausentar-se das atividades a serem realizadas durante as ações de aperfeiçoamento sem prévia autorização do Município ou do *supervisor*”³¹.

Nos documentos oficiais apontam-se alguns termos que remetem ao controle, fiscalização e autoridade, mas também de acompanhamento e disponibilidade indicando a heterogeneidade da prática proposta. O supervisionar colocado como orientação e acompanhamento do processo de trabalho pode não se traduzir como uma relação de autoridade, ainda que seja representante de uma instituição. Entretanto, suas facetas podem, tradicionalmente, passar por atos de conferir, retificar e informar. Neste formato, o supervisor atua como intermediário da direção da instituição, verifica como as ações estão sendo realizadas e sua compatibilidade com normas propostas, corrigindo as condutas que não estivessem adequadas a esses padrões e metas previamente definidas, além de dar ciência à direção sobre os acontecimentos³⁸.

O Manual do Supervisor, do PROVAB 2012, teve algumas versões preliminares e em outubro deste ano foi apresentado, ainda de forma operacional e em construção. Além de apontar outras atribuições do supervisor que não entraram na Lei e Portarias, estabelecia que as atividades de supervisão eram presenciais, mensalmente, (no local de trabalho do profissional e/ou em reuniões com todo o grupo) e à distância e realizadas por profissionais com experiência clínica e em saúde coletiva na Atenção Básica e que, preferencialmente, atuem como médicos de família e comunidade vinculados aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade³⁹.

Essas atribuições extrapolam o caráter de supervisão gerencial, burocrático e fiscalizatório, também presentes na: verificação do cumprimento de carga horária, preencher

relatórios de visitas, alimentar ambiente virtual, realizar avaliação do médico³⁹. Entretanto, somam-se outras funções pedagógicas como “auxiliar na elaboração de um plano de educação permanente”, “acompanhar o processo de desenvolvimento cognitivo, procedimental e atitudinal”, as quais não estão isentas de serem capturadas pelo modelo pedagógico hegemônico, flexneriano e vertical³⁹. Neste modelo o supervisor pode ter uma postura de superioridade, fazendo uso de um poder, detentor do conhecimento e aferidor de conceito ou corretor de uma conduta, alimentando o componente do controle também no polo da educação^{15,38}.

Uma outra nuance da supervisão, antagônica à anterior, é a função de apoio que fica aparente na determinação de algumas funções: “Apoiar o estabelecimento do vínculo do profissional com a equipe local”; “auxiliar os profissionais na solução dos problemas e no enfrentamento das dificuldades vivenciadas”³⁹. Contemplando aqui a idéia de que uma supervisão deve ser um canal que desobstrua os entraves da relação entre os níveis hierárquicos, instrumento para detecção de problemas³⁹.

Na tentativa de tornar tal esboço do trabalho da supervisão mais nítido, a coordenação do PROVAB na Bahia evidenciou, no seu Manual de supervisão, a polivalência desta prática que deve ser baseada tanto na dimensão técnico/pedagógica quanto gerencial/administrativa, considerando como um espaço de qualificação da prática e educação permanente do médico do programa e da sua equipe. Deve problematizar a prática cotidiana e ser impulsionadora da reflexão, da possibilidade de resolução de problemas e do aprimoramento da prática do médico de família no intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde³⁵.

O PMM na Bahia também esboçou um manual da supervisão, no qual também havia orientações que contemplavam ações de campo como: “acompanhar o processo de atuação dos profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados, em seus aspectos técnico-assistenciais, comportamentais, identificando facilidades, potencialidades, dificuldades, assim como mediar e orientar no que tange a equipe, a comunidade e a gestão de saúde do município”³⁵.

Dessa forma, o supervisor teria a função de “apoiador” do médico numa perspectiva de suporte e impulso, ajudando nas reflexões dos dilemas e impasses, ofertando recursos e empurrando para atingir objetivos. Poderíamos fazer uma alusão ao “Apoio Paidéia” como referencial para pensar o fazer da supervisão, já que o mesmo pode ser utilizado na gestão (apoio institucional); nas relações interprofissionais (apoio matricial); e na relação clínica (clínica ampliada e compartilhada)⁴⁰.

Preconiza-se que, durante a primeira visita de supervisão presencial, seja realizado um diagnóstico das condições de trabalho, estrutura da unidade, disponibilidade de materiais,

medicamentos e recursos e das necessidades de saúde da população através de um “relatório de primeira visita”. Este instrumento, num formato de check list, também tenta buscar as necessidades para o desenvolvimento de competências desse profissional. O supervisor deve definir, em conjunto com o profissional, quais serão os planos de educação permanente³⁹. Modelo este que pode degenerar-se restringindo à atuação burocrática e pouco criativa com preenchimento mecânico de relatórios³⁸.

Na perspectiva do apoio Paideia seria fundamental a combinação da demanda do próprio profissional com as ofertas trazidas pelo “apoiador-supervisor”, na eleição dos temas a serem discutidos e na definição das propostas de intervenção. E, assim como o Paidéia, a dinâmica dos encontros (visitas) baseia-se, entre outras formas induzidas pelo relatório, na estratégia de discussão de casos reais ou temas de interesse do médico e relevantes ao contexto⁴⁰. Entretanto, não está descrito nos documentos oficiais quanto tempo devem durar as visitas mensais.

Apenas em 15 de junho de 2015 a Portaria nº 585, regulamenta a Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Segundo esta, a supervisão se caracteriza como um dos eixos educacionais do PMMB, sendo responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente em saúde, por meio da integração ensino-serviço formando profissionais nas redes de atenção à saúde, no componente assistencial da formação dos médicos participantes do Projeto. Consequentemente, fortalecendo também a Atenção Básica e a articulação dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil¹⁴.

O primeiro e segundo Ciclos Formativos são organizados pelos referidos eixos educacionais. A Supervisão Acadêmica está presente nos dois ciclos, sendo eixo transversal, compondo o primeiro com a Especialização e tem o objetivo de aproximação do médico com o SUS, com a Atenção Básica e com o território adscrito da sua Unidade de Saúde Familiar (USF) e sua realidade. Este ciclo é ofertado para ambas as modalidades de Programas de Provisão de Médicos, PMMB e PROVAB⁴¹.

No segundo ciclo, a supervisão soma-se ao aperfeiçoamento e extensão com o objetivo propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica⁴¹.

Seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), periodicamente devem ocorrer os Encontros de Supervisão Locorregionais como dispositivo de Educação Permanente da Supervisão Acadêmica que se caracteriza pelo encontro presencial dos atores do PMMB de determinada região. Estes encontros reúnem todos os médicos, supervisores e tutores, geralmente, para discussão de algum tema, cerca de quatro vezes por ano. Ainda são reconhecidos outros dois espaços de Educação Permanente para a realização da Supervisão: o Encontro de educação

permanente para qualificação da supervisão acadêmica e a Supervisão periódica. O Encontro para qualificação da Supervisão Acadêmica é um espaço de gestão acadêmica no qual se realiza o acompanhamento aos médicos participantes e discutem-se suas necessidades de formação¹⁴.

Conforme exposto, o objeto da presente pesquisa é uma destas atividades de supervisão: a Supervisão periódica a médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A qual caracteriza-se pela visita de supervisão in loco e acompanhamento longitudinal¹⁴.

Usando ainda o apoio matricial como referência, estes espaços podem promover encontros entre distintas perspectivas, racionalidades e visões de mundo. Entretanto não podemos perder de vista que todos esses profissionais trazem consigo posicionamentos a respeito do ideal de um sistema de saúde, dos modelos assistenciais e de gestão implicados com certo projeto técnico político⁴⁰. E a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos⁴².

Mas os supervisores, em sua maioria, não tiveram formação em apoio tampouco uma em supervisão. Não podemos desconsiderar também que são médicos e trazem a reboque o paradigma biomédico dos cursos desta graduação e um consequente biopoder. Resta saber quais os saberes utilizam como ferramentas, e como - e se - o trabalho (de supervisão) pode ser um lugar da invenção, de compartilhamento, de aprendizado e trabalho vivo dependente⁴³.

3.2 A supervisão e a ampliação da clínica: O “causo” de Jaquelyne.

Neste capítulo do trabalho, me coloco como sujeito da pesquisa e trago um relato de experiência do meu processo de supervisão. Utilizarei a minha vivência como analisadora de uma possível potência nesta prática. Importante ressaltar que o “causo” abaixo está embebido das minhas percepções e afetações e do meu olhar; reconstruído através das minhas lembranças, relatórios de supervisão, e-mails trocados e anotações. As impressões são unilaterais e singulares já que não serão descritas as reflexões dos outros envolvidos.

Desde 2013, no início do “Mais Médicos”, sou supervisora desta USF em Salvador, num Distrito Sanitário periférico e com demanda assistencial grande, afinal tal município tinha pouco mais de 20% de cobertura de Saúde da Família. Não por acaso a discussão sobre acesso e consequentemente a problematização de implantação de acolhimento na unidade tomou boa parte das visitas de supervisão.

Lembro-me de uma frase de um dos médicos que supervisiono, em uma das primeiras

visitas, ao reclamar da interrupção de suas consultas por alguns usuários decorrente da entrada e acesso facilitado dos pacientes à parte interna desta USF, onde se localizam os consultórios. Gilberto, como o chamaremos, disse: “Deveria ter uma grade entre a recepção e o corredor”, referindo-se à solução que ele havia pensado para impedir que as pessoas batessem na porta do seu consultório e o interrompessem, atrapalhassem sua consulta ou não se dirigissem à recepção antes de solicitar “uma palavrinha com o doutor”. Neste momento, percebo que eu precisaria de ferramentas outras além da oferta do Caderno de Atenção Básica, do MS, nº 28, “Acolhimento à demanda espontânea”⁴⁴. Seriam necessários disponibilidade e empenho para a disputa, me despir de alguns preconceitos com a minha categoria profissional, além de mediação de conflitos, invenção e criatividade e outras ferramentas que fui adquirindo e colocando na minha caixa conforme a necessidade mobilizada.

Passaram-se dois anos nos quais ocorreram como proposta da supervisão: reunião com todas as equipes da USF para conversar sobre acolhimento; oferta de material sobre o tema para membros das equipes; problematizações em cima de situações vivenciadas pelos médicos e suas equipes no território. Gilberto, ainda, havia escolhido o tema da qualificação do acolhimento nesta USF para o trabalho de conclusão de curso (TCC) dele da especialização em AB, ofertada pelo PMM. E, em consequência das reflexões geradas, criou fluxogramas internos de triagem com classificação de risco e fichas de atendimento para algumas linhas de cuidado, na tentativa de organização do processo de trabalho na unidade.

Em mais uma visita mensal à USF, neste dia no consultório com o médico, acompanhando uma consulta, retomamos a discussão sobre acesso e as dificuldades cotidianas de organização do processo de trabalho. Desta vez discutíamos os fluxos de chegada dos usuários neste serviço e, mais uma vez, a necessidade de organização do acolhimento. Eis que batem na porta e eu sugiro que perguntemos à pessoa que estaria atrás dela qual foi o seu itinerário dentro da USF para podermos utilizar como analisador da problemática. Eram quatro usuárias travestis e profissionais do sexo. Elas relataram que já haviam ido a outras unidades e não haviam conseguido o atendimento de urgência (uma delas havia levado um murro no rosto por um cliente). Peço que entrem e afirmo que o médico irá atendê-la.

Ao solicitar que utilizássemos a situação como analisadora, tentava mais um dispositivo gerador de reflexões e possibilidade de compreensão e intervenção sobre o processo de trabalho e acolhimento e promovesse autoanálise individual e coletiva através de uma sistematização das informações sobre o percurso do usuário na USF⁴³. A intenção era, com esta ferramenta disparadora destes processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, “interrogar o cotidiano”, abrir a caixa preta sobre “o como” se trabalha e compartilhar possíveis intervenções que permitissem

novos fazeres nas práticas produtoras do cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização naquela unidade⁴⁵.

Neste momento, mesmo as usuárias já tendo conseguido o acesso ao consultório médico, Gilberto se colocou como a “grade” que falava e verbaliza que “tem que ir pra emergência fazer um raio x”. Pergunto a ela se está sentindo dor e ao médico o que tem de analgésico na unidade. Ela me responde que sim, dói e a colega reitera a história, relatando os detalhes do ocorrido e os sofrimentos decorrentes. Espero o movimento dele de examiná-la e como não ocorre, eu mesma (sob o olhar delas e dele) peço licença para tocá-la. A tentativa de ser pedagógica com o exemplo falhou. Ele me responde que não sabe sobre o medicamento e eu sugiro que vá até a farmácia e que ela não precisava ir para a emergência – caso fosse necessário - sentindo dor. Ele retorna esclarecendo que tem ibuprofeno e solicita a identidade ou cartão do SUS dela para fazer a receita.

Ao utilizar o dispositivo interrogador de um olhar analisador, acabei desvelando uma situação de clínica degradada. Para Campos⁴⁶, a Clínica Degradada refere-se a alguns contextos socio-econômicos que impõem limites à potência da Clínica Oficial*, tornando a potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída. Coloca como um possível determinante desta clínica o comportamento alienado de médicos que praticam trabalho queixa-conduta de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um dos seus pacientes, gerada também por desequilíbrios muito pronunciados de poder. O desafio com Gilberto seria ressignificar o seu modo de cuidar para uma clínica ampliada, centrada no sujeito.

Aqui vale um esclarecimento da dureza do sistema que organiza a farmácia no município, as medicações só são liberadas com documento de identificação. Assim, mais uma “grade” é colocada como barreira no acesso ao SUS. E diante deste cenário que impõe falta de governabilidade para a ampliação da clínica, a minha possibilidade como supervisora dele estava entre construir o novo ou reforçar o velho.

Mas a paciente que estava machucada não possuía quaisquer destes documentos e pude perceber a irritação de Gilberto com tal situação. Rapidamente umas das outras usuárias, talvez também percebendo o que gerou no médico e a nova possibilidade de não ter o desfecho de cuidado, oferece o dela. Entre elas, começam, em tom de brincadeira, a dizer que “teria que dizer o nome verdadeiro”. Eu pergunto como ela gosta de ser chamada e ela me diz: “Jaquelyne”. Explico para ela que o nome social é um direito dela e que se ela preferisse poderia escrever o nome de nascimento no meu caderno e eu passaria para Dr. Gilberto fazer a receita, sem que isso gerasse um

* Para Campos⁴⁶, há três semblantes principais sobre os quais a Clínica se apresenta: a Clínica Oficial (a Clínica clínica), uma Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito).

constrangimento para ela. Jaquelyne então escreve no meu caderno e Gilberto faz a prescrição.

Agradecidas, saem do consultório, mas antes deixam o recado: “Tem médico que é legal” – olhando para mim – “e tem médico que não é legal” – olhando para ele. “Depois não sabe o porquê a gente chega aqui quebrando tudo!”. Apesar de ter ficado um pouco assustado com a assertiva, depois da saída delas, ele arremata: “Se eu chamasse João e ninguém aparecesse, a culpa ainda era minha”. E o status de assustada passa imediatamente para mim. Confesso que perdi um pouco a polidez e só consegui tirar da minha caixa de ferramentas a função vertical de supervisora autoridade e dei um “sermão” sobre direito ao nome social e respeito à identidade de gênero.

Como discutido anteriormente na sessão “SUPERVISÃO” esta prática pode ter uma faceta de poder e superioridade, corretora de uma conduta e foi isso o que me capturou³⁸. Afinal, a maioria dos supervisores – quiçá todos – foi formada por um modelo conservador de educação bancária⁴⁷ e reproduzi-lo não é difícil. Precisei lançar mão desta ferramenta do modelo pedagógico hierárquico e vertical como última alternativa, já que todas as outras apostas pareciam ter falhado na sensibilização do médico para a ampliação do olhar no cuidado daquela usuária.

Ficou claro pra mim que a clínica se empobrece toda vez que o cuidador ignora as inter-relações com as demais dimensões da existência de cada um, descarta o doente do seu contexto e não volta o olhar também para a doença do doente concreto, perdendo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos, inclusive. Seria necessário utilizar uma miscelânea de atividades políticas, gerenciais, de promoção e de assistência à saúde para fazer valer os direitos daquelas usuárias, construindo um mundo melhor para o sujeito e para os outros⁴⁶.

Saí da supervisão bem mobilizada com o ocorrido e, tentando recompor minha função de apoio e geradora de reflexão, envio um e.mail para todos os médicos supervisionados por mim com o relato da “oportunidade de acolher” tal usuária, mesmo que nesta unidade não existisse um acolhimento estruturado. Não pude deixar de pensar que discutimos tanto acolhimento, mas que talvez não nos demos conta da especificidade de alguns grupos sociais e da dificuldade, ainda maior, de acesso aos serviços de saúde e de como o campo de trabalho pode ser reduzido a ponto de se desresponsabilizar pela integralidade dos sujeitos⁴⁶.

Coloco a reflexão de que surgiram dúvidas quanto a questões específicas da saúde da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), como o uso do nome social. E tentando contribuir com a qualificação do cuidado e acesso à saúde integral de forma equânime a esse grupo populacional, indico o curso "Política Nacional de Saúde Integral LGBT" da rede UnA-SUS. Em anexo, ainda envio a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e sugestões de condutas diante dessa população, como uso correto do pronome de tratamento, evitando pressuposto de heterossexualidade no atendimento ou

pressuposto de orientação sexual a partir da expressão de gênero. Tentando problematizar que as USFs não se configurassem como mais um espaço de discriminação e preconceito das quais a referida população já é vítima cotidianamente.

Alguns meses depois, noutro espaço de formação que Gilberto e outros médicos de família conhecidos meus compartilhavam, soube que foi solicitada uma narrativa sobre alguma prática vivenciada que tivesse sido disparadora de aprendizagem. Para minha grata surpresa, ele relatou a experiência com as travestis como potente reflexão de qualificação da sua prática.

De alguma forma a minha supervisão foi catalisadora de ampliação da clínica e do desejo de se reinventar como profissional. Talvez tenha permitido se impregnar de sentido e favorecer a construção de novos significados e capacidades que permitam qualificar a sua atuação na realidade do seu processo de trabalho e cuidado em saúde. Talvez Jaquelyne e suas colegas também tenham o feito refletir sobre incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da sua clínica e da possibilidade desta clínica vir a ser mais centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências⁴⁶.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo primário

Avaliar o processo de supervisão aos médicos dos programas de provimento médico do governo federal, na Bahia.

4.2 Objetivos secundários

- Identificar possíveis relações dos dispositivos utilizados na supervisão com a qualificação do cuidado integral dos médicos dos programas de provimento;
- Identificar potências e fragilidades da supervisão.
- Conhecer as experiências e percepções dos médicos sobre a supervisão.

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. O tipo de pesquisa e a metodologia utilizada

A fim de avaliar a prática da supervisão do PMM na Bahia, a pesquisa tem caráter qualitativo, o qual segundo Minayo⁴⁸: “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. (MINAYO, 2006, p.57). E se propõe a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.⁴⁸ A mesma tem como propósito provocar reflexão e mudanças na prática cotidiana. Neste tipo de pesquisa, o essencial não é quantificar e mensurar e sim captar os significados⁴⁹.

A pesquisa tem como referencial teórico-metodológico a Hermenêutica Dialética, combinação que segundo Habermas apud Minayo⁴⁸, do ponto de vista do pensamento, faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. O casamento das duas abordagens possibilita uma reflexão que se funda na práxis. Sob a ótica hermenêutica, entender a realidade é entender o outro e entender-se no outro. Incorporando o pensamento dialético, a compreensão só é possível pelo estranhamento. Assim: “A mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia” (Habermas *apud* Minayo⁴⁸).

A proposta de emprego de técnica para a coleta de dados foi a realização de entrevistas abertas para cada clientela específica (médicos e supervisores da Bahia, vinculados ao PMMB, englobando PROVAB), além de questionários, apresentados a diante. Segundo Frey e Fontana (*apud* Fraser e Gondim⁴⁹): “a entrevista qualitativa é um “texto negociado” resultante de um processo interativo e cooperativo que envolve tanto o entrevistado como o entrevistador na produção do conhecimento”. Tal técnica é apropriada “para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo”. A entrevista individual é uma interação de díade, indicada quando o objetivo da pesquisa é conhecer em profundidade os significados e a visão da pessoa. Assim, nesta pesquisa no momento da interação entre o pesquisador e o entrevistado buscou-se o acesso direto ou indireto às informações, às opiniões, aos valores, às ideias e aos significados atribuídos ao tema tratado⁴⁹.

Neste tipo de entrevista, o pesquisador busca encontrar fios relevantes para dar mais profundidade às reflexões, o que foi facilitado já que as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. O material produzido desses encontros tem um grau de profundidade maior que o questionário, já que permite acessar outras regiões que não se limitam às de simples perguntas e

respostas⁴⁸.

Os entrevistados foram médicos participantes (ou ex-participantes) do PMMB ou do PROVAB. E médicos supervisores ou ex-supervisores dos programas. A escolha dos médicos e supervisores deu-se por meio de carta-convite enviada por meio eletrônico através do acesso aos bancos de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde e da Educação, os quais autorizaram a pesquisa através de termo de anuência. (ANEXOS I e II) Os mesmos, a priori, foram selecionados, aleatoriamente entre os que se interessaram e sua maioria tinha Salvador ou região metropolitana como campo de trabalho. Não foram entrevistados médicos os quais sejam supervisionados pela pesquisadora.

Segundo Fraser e Gondim⁴⁹: “O critério mais importante a ser considerado neste processo de escolha não é numérico, já que a finalidade não é apenas quantificar opiniões e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto”.

Considera-se, então, que o número de entrevistas deve ser pensado levando-se em conta os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes a serem considerados e, principalmente, a possibilidade de esgotamento do tema⁴⁹.

A coleta de dados das entrevistas foi interrompida quando foi atingida a saturação teórica levando em consideração o objeto e objetivos da pesquisa. Quando os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância – na opinião da pesquisadora, deu-se o fechamento amostral. A partir deste momento, o conteúdo das respostas às questões formuladas (e implícitas nos objetivos) aos médicos entrevistados pouco acrescentaram a um desejado aperfeiçoamento teórico da discussão da categoria. A saturação da temática em questão foi constatada quando um determinado conjunto de percepções a partir da amostra passou a ser repetitivo e as diferenças que se apresentaram anteriormente já haviam sido valorizadas e exploradas⁵⁰.

Para Fraser e Gondim⁴⁹: “Em um ambiente social específico, o espectro de opiniões é limitado, pois a partir de um determinado número de entrevistas percebe-se o esgotamento das respostas quando elas tendem a se repetir e novas entrevistas não oferecem ganho qualitativo adicional para a compreensão do fenômeno estudado”.

5.2 Participantes do estudo

Conforme exposto anteriormente, os entrevistados eleitos para o estudo foram médicos médicos supervisores ou ex-supervisores dos programas, sendo este o qual chamamos de grupo 1. E médicos participantes (ou ex-participantes) do PMMB ou do PROVAB– grupo 2. Nos quadros abaixo consolidamos as características de cada grupo. (Quadro 1 e 2).

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do Grupo 1 – Supervisoras

N ^o	Idade (anos)	Sexo	Especialidade	Tempo de		NRS municípios que supervisiona(ou)	Programa ao qual está vinculado	Período atividades
				Tempo de formação (anos)	experiência na AB (anos)			
1.	30	F	MFC (residência)	4	4	CENTRO-LESTE	PMM	2015
2.	30	F	MFC (residência)	6	6	NORDESTE	PROVAB e PMM	2013
3.	31	F	MFC (residência)	7	7	LESTE	PROVAB e PMM	2014
4.	40	F	MFC (residência)	12	4	NORDESTE	PMM	2014
5.	59	F	Imunologista	28	3	LESTE	PMM	2016
6.	29	F	MFC (residência)	4	4	NORDESTE, CENTRO-LESTE e LESTE	PROVAB e PMM	2015
7.	47	F	SF (especialização)	21	10	SUL e LESTE	PMM	2013

Fonte: Mariângela Costa Vieira – questionários - arquivo da pesquisadora/2016.

No grupo das supervisoras, todas são do sexo feminino, com faixa etária entre 29 a 59 anos. Cinco delas são Médicas de Família e Comunidade, com residência; uma tem especialização em Saúde da Família e uma tem residência em Alergia e Imunologia. O tempo de atuação na Atenção Básica varia entre 3 a 10 anos; todas estão atualmente ativas como supervisoras dos programas, sendo três delas supervisionando pelos dois programas. Em relação ao tempo de atividade como supervisoras, duas estão ativas desde 2013, duas atuam desde 2014, duas a partir de 2015 e uma iniciou as atividades em 2016. Três delas supervisionam cidades no Núcleo Regional de Saúde Nordeste; três no NRS Leste, incluindo Salvador; duas no Centro-Leste. As entrevistadas 6 e 7 tiveram experiências anteriores como supervisoras dos NRS Leste e Sul, respectivamente, onde não atuam mais.

Um ponto a se destacar é que duas das supervisoras já foram médicas vinculadas aos programas, uma do PROVAB e a outra do PMM. Sendo assim, expuseram suas opiniões a cerca dos dois papéis, supervisionar e ser supervisionada. Apenas uma supervisora está vinculada a uma

entrevistada médica. E as 7 supervisoras estão vinculadas a 4 tutores do PMM, atualmente. Já que o PROVAB tem uma coordenação responsável pela IS e não tutores.

A seguir apresentamos no quadro 2 a caracterização dos participantes do grupo 2 (médicos vinculados aos programas).

Quadro 2 - Caracterização dos participantes do Grupo 2 – Médicos vinculados aos programas

Nº	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formação (anos)	Tempo de experiência na AB (anos)	NRS municípios que atua(ou)	Programa ao qual está/ esteve vinculado	Ano que iniciou atividades
4.	40	F	12	4	LESTE	PROVAB	2013
5.	59	F	28	3	LESTE	PMM	2013
8.	28	M	3	3	LESTE	PROVAB	2016
9.	35	F	2	2	LESTE	PROVAB e PMM	2015
10.	26	F	2	2	NORDESTE	PROVAB e PMM	2015
11.	34	F	3	1	LESTE	PROVAB	2015
12.	24	M	1	1	LESTE	PROVAB	2016
13.	35	F	12	3	LESTE	PMM	2013
14.	28	M	4	4	LESTE	PROVAB e PMM	2013

Fonte: Mariângela Costa Vieira – questionários - arquivo da pesquisadora/2016.

No quadro dos médicos vinculados aos programas de provimento observamos entre os participantes que a maioria encontra-se vinculado a municípios do NRS Leste, sendo a maioria na capital. A faixa etária (excetuando-se as médicas que hoje são supervisoras) varia de 26 a 35 anos; sendo 6 do sexo feminino e 3 homens. O tempo de atuação na Atenção Básica se reduz para, no máximo, 4 anos, sendo a primeira experiência nesta área realizada através dos programas, para a maioria. Apenas o entrevistado 8 já havia trabalhado na AB antes de entrar para o PROVAB. A entrevistada 13, apesar de ser médica especializada em “Medicina Geral e Integral” como é chamada a MFC em Cuba, atua na AB brasileira desde a sua entrada no PMM, em 2013. As entrevistadas 9 e 10 migraram do PROVAB para o PMM, atuando assim por um ano em cada programa. O médico 14 também migrou do PROVAB para o PMM, entretanto atua desde 2014 no Mais Médicos. Nenhum deles possuía como especialidade a Saúde da Família, antes de entrarem nos programas, entretanto a entrevistada 5 já possuía residência em Alergia e Imunologia. A entrevistada 11 está cursando Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, na qual teve seu ingresso com a utilização do bônus obtido no PROVAB.

A fim de não identificarmos os participantes, utilizamos nomes fictícios, em mais uma homenagem à Bahia, através de personagens de músicas de Gilberto Gil, designados a seguir. No

grupo 1, supervisoras, chamaremos, da 1 a 7, respectivamente, de: (1) Sandra, (2) Maria Aparecida, (3) Maria Sebastiana, (4) Maria de Lourdes, (5) Carmensita, (6) Lair, (7) Salette. No grupo 2, médicos vinculados aos programas, chamaremos de: (8) Rebento (9) Andréia, (10) Cíntia, (11) Ana, (12) Dorival, (13) Dulcina, (14) Serafim.

5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa atende às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), preservando o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa, e está cadastrada na Plataforma Brasil, contendo parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) sob nº 1.254.711, versão 2, CAAE: 48057515.9.0000.5404, como aprovada na data 01/10/2015. Os únicos riscos atribuídos aos participantes desta pesquisa são referentes aos constrangimentos decorrentes da exposição de opiniões; desconforto psicológico ao responder algumas perguntas; perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa. Entretanto, como benefícios, propõe a identificação de potencialidades e desafios para a prática de supervisão dos programas de provimento; oportunidade de reflexão sobre suas práticas e contextos de trabalho; identificação de potencialidades e desafios para a prática de supervisão dos programas de provimento; oportunidade de reflexão sobre suas práticas e contextos de trabalho.

5.4 Instrumentos e Operacionalização da Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram os questionários (ANEXO IV) que abordavam dados sócio-demográficos dos participantes, além de seu tempo de atuação na atenção básica, a qual programa está/ esteve vinculado, ano de ingresso no mesmo, município de lotação, dentre outros, e foram aplicados antes da realização das entrevistas. Tais questionários foram acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, devidamente lido e assinado pelos participantes, antes das entrevistas. Utilizamos dois modelos de questionários específicos para cada grupo de participantes - médicos e supervisores da Bahia, vinculados ao PMMB – diferenciando-se apenas pela função nos programas. Estes foram aplicados antes das entrevistas e preenchidos pela pesquisadora (ANEXO III).

A entrevista aberta contou também com questões norteadoras, “roteiro invisível” para os supervisores e para os médicos supervisionados (ANEXO V e VI). Com o qual, “o entrevistado é

convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões”. Caracterizando uma “conversa com finalidade” em que as questões suspensas servem de guia e não para cercear a fala dos entrevistados, buscando estar atenta aos fios relevantes que possam aprofundar a conversa⁴⁸.

Os encontros aconteceram, entre os meses de março e setembro de 2016, após acordados dia e horário, no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados ou em local de preferência, indicado pelo entrevistado, respeitando disponibilidade e privacidade. Após apresentação, leitura do TCLE e possíveis esclarecimentos, foi realizada explanação sobre a pesquisa e seus objetivos. Foi solicitado aos entrevistados, então, que falassem livremente sobre o processo de supervisão e suas percepções, permitindo que os entrevistados se expressassem com tranquilidade de forma flexível, favorecendo a participação, num ambiente favorável. As entrevistas tiveram em média 40 minutos cada, variando de 20 a 90 minutos de duração, livre de escuta de outras pessoas.

As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora e os respectivos áudios foram transcritos por dois profissionais contratados pela pesquisadora. Estes foram armazenados pelo tempo necessário para transcrição e análise temática dos dados obtidos, sendo posteriormente descartados e utilizados exclusivamente para este projeto.

5.5 Metodologia de Análise de Dados

Utilizou-se como técnica a Análise de Conteúdo, a qual, segundo Minayo⁴⁸ possibilita: “Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura do primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. Das modalidades existentes de Análise de Conteúdo, optamos por trabalhar com a Análise Temática em nosso estudo, por ser considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde⁴⁸.

Na Análise Temática, a noção de tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Para Bardin (apud Minayo⁴⁸): “tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Unrug (apud Minayo⁴⁸) por sua vez descreve tema com “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica”. Podendo-se assim, constituir um tema, tanto uma afirmação quanto uma alusão.

Descobrir núcleos de sentido, através da presença ou frequência de algo relacionado ao objeto estudado, consiste em fazer uma análise temática. E para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso⁴⁸. Assim, os áudios das entrevistas foram ouvidos numa escuta atenta e núcleos de sentido relevantes - nós- ao objetivo da pesquisa foram evidenciados.

Apesar de a análise das entrevistas ter sido desenvolvida em paralelo com a coleta, utilizamos, didaticamente, o modelo operacional da análise temática citado por Minayo⁴⁸, que se dividiu em três etapas. A primeira é a *Pré-Análise* e incluiu uma leitura flutuante e contato intenso com o material de campo, impregnando-se pelo conteúdo das entrevistas. Progressivamente, com a leitura exaustiva, foi possível observar que as entrevistas contemplavam os aspectos levantados nas perguntas norteadoras sobre o processo de supervisão, percepções e suas possíveis mudanças. Além dessa, garantem-se também algumas outras normas de validade qualitativa com representatividade nas características essenciais do tema proposto e pertinência já que as entrevistas acabaram por serem adequadas em responder aos objetivos do trabalho.

A fase seguinte foi a *Exploração do Material* na qual os dados são classificados através da busca de categorias. A análise temática de conteúdo foi realizada com auxílio do software Nvivo 11. Elaborou-se uma primeira classificação, separando e guardando cada tópico, por tema mais relevante os quais envolvem potências, fragilidades e dispositivos do processo de supervisão. Estas expressões ou palavras significativas codificaram dados a partir de unidades de registros e foram categorizadas em categorias.⁴⁸. Os dados obtidos foram organizados em dois núcleos de sentido, quatro temas e sete categorias (Quadro 3).

Assim, sugeridos pela leitura do material, buscou-se delinear o produto, propor inferências e realizar interpretações, abrindo-se pistas e indicações para as conclusões do trabalho, propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades⁴⁸.

6. AVALIAÇÃO

“Os achados de uma avaliação podem ter implicações tanto para continuidade e revisão das ações que estão sendo avaliadas, quanto para fornecer aos diversos parceiros que interagem em relação a essas ações (planejadores, executores, doadores e usuários) informações para ajustar a intervenção”⁵¹.

A escolha pelo termo avaliação embasa-se na variedade de aplicações deste, reconhecendo-o, entretanto, como uma análise das dimensões que escapam ao quantificável e expressões numéricas. Focaliza-se na dimensão da subjetividade que permeia a produção das práticas em saúde, se propondo a buscar seus sentidos e valorizando a experiência vivencial⁵².

Não iremos privilegiar a ótica gerencial, nem falaremos em eficácia e eficiência. Tampouco se voltará para a otimização do desempenho e para a utilização dos recursos em um ‘avaliacionismo acrítico’^{53,54}.

Levaremos em consideração o que postulou a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre avaliação: a mesma deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas⁵⁵. E não fugiremos de um quase consenso sobre um dos aspectos da avaliação: emitir juízo de valor, valorar algo, manifestar-se em relação a alguma coisa^{52,53}.

Entretanto, impõe-se a valorização das perspectivas dos atores sociais envolvidos no processo e suas percepções como sinalização de experiências complexas, no cotidiano dos espaços de produção do cuidado. Para Bosi e Uchimura⁵², “essa modalidade de investigação estaria alicerçada em uma postura de busca do sentido no espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, através das compreensões e interpretações compartilhadas”.

Buscamos a compreensão dos processos de supervisão considerando os sentidos atribuídos pelos grupos de envolvidos aos fatos oriundos do processo e a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar^{52,53}.

Não conseguiremos, entretanto, incluir nesta pesquisa todos os atores envolvidos na produção das práticas de cuidado já que não entrevistaremos outros grupos de interesse (usuários, equipes de saúde da família do território dos médicos e supervisores entrevistados, gestores). Não se trata de uma avaliação participativa a despeito do desejo de evidenciar e incluir diferentes percepções dos grupos implicados e suas demandas subjetivas, valores, sentimentos.

O caminho que se pretende trilhar nessa pesquisa é, porém, o que Furtado⁵³ sugere de servir como instrumento de apoio, de contribuição para aumentar a capacidade de análise, de produzir inovações, gerando acontecimentos, possibilitando renovações.⁵⁴ Pretende-se a

compreensão ampliada, pelos sujeitos da pesquisa, sobre as potencialidades e fragilidades do trabalho da supervisão médica dos programas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como dito anteriormente, os dados obtidos, das entrevistas, foram organizados em dois núcleos de sentido, quatro temas e sete categorias (QUADRO 3). Apresento abaixo os resultados através de cada categoria e discutimos o que se desvelou das conversas com supervisores e médicos do PMM na Bahia. Coube à pesquisadora estar atenta às opiniões e captar os significados sobre percepções da supervisão e utilização de dispositivos para esta prática. A discussão está permeada por reflexões da autora a partir da experiência como supervisora e dos espaços de gestão do programa ao qual fez parte.

Quadro 3 - Núcleos de sentido, temas e categorias de análise

NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS	CATEGORIAS
PERCEPÇÕES SOBRE A SUPERVISÃO	POTENCIALIDADES	Contribuição na qualificação do cuidado integral
		Contribuições na organização processo de trabalho
		Equalizando caminhos entre apoio e fiscal
	FRAGILIDADES	Entraves ao processo de supervisão: do formato à organização local
		Importância da experiência em APS para a qualidade da prática supervisora: “a cabeça pensa onde os pés pisam”
DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO	RELATÓRIOS	Variações entre trabalho morto e indução de visita: “Menos relatórios, mais encontros.”
	OUTROS DISPOSITIVOS	Quebrando o gesso do protocolo e reinventando o fazer supervisão

7.1 Percepções sobre a supervisão

7.1.1 POTENCIALIDADES

7.1.1.1 Contribuição na qualificação do cuidado integral

“..cuidado e integralidade são idéias congêneres em suas vastas ambições, generosas até o limite da utopia, mas, por isso mesmo, imprescindíveis. Não parece acidental, portanto, que cuidado integral e integralidade do cuidado sejam expressões tão presentes e fortes hoje em nosso campo. É como se uma palavra reclamasse a outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral”⁵⁶.

A integralidade é considerada um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pela Constituição de 1988. Tal diretriz, e seus variados sentidos, foram utilizados neste trabalho como referencial para a análise das práticas de cuidado e dos dispositivos utilizados no processo de supervisão dos programas de provimento médico na Bahia. Posicionar-me-ei aqui a partir de referenciais os quais me mobilizam e acredito como trabalhadora da saúde. Posição em desacordo com a redução à lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional e cujas práticas de saúde têm passado por uma crise contemporânea, a despeito do desenvolvimento científico⁵⁷. Mais do que uma análise terminológica, um convite à reflexão e à tentativa de reconstruir sentidos.

A escolha pela análise da integralidade do cuidado dos médicos, dos programas de provimento do governo federal, nesta categoria deu-se por considerar a APS o ponto de entrada para a atenção à saúde individual e o locus da responsabilidade continuada. Além de ser o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente⁵⁸. Aposta-se no processo de supervisão como potente neste sentido e, por perceber nas entrevistas inferências sobre esta potencialidade e constatar nos relatórios de supervisão dos programas e documentos oficiais pistas sobre a centralidade do tema da integralidade, propomos aguçar o olhar para essa possibilidade.

Levamos em consideração para as análises a seguir, que a produção do cuidado se dá no cotidiano dos processos de trabalho construtores das práticas de saúde^{43,45}, e que, idealmente, deve acontecer de forma ampliada* com a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde⁵⁹. Integralidade sendo um desafio tecnológico, de arranjar, criar e recriar ações de modo a produzir, de modo universal e equitativo, não apenas tratamento, prevenção ou recuperação da saúde, mas, por meio de todos e cada um destes recursos, produzir *cuidado*⁵⁸.

No presente trabalho, a partir das entrevistas, buscou-se a percepção desses encontros e seus dispositivos para qualificação do cuidado. Devido à sua polissemia, tentarei dialogar com alguns autores na tentativa de trazer alguns dos muitos sentidos da integralidade do cuidado na saúde.

Na Constituição Federal, a sessão que versa sobre saúde coloca como uma das diretrizes do sistema único: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

*Campos⁴⁶ se refere a clínica ampliada como uma clínica reformulada e ampliada que visa superar a alienação, a fragmentação e o tecnicismo biologicista; superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade. Clínica que propõe desconstruir reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis.

prejuízo dos serviços assistenciais”⁶⁰. A Lei n. 8.080/90, no capítulo II, apresenta a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹¹.

Alguns autores aprofundaram a compreensão que a constituição pode transparecer da integralidade. E além de levar em conta as necessidades de prevenção e assistência, consideram necessária uma visão mais abrangente das necessidades do usuário. Devem-se enfatizar mais as necessidades como um todo do paciente do que o manejo de uma doença. Para tal feito, a integralidade exige que a atenção primária reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las⁵⁹.

Neste mesmo sentido, Cecílio⁶¹ afirma que várias dimensões são necessárias para que a integralidade seja alcançada. Ele categoriza como uma taxonomia de necessidades em torno dos conceitos a seguir: necessidade de boas condições de vida; necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde e necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida”⁶².

Perguntei para médicos e supervisores dos programas sobre possíveis contribuições da supervisão na prática do cuidado integral e apresentarei algumas impressões que reiteram a taxonomia e outros conceitos vivenciados por eles.

Em relação ao vínculo como necessidade de saúde, a maioria dos entrevistados refere que a fixação deles numa equipe de saúde da família por pelo menos um ano (tempo mínimo que um médico do PROVAB deve ficar no programa para receber bonificação) foi produtora de vínculo com usuários, território e equipe.

Para Campos⁶³, o vínculo é considerado um dos instrumentos capazes de potencializar transformações na prática do profissional. Mas para concretizar o vínculo e ter-se eficácia na prática clínica e na Saúde Pública é necessário que o usuário do sistema de saúde tenha o lugar de fala garantido. Restabelecendo-se a arte da fala e da escuta entre profissionais e paciente, entre equipe e família, entre instituições médico-sanitárias e sociedade se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas e a referida eficácia⁶¹.

No trecho abaixo, transcrito de uma das entrevistas, a supervisora aponta uma abordagem com tentativa de contribuir para a possibilidade de escuta, vínculo e, conseqüente, cuidado efetivo e centrado no paciente.

“O paciente fala três palavras e eles já vão pra queixa, não deixam a pessoa falar. Às vezes parece até polícia, o paciente sendo indagado sobre várias coisas, né? E aí, teve duas médicas que eram muito assim, e eu fui até elas e a gente conversou um pouco sobre isso. Eles são muito abertos, a maioria. Então sempre perguntavam: “E aí, como foi?!” Foi bem tranquilo dizer assim. ‘Oh, tenta fazer isso, escutar mais um pouco...’” (Grupo 1, nº1, Sandra)

Para Mattos⁶⁴ devemos lidar com os sujeitos com se não fossem apenas portadores de doenças, mas também de desejos, aspirações e sonhos: “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.”

Ayres⁵⁸ aponta a relação de cuidado como a busca ativa em relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde. “Uma conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde”.

“[...] existiu no espaço da consulta, no atendimento conjunto, um momento em que eu pudesse falar assim: “Vamos pensar de uma outra forma menos prescritiva”, e ela foi completamente aberta. E hoje eu já vejo, no geral, uma outra “pegada”. Sem precisar mais da minha abordagem”⁵⁸. (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

A supervisora, no relato acima, busca a ótica da integralidade para produzir a compreensão das necessidades de saúde de um modo “mais amplo”. Por meio da tentativa de problematizar a necessidade de prescrição, refere-se à não-restrição à leitura biomédica dessas necessidades, traduzidas apenas em entidades anátomo-físio-patológicas⁵⁷.

A produção do cuidado, não se restringe aos fazeres e saberes clínicos, extrapola a epidemiologia, a promoção e prevenção, a técnica e racionalidade biomédica⁶⁴. Trazendo ainda a referência de Cecílio⁶¹ quando cita como outra dimensão de necessidade de saúde o acesso a tecnologias que melhorem a vida, podemos fazer o paralelo aos conceitos de tecnologias e dizer que o incentivo da supervisora foi na não valorização apenas de tecnologias leve-duras e duras e incorporação de tecnologia leve no ato de cuidar⁴⁵.

O “cuidado em ato” da supervisora abaixo foi provocador de uma mudança no sentido da “prática do cuidar” do médico supervisionado. Com finalidade, desta maneira, de imprimir uma nova identidade ao conjunto de conhecimentos do médico voltados para o outro – lócus do cuidado - corroborando com a ideia que o cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes⁶⁵.

“Na consulta ele vai atender e você está observando. E na visita, eu acho que, como eu interfiro mais, e nessa última de saúde mental chegou uma hora em que eu conduzi mais a

consulta, mais pro final [...] Quando chegou na parte da pactuação, ele achou interessante como eu fiz a pactuação com a paciente, compartilhando o poder e decisão sobre o uso da medicação, porque ele não teria feito do mesmo jeito. [...] Eu acho que é importante essa coisa do exemplo”. (Grupo 1, nº 6, Lair)

Com esta situação apresentada, a supervisora também se utilizou de outra categoria de necessidade de saúde que Cecílio⁶¹ traz quando negocia com a paciente o uso da medicação. Garantindo-lhe assim, em algum grau, a autonomia acerca do modo de andar a sua própria vida. Podendo gerar peso efetivo no seu modo de viver, melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença e a capacidade de um instituir normas que ampliem a qualidade de vida⁶².

Ayres⁵⁸ fala de reconstrução de práticas de saúde como um norte de “projeto de felicidade” no qual as rédeas estão com os usuários, cientes das suas necessidades de saúde para produção de cuidado, reconduzidos a aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde.

Ayres⁵⁷ afirma que “a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.” Na abordagem utilizada a seguir podemos ver um exemplo de compreensão mais ampliada de como as necessidades de saúde se traduzem a partir da maneira como se vive. E assim, “a doença é, de fato, com frequência, somente a expressão de dificuldades na vida de uma pessoa”⁶².

“De entender que o paciente diabético pode não querer tratar, porque ele tem outras crenças. [...] De entender que precisa ver a insulina, porque aceitar o uso da insulina é difícil, e é muito difícil também porque nós fizemos isso em algum momento, dizer que “vai cair na insulina”. Então eu sinto que ela está problematizando mais essas questões que a gente construiu.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

“O cuidado, de uma forma geral, é uma ocupação ativa com a saúde do outro”⁵⁸. Um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram e que pode ser fundamental na experiência do sujeito que se relaciona com o serviço de saúde⁶⁴. Sendo importante perceber que ao dizer que “vai cair na insulina” pode-se prejudicar a relação de cuidado do usuário com o serviço.

A vida cotidiana e suas relações com questões específicas do espaço da vida social e conteúdos históricos que carrega tem importância fundamental na produção do cuidado⁶⁶. A visita domiciliar pode ser uma estratégia de compreensão destes outros determinantes, como aposta a supervisora, o que corrobora com a taxonomia de Cecílio e Matsumoto⁶² em relação à necessidade de estar atento às condições de vida.

“[...] contribuiu, tanto para tirar um pouco de medo desse lugar da visita domiciliar... Eu acho que contribuiu, também, para atualizar um pouco sobre isso, porque a gente conversou sobre estar no domicílio, o cuidador [...] dessas outras interferências que dentro do consultório a gente não vive, né?” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Desta forma, a visita domiciliar proporcionando o encontro, a conversa, pode ressignificar a atitude do médico na busca de reconhecer, para além das demandas explícitas, as outras necessidades de saúde visando o cuidado integral⁶⁵.

A integralidade implica que as unidades de atenção básica devem fazer arranjos para proporcionar que o usuário receba atenção qualificada, reconhecendo adequadamente a variedade de necessidades - problemas funcionais, orgânicos e sociais – e disponibilize recursos para tal abordagem, além também da necessidade de encaminhar para outros níveis de atenção⁵⁹. Cecílio⁶¹ nos convida a chamar de integralidade “ampliada” uma articulação de rede de múltiplas entradas e fluxos a partir das necessidades reais das pessoas, na qual a garantia desta deve ser do sistema de saúde:

“A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede serviços de saúde e outros. Uma não sendo possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importando sua “complexidade”, sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não”⁶¹.

A integralidade pensada no “macro” – ampliada - é objetivo de rede, com articulação de cada serviço de saúde e suas integralidades focalizadas. Dessa forma, não se dá num lugar só, considerando as necessidades de saúde e que a possibilidade de acesso a tecnologias para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, ou ainda porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial⁶¹. A supervisão tenta propor a compreensão que para tentar resolver as necessidades de saúde da população precisamos praticar e fazer parte de uma rede de atenção integrada com a atenção básica como coordenadora do cuidado.

“Porque, por exemplo, a gente discutiu “encaminhamento seguro”. Isso muda o cuidado, porque ela parou de, simplesmente, se desresponsabilizar e passou a compreender que essa coordenação do cuidado precisa acontecer para além daquela menina, porque teve uma questão específica dessa menina, que, por ser uma menina pequena, ela se vinculou e passou acompanhar a trajetória da menina. Mas tinha muito mais a ver com o desejo dela porque ela tinha feito vínculo do que entender isso como uma ferramenta, entendeu?” (Grupo 1, nº 6, Lair)

A supervisão pode ser potente, assim, através de um impulso de enriquecimento na

tradução das necessidades que se busca com a integralidade. A qual reclama a integração de diversas esferas e recursos de trabalho em saúde. Podendo ocorrer uma integração horizontal, que reclama aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde que se implicam mutuamente nas situações concretas de saúde-doença-cuidado, em articulação com uma integração também vertical, entre atenção primária, secundária e terciária⁵⁷. Incentiva ter como norte que a integralidade das ações consiste em um fazer coletivo em defesa da vida⁶⁵.

“[...] meu supervisor é angiologista e aqui é terrível para se conseguir um angiologista, não se tem e a gente vê muita úlcera, muito transtorno vascular. No princípio eu fiquei assombrada com quantidade das varizes que a gente tem aqui. [...] e ele discutiu todos os..melhores tratamentos, os melhores esforços, o que podia fazer com o paciente até o paciente conseguir chegar. Ele ajudou de alguma forma a que conseguisse tratar o paciente sem precisar da rede” (Grupo 2, nº 13, Dulcina)

Neste caso, não ocorreu a desejada integração da rede de saúde de forma integral, mas a supervisão foi potente em contemplar o olhar para a resolutividade e responsabilização pelo cuidado integral.

Por último, o relato de um dos médicos do PROVAB, que ao ser perguntado se as mudanças na sua prática teriam relação com a supervisão, faz uma análise que parece levar em consideração a taxonomia das necessidades de saúde de Cecílio. Ele coloca como determinante das transformações na sua prática a contribuição do cotidiano, do ambiente e do se deparar com a realidade do outro.

As “necessidades de boas condições de vida” o afetaram na perspectiva de contemplar as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano onde trabalha. Acaba por reconhecer a saúde como um direito de cidadania, expresso nas melhores condições de vida⁶².

“Eu tenho um olhar diferenciado no sentido do que eu vejo em grande parte dos colegas, mas apesar de ter todos esses ideais eu não conhecia o subúrbio. E isso eu acho uma grande contradição em mim, porque estou morando em Salvador há nove anos. [...] e isso foi engrandecedor pra esse início desse projeto e me aproximou mais da favela mesmo, de partes que a gente fecha os olhos, por não entrar em contato. [...] Sabe que existe, mas existe lá longe e só existe aqui perto quando é, digamos, empregada doméstica e está pra trabalhar pros senhores dos bairros nobres. [...] O lado de lá é sempre ignorado. Então pra mim foi uma experiência, principalmente por esse aspecto, de me inclinar mais, de poder ouvir pessoas e estar com elas. Quando a gente vai na área [...] às vezes o carro da prefeitura não chega, e eu vou andando. O esgoto é a céu aberto. Deveriam ser, na verdade, ainda menos pessoas diante dessa vulnerabilidade que é bem grande. [...] Você descobre que existem pessoas extremamente ignoradas. Estar debruçado sobre essa realidade de extrema carência, de extrema pobreza, toda essa realidade aí, faz com que você seja sensibilizado...” (Grupo 2, nº 8, Rebento)

O médico aponta a mobilização que as dificuldades para reprodução da vida na sociedade e as relações de força desfavoráveis para certos grupos e classes sociais reverberam nele

e no seu modo de olhar para as necessidades da população. Neste caso, não a supervisão, mas a possibilidade de estar trabalhando na APS pelo PROVAB, nesta comunidade, pode ser produtor de mudanças não só na prática clínica como em reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas vivenciados por aquela população⁶².

7.1.1.2 Contribuições na organização processo de trabalho

Essa melhoria na contribuição por melhores condições de vida, na saúde, referida anteriormente, pode ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e humanizados⁶². Mattos⁵⁹ sistematizou sentidos da integralidade, sendo um deles “o modo de organizar as práticas” e falaremos nesta sessão sobre a possível contribuição da supervisão na organização do processo de trabalho das equipes dos médicos dos programas de provimento do governo federal.

Levaremos em consideração que a organização do processo de trabalho em saúde produz integralidade, como uma dimensão das práticas, e que os serviços de saúde devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. Mesmo que para tal compreensão das necessidades de saúde do usuário, tenha que reorganizar (reinventar) o processo de trabalho organizado previamente⁵⁹.

Em relação à efetivação destas necessidades (de saúde), trazemos Campos⁶⁶ quando coloca a análise marxista de que no capitalismo o resultado do processo de trabalho materializa-se em produtos e os produtos têm valores de troca e de uso. O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias. O valor de uso expressa a utilidade do produto e permite seu consumo. Assim, os produtos assumem a forma de bens ou serviços. Desta forma, o trabalho objetiva necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. O valor de uso não é, pois, igual ou equivalente a necessidade social. A consulta médica é um serviço, um procedimento, uma prática social, que têm o potencial de atender a necessidades sociais, uma capacidade potencial de assegurar atendimento a algumas necessidades, entretanto não é igual à saúde.

Concordando então com a hipótese do referido autor, a produção de valores de uso ocorreria de modo simultâneo à coprodução – produzindo e se autoproduzindo - do Sujeito e do Coletivo Organizado, neste caso a equipe de trabalho, a equipe da USF na qual cada médico do PMM estaria lotado. A proposta do “Método da Roda” seria a recomposição conceitual e prática do trabalho estimulando a construção de um novo conceito de trabalho que fosse pensado como atividade produtora de valores de uso com a “capacidade potencial” para atender necessidades

sociais. Atividade esta criativa, reflexiva e construtora de sentido, um modo para operacionalizar a cogestão⁶⁶.

Vamos aqui identificar e analisar algumas situações de trabalho em saúde e como a organização do trabalho e/ou supervisão influencia o modo de fazer o cuidado aos usuários.

Observamos que para alcançarmos a integralidade é necessário modificar, através da reorganização do processo de trabalho, algumas práticas do cuidado. O relato a seguir de uma das médicas entrevistadas, nos leva a refletir que o supervisor conseguiu numa discussão sobre um tema da “clínica” gerar um impulso na reflexão da equipe. *“Eu acho que ele somou. Ele sozinho fez diferença na Unidade. Porque até hoje o pessoal fala sobre a conversa que ele fez sobre aquele atendimento.”* Assim, ações de instrução biomédica podem construir articulações e ações multiprofissionais efetivas para um processo de trabalho em saúde orientado à integralidade⁵⁶.

A equipe multiprofissional de um serviço de saúde em seus encontros com os usuários, através da escuta, também é produtora de integralidade. Poderíamos denominá-la de “integralidade focalizada” na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde⁶¹. Assim, esse espaço é abordado por Merhy e Franco⁶⁷ como o processo de trabalho que não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um. Afirmam que há nesta produção subjetiva do cuidado em saúde uma produção de si mesmos como sujeitos do trabalho.

Seria talvez essa produção de si mesmos, a possibilidade da produção de valores de uso potentes para o trabalho em equipe, para o SUS, para o usuário.

“Por exemplo, como a gente vai discutir cuidados com a pessoa com tuberculose se você não tem agente comunitário na área? Se falta remédio? Não tem como a gente não discutir processo de trabalho, sabe?” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

Assis *et al.*⁶⁸ apresenta algumas dimensões de análise da produção do cuidado em saúde e identifica o vínculo como dispositivo orientador da prática. O acolhimento pode ser entendido, também, como um potente dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica (AB).

“Eu observo mais mudança na questão do acolhimento. [...] Conversei como era que as equipes funcionavam, e o atendimento à demanda espontânea. E aí eles falavam muito que eles atendiam a (todo mundo) que chegava nas unidades. E ficavam até tarde atendendo. Aí, a gente discutiu um pouco sobre a importância de a pessoa ser acolhida por todos os profissionais da equipe. O quanto era importante dividir o trabalho. [...] E as duas enfermeiras eram enfermeiras de hospital, depois foi que eu consegui perceber. Então, quando a gente conversou sobre a possibilidade, se já viu que tem o protocolo de

acolhimento, de ter um livro de acolhimento. [...] Eu passei isso para o médico e para elas, o livro de acolhimento do Ministério, e eles leram, no dia seguinte a gente discutiu, de novo, um pouco sobre isso, e aí foi ótimo. [...] Eu vou participar de reunião com toda a equipe para a gente discutir, conversar sobre acolhimento.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

Neste caso, o modo de organizar as práticas no serviço de saúde não parecia ter a integralidade como marca de uma forma de organizar o processo de trabalho. A demanda espontânea grande não era percebida como forma de expressão de uma lacuna nas necessidades de saúde, como sinal de que outras motivações levavam os usuários à procura da USF e continuava sendo ignorada na organização desta USF⁵⁹. A supervisora acabou por ativar essa percepção, ampliar o olhar para outros dispositivos, apresentando o acolhimento como uma nova ferramenta para os trabalhadores. Possibilitando inclusive a conversa entre eles, a participação coletiva nas decisões e, porque não dizer, a cogestão.

Entretanto, tradicionalmente a disciplina e o controle são o eixo central dos métodos de gestão. E esta democratização e horizontalização do poder nas instituições seriam diretrizes operacionais “anti-Taylor”. As quais não cabem nos princípios da teoria taylorista que pressupõe concentração de poder, separação entre o momento da concepção, daquele de execução, centralização do planejar e decidir no comando. Tais estratégias buscam limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador⁶⁶. Cecílio² nos atenta:

“Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomias.”²

Neste relato, a supervisora expõe estes ditos “poderes” e utiliza-se do “dela” como uma forma de contribuição à integração dos médicos supervisionados à reunião de equipe, a um espaço produtivo e decisório no processo de trabalho. Caso contrário se manteria a concepção da gestão de “aumentar a eficácia do trabalho em saúde”, mesmo que para isso continuasse sendo retirada destes profissionais médicos a capacidade de influenciar na decisão sobre o próprio trabalho, controlando e determinando o fazer cotidiano dos trabalhadores. Desta forma, contribuindo com a produção de trabalhadores desestimulados de desejar participar da gestão - do seu próprio trabalho, inclusive – e

reproduzindo sujeitos “obedientes”⁶⁶.

“No início, tinha unidade em que não estavam incluindo o médico na reunião de equipe, então isso foi chocante pra mim. E aí eu falei diretamente com a gestão e com a enfermeira da Unidade também, que isso não poderia acontecer. E a médica e o médico, tinham expressado vontade de fazer parte, mas nunca estavam sendo convidados. E isso mudou, realmente a médica não estava participando da reunião de equipe. Aí eu cheguei chocada. “Não acredito”. A médica disse: “Não, eu já falei que eu quero participar, mas eles não me chamam”. Então eu falo com a enfermeira: “Oh, eu sei que, talvez, não tenha sido costume antes, mas o médico realmente precisa participar. Eu sou médica, eu sou da medicina de família e comunidade”. A enfermeira não facilita e aí continua sem chamar. E aí eu já falo com a gestão. Eu vou lá até a coordenadora de atenção básica, e falo: “Oh, você sabe que reunião de equipe é importante. Faz parte dos preceitos, das idéias de atenção primária. O médico, como vai vincular com a equipe e comunidade, se não tá ali junto com eles?”. Aí a gestão: “Ah, mas vai perder um turno”. Isso! Vai perder um turno talvez agora, mas vai produzir saúde no futuro. A médica não pode estar sendo chamada à atenção enquanto ela está numa reunião de equipe. [...] Aí, assim, eu não sei se eles acham que eu tenho o poder, mas eu também não falo que eu não tenho. E a partir das reuniões seguintes, a médica já está sendo chamada regularmente. [...] É uma mudança. (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes).

O Método da Roda como um método de análise e de cogestão que discute com a racionalidade gerencial hegemônica, pode ser utilizado aqui como referência para esta aposta num espaço mais democrático nos espaços de trabalho na APS e, conseqüentemente, um modo para operacionalizar a cogestão. Cogestão como uma forma de alterar as relações de poder, administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso⁶⁶.

Aposta-se, assim, na construção de um espaço coletivo em que o poder está em jogo e onde se analisam problemas e se tomam deliberações. E na capacidade que estes processos têm de influir sobre a constituição de sujeitos, compreendendo que cogovernar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho⁶⁶.

“[...] De fazer reunião de equipe, e que a reunião de equipe é esse espaço de fala e de escuta, independente de não ter tema pra reunião. No primeiro ano do PROVAB eu ouvia muito: “Mas vai discutir o quê em reunião de equipe?”. Gente, como é que a gente se forma sem saber o que vai discutir em reunião de equipe? Eu falei: “Olha, eu vou dar algumas ideias. E na medida em que for acontecendo, outras questões vêm surgindo.” [...] Mesmo que você não tenha uma pauta específica para a reunião de equipe, é um lugar de fala e de escuta. Eu acho que eles estão vendo com o tempo, também, que aquelas relações que vão se atravessando, muitas vezes, podem não se atravessar se as pessoas falarem, e a outra ouvir.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

“A recepcionista colocou que, pra ela, era muito difícil não dar as quinze fichas. Porque ela é da comunidade, as pessoas barganhavam com ela, “poxa, mas você me conhece”. Mas ela conhece todo mundo, e ela peitar que agora não iam ser quinze fichas soltas, que ia ter algum processo de território e de agendamento prévio ia ser muito difícil. E aí foi legal, porque antes de tomar essa decisão, a gente ficou discutindo um pouco a agenda, só nós duas, eu e a médica, e a gente ficava julgando a recepcionista, sem ouvir. Quando a gente

ouviu, conseguimos casar um jeito de funcionar, que foi interessante pra ela, e foi interessante pra médica, também.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Para Campos⁶⁶, corroborando o descrito acima, o trabalho em equipe deve ser encarado como *setting* pedagógico e terapêutico, reconhecendo, assim, que há coprodução de Sujeitos e de Coletivos a partir da vida cotidiana.

Evidenciamos uma característica fundamental do trabalho em saúde: ele é relacional. E, além disso, complexo, diverso, criativo, dinâmico e de tempo de encontros entre trabalhador e usuário⁶⁹. Sendo o cuidado produzido uma ação fruto do “entre-relações” de pessoas e suas repercussões e efeitos podendo traduzir-se em práticas qualificadas de vínculo, acolhimento, respeito⁶⁵.

Os trabalhadores/produtores de saúde são sujeitos sociais portadores de conhecimento, conhecimento este que deve ser reconhecido como tecnologia do trabalho e da produção de saúde, como trabalho humano absolutamente fundamental e insubstituível. Ou tecnologias de trabalho em saúde “não materiais” como diria Ricardo Bruno, tipo de tecnologia identificada nos processos produtivos, como de conhecimento técnico⁶⁹.

Novamente, nos valendo de Merhy⁴⁵, além das tecnologias inscritas nas máquinas - duras - e no conhecimento técnico - leve-duras - a outra dita fundamental anteriormente, a tecnologia das relações foi cunhada de tecnologia leve. Estas são aquelas mais dependentes do Trabalho vivo em ato e referem-se a um jeito ou atitude próprios do profissional, à sua subjetividade, que valoriza a escuta, o diálogo, a relação e interage, qualificando a atenção e o cuidado⁶⁹.

No processo de trabalho em saúde, a hegemonia do tipo de tecnologia utilizada determina o perfil da assistência. Quanto maior a hegemonia do Trabalho Vivo - rico de tecnologias leves –, mais prevalente a atitude comprometida do profissional no modo de produção do cuidado, maior implicação com o problema de saúde do usuário e o protagonismo desse diante da sua própria forma de fazer a assistência à saúde, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário⁶⁹.

O trabalhador possui um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho e com o seu fazer. Pode escolher se a assistência ocorrerá baseada em atitudes acolhedoras ou de forma burocrática, protocolar, prescritiva, priorizando procedimentos e embebida em tecnologias duras. Já que tal processo é determinado por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio trabalhador⁶⁹.

“Ele falava: “Então conversem com os seus agentes comunitários de saúde (ACS), expliquem a importância da visita, porque deve ser feita a visita, qual o paciente que precisa do médico em casa...” Sugeriu criar os critérios e aí, vamos supor, tem dez pessoas que

precisam de visita. Então, a gente montava uma escala de acordo com os artigos (“entupia a gente de artigos”), protocolos, e aí o paciente que alcançasse mais pontos teria prioridade. [...] Só pelo fato de ter uma médica que vai em casa, eles acham que a gente deve fazer porque eles querem, e tem pacientes que não precisam de visitas. [...] É a filha quem cuida e quer que a gente vá lá, e a paciente não tem nada! Não tem queixa nenhuma, só para o médico ver e falar que tá tudo bem. [...] isso não existe! [...] Aí gera essa confusão toda. Então, hoje quem faz o meu critério de atendimento sou eu. Pra visita domiciliar, eu converso com o paciente, com o ACS. “Ok, quantos anos? Tá acamado, tá com o quadro de que...” (Grupo 2, nº 9, Andréia)

O processo de trabalho centrado na norma e no protocolo pode ser denominado “trabalho morto” e, como evidenciado, reduz o campo de cuidado aos usuários e praticamente anula os atos de fala e escuta⁶⁹.

Apesar da tentativa de intervenção do supervisor em apresentar uma ferramenta, a médica parece ter sido capturada pela dureza do instrumento e não percebido a possibilidade de ressignificar o lugar da visita domiciliar como espaço de encontro potente para transformação do valor de uso do seu cuidado. Utiliza-se, também, de uma lógica taylorista de poder – já que “hierarquicamente” os ACS e usuários parecem estar abaixo dela - e autogoverna o seu processo de trabalho (morto).

Neste caso, o trabalho de supervisão não encontra onde reverberar uma possível potência de cogestão do cotidiano, demonstrando que no espaço de trabalho as realizações são impulsionadas pela prática de cada um, na micropolítica. Sendo esta o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade.

Todo processo de trabalho em saúde está vinculado a processos produtivos de “atos de saúde” que perseguem a “produção do cuidado”. Entretanto, diversos interesses em jogo alcançam distintos resultados, comprometidos ou não com os interesses dos usuários, agindo como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes⁷⁰. Como quando não se escuta os motivos/desejos de uma usuária que solicita uma visita domiciliar. Mas alguns serviços de saúde estão comprometidos com a produção de atos cuidadores, verdadeiramente.

“Eu não fico orientando agenda programática, mas nesse caso em específico, a gente priorizou dois programas, o pré-natal e o hiperdia, pra dar algum tipo de ordenamento inicial. Porque, se a gente propusesse uma agenda aberta, ia, provavelmente, cair nas quinze fichas que já existiam. E aí a gente tentou pactuar hora marcada para os pacientes, pra tentar dar uma diminuída nas filas. Nisso a recepcionista foi mais resistente, mas a gente conseguiu pactuar blocos de atendimento. Então, como eles moram perto (os pacientes), mesmo que eles chegassem 8 horas da manhã, e eles estivessem marcados para o bloco das 10, eles tinham como voltar pra casa, fazer as coisas deles, e retornar no bloco das 10. Isso foi bem interessante. E mudou muito”. (Grupo 1, nº 6, Lair)

A integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Assim, é essencial buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma comunidade apresenta⁵⁹.

“Mas eu acho que é um pensamento da prática, mesmo, porque eu sou médica de família, e eu entendo que discutir o processo de trabalho influencia diretamente no meu consultório, na minha prática técnica, clínica. Porque isso tem uma interferência muito grande no dia a dia, né? E, normalmente, os médicos não sabem o que é isso. Por mais que vivam o processo de trabalho, vivenciam sem compreender o processo de trabalho. [...] Eles não sabem o que é isso. Eles acham que é para estar dentro do consultório o tempo todo. Isso eu acho dos Mais Médicos, também. A minha sensação é de que eles vêm pro consultório e atendem.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Repensar o modo como se organiza o trabalho e ressignificar a produção de si mesmo, a constituição do Sujeito e dos Coletivos. Facilitar uma coprodução imbricada de coisas, bens, serviços e de autoprodução, da própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições. Estes são alguns dos desafios propostos pelo Método da Roda, o qual articula, entre outros saberes, a pedagogia e análise institucional⁶⁶. Com essas possibilidades o método se apresenta como um bom norte para o processo de supervisão.

8.1.1.3 *Equalizando caminhos entre apoio e fiscal.*

Como exposto em sessão específica, o termo supervisão pode ser associado, historicamente, a formas de controle autoritário, fiscalização, inspeção, poder sobre o trabalhador. Mas o conceito vem ganhando outros significados e práticas, como de apoio³⁸. Em seu Método Paidéia ou da Roda, Campos⁶⁶ imprimiu a expressão “apoio Paidéia”, referindo-se a função de apoiador que teria por função, entre outras, algumas que podemos utilizar como referenciais para a prática de supervisão aos médicos do PMM.

Apesar de o Paidéia ter por premissa a roda, o estar em grupo, e a supervisão, a priori, ser entre médico e médico (supervisionado), muitos elementos podem ser incorporados como ferramentas impulsionadoras do fazer da supervisão. A compreensão de construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores, o incentivo a fazer gestão do trabalho em equipe, pensar a clínica, os processos pedagógicos de maneira dialógica considerando saberes, valores e papéis são exemplos do que se pode buscar integrar à maleta do supervisor^{42,66}.

“Eu me coloco enquanto pessoa que dá apoio para toda a equipe, mas é um apoio acadêmico e também um apoio em relação à gestão, em coisas que eles não conseguem resolver. Porque as equipes se sentem amparadas, eu sinto ultimamente isso. Até porque eu tenho cobrado algumas coisas da gestão em relação às estruturas das Unidades, e tudo. [...] E aí as equipes têm se colocado mais próximas de mim, isso tem sido interessante.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

Referindo-nos aos objetivos do apoio institucional da Roda⁶⁶, um dos principais é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações usando tecnologias da análise institucional e da gestão, ofertar suporte ao movimento de mudança, buscando fortalecer os coletivos e o exercício da produção destes novos sujeitos em mudança. Dialoga com algumas atitudes relatadas pelas supervisoras entrevistadas, já que o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde⁷¹.

“Deveria ter em todos os lugares, né? Deveria ter um supervisor, talvez, não exclusivamente médico, mas para todas as Unidades de Saúde, para que pudessem dar um apoio. Trabalho de apoiador. Na verdade, eu me sinto uma apoiadora. É exatamente esse o trabalho que eu tento fazer. Uma apoiadora institucional, então é um trabalho de ponte, mesmo, mas de não colocar a mão e de que elas façam as coisas por elas mesmas. [...] Mas eu sempre chego junto em algumas coisas em relação à gestão, quando eu vejo que não tá rolando, e precisa rolar.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

“Ele é alguém que quer saber qual dificuldade que você tem, para lhe ajudar, ele quer saber como melhorar o processo de trabalho. O problema de relacionamento com a gestão e etc. , ele para pra fazer intermédio, pra refletir. O que eu acho interessante é como é importante criar espaços para essas equipes se encontrarem e produzirem coisas juntas.” (Grupo 2, nº 12, Dorival)

Usando, agora, o conceito proposto por Campos⁷² de apoio matricial, podemos também fazer paralelos com um perfil de supervisão. Este apoiador é apresentado com objetivo de propiciar cogestão do processo de cuidado e dos processos de trabalho envolvidos e o compartilhamento da clínica. E mesmo sendo seu enfoque mais clínico, não deixa de considerar as dimensões de gestão em jogo. Além de propor encontros periódicos e regulares para discussão de casos ou problemas de saúde e, assim como uma possibilidade de função da supervisão, elaborar projetos terapêuticos e intervenções com o médico e/ou equipe, criando possibilidades de discussão visando à qualificação da atenção^{42,72}.

“Ela sempre juntava todo mundo e fazia sempre uma dinâmica pra começar a conversa. Algumas reuniões eram como se fosse provas, não bem provas, mas ela trazia um caso clínico, que não era a conduta, aquela conduta tecnicista, técnica... que ela queria ver mais a questão do gerenciamento do cuidado, como que eu gerenciava os cuidados dos pacientes mais complexos...” (Grupo 2, nº 10, Cíntia)

“O que eu acho que dependia da supervisão? A médica era uma médica disposta, só que chegou numa Unidade que funcionava como ambulatório. Então o processo da supervisão ajudou que a gente conversasse com a equipe, conversasse com a gestão, e, aos poucos, fosse transformando o formato daquela Unidade. Muito por contribuição da supervisão. Mas a disposição da médica já existia, já era anterior.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

Neste caso, a supervisora, de alguma forma, incentiva que a médica supervisionada e a equipe ampliem sua capacidade de análise e de intervenção, ativando espaços coletivos, através de dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos. O fazer apoio institucional pode ser capaz de mobilizar ações de mudança nos processos de trabalho e acionar processos de cogestão⁷³.

“Eu acho que a ideia é essa. Eu acho que o segredo do SUS, pra dar certo, tem que investir em apoio, sabe? Precisa dialogar a teoria com a prática, e você só vai conseguir fazer isso estando lá na realidade e criando espaço em que as pessoas possam falar, né? É muito diferente quando você tem alguém da gestão que está do seu lado e aí você sente outra vontade, energia de fazer as coisas. É isso, eu não consigo fazer apoio.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

“Se eu quisesse só chegar, bater ponto e sair, era uma coisa, né? Porque, talvez, até a palavra “supervisor”, “supervisionar”. [...] Eu não tenho poder. [...] Acho que o melhor termo é apoio. Apoiador. É, um facilitador. Porque o que eu estou fazendo é, simplesmente, facilitando. Já que eu tenho uma compreensão boa da atenção primária, da situação da saúde no Brasil. Eu tenho uma compreensão do que é trabalhar no PSF.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes)

As nuances da forma de fazer supervisão aparecem aqui entre ser um apoiador, facilitador ou “polícia”, fiscal. Como apoiador ela mostra-se interessada em construir com os outros médicos a partir da sua experiência na APS, núcleo de conhecimento, interesses, visão de mundo e nesse movimento produzir processos de escuta, de análise, de construção, definição de tarefas, responsabilização^{42,66}.

Enquanto o ser supervisor no outro pólo pode ser revestido de verticalidade, funcionando como um “super-olhar”, uma “cabeça pensante” vinda do exterior, sem envolvimento com o cotidiano dos serviços, sem produção de mudanças⁴².

“Começou muito como supervisão, né? Fiscalização. [...] E, no processo, essa visão foi mudando de fiscalizador pra apoiador. Pelos meios institucionais mesmo, até por um direcionamento muito mais da minha antiga tutora. Que não se atesse mais tanto à questão de fiscalização, que o perfil do supervisor estaria muito mais direcionado para apoio. [...] Mas é muito complicado você lidar com esse profissional. Você chega e ele lhe dá atenção, mas você sabe que ele não tá nem aí. Aí eu acabo cobrando mais, fiscalizando.” (Grupo 1, nº 7, Salete)

É porque assim, supervisionar [...] a gente ouve supervisionar e já fica estressado. Você pensa: "poxa, vai ver meu trabalho, vai ver como é que estou no trabalho, se estou atendendo, se estou cumprindo carga horária, tudo isso. [...] Ele também faz isso. Mas ele é sempre disponível e pergunta sobre demandas e sempre conversa com o gerente." (Grupo 2, nº 13, Dulcina)

"Quando eu preciso de uma coisa mais específica, pra mim ou pra enfermeira ela também traz. E todas as entrevistas, todas as reuniões, a enfermeira também participa pelo menos uma parte. Às vezes inclusive ela conversava com a enfermeira sozinha, com a equipe, acho que para saber das minhas atitudes e atendimentos." (Grupo 2, nº 10, Cíntia)

"Supervisor dá a ideia de polícia. E nem se eu fosse polícia, eu não iria conseguir policiar vinte horas no mês. Não é tempo suficiente pra policiar. Nem gestão, nem médico, nem equipe. E além do mais, caso eu queira mudar alguma coisa, porque tem coisa que, sim, seria bom mudar, você não consegue entrar como alguém de fora e mudar." (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes).

Um apoiador deve ter inserção no cotidiano dos espaços de produção de saúde e, em conjunto com trabalhadores e usuários, construir novos e trazer olhares distintos que permitam abalar as verdades instituídas e contribuir para mudanças nos modos de pensar e agir. Ao invés de impor essas questões, coloca-as em debate para que o grupo exerça a cogestão⁴⁰.

"A gente chegou na reunião e eles demandaram que eu convencesse a equipe de que precisava do acolhimento. Eu já tinha convencido eles de que o acolhimento era interessante, mas eles não se sentiram à vontade de propor isso para a equipe, porque era uma equipe mais antiga, que já tinha vivido alguns processos parecidos com acolhimento, mas não eram, de fato, acolhimento. Era, na verdade, uma triagem e eles demandavam muito de mim que eu apresentasse os pontos positivos do acolhimento, assim como eu apresentei pra eles, na reunião da equipe. Foi interessante essa reunião de equipe, mas eu senti que eles eram pouco produtivos na reunião." (Grupo 1, nº 6, Lair)

A tutela outorgada pela supervisora, neste caso, pode ter possibilidade produtiva, mesmo que, a priori, a sensação tenha sido diferente. A produção de autonomia pode ser decorrente deste processo relacional como uma relação tutelar libertadora visando à produção do cuidado⁷⁰.

O objetivo deste apoio, o qual não necessariamente só deva ocorrer em reuniões, seria pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas, estimulando-se espaços de reflexão⁶⁶. Compreendendo as mudanças como processos longitudinais, a proposta é instituir processos facilitadores, com troca de opiniões, para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários⁷³. Construindo assim, uma supervisão que se aproxime da função apoio e amplie as possibilidades de realizar-se clínica ampliada, uma "supervisão ampliada".

7.1.2. FRAGILIDADES

7.1.2.1. *Entraves ao processo de supervisão: do formato à organização*

Vamos aqui analisar algumas questões referentes ao formato da supervisão, à organização local do processo. Em relação ao formato, o que foi mais apontado pelos entrevistados foi em relação à frequência das visitas e a sua consequente efetividade. Apesar de evidenciarmos algumas contribuições da supervisão no cuidado integral que os médicos ofertam nos programas de provimento, a maioria dos entrevistados relatou o processo de supervisão como pontual. Acreditam que existe uma potencialidade, entretanto com um certo limite na influência sobre as práticas.

“Me inquieta um pouquinho aquilo de, nem sei se é papel do supervisor, de ser responsável por aquela conduta médica, por exemplo. Mas muitas vezes a gente observa coisas que acontecem pelo fato de o médico não ter experiência E a supervisão por ser pontual, não muda tanto o processo de trabalho, ou melhora a conduta, porque é uma vez no mês. Como vou ser responsável pela conduta do médico nos outros dias? [...] E espero que não seja minha função, porque não tem como!” (Grupo 1, nº 5, Carmensita)

“Tinha muita gente que falava: “Não, a gente vai pra lá pra ficar em cima pra ver se eles estão agindo corretamente, cumprindo carga horária. Se eles estão fazendo medicina baseada em evidências ou medicina correta, se eles estão usando o melhor tratamento.” Na verdade, eu acho que a gente nem consegue controlar isso. Porque eu não consigo estar com eles. Se eles fizerem uma consulta comigo, por exemplo, não quer dizer que eles irão repetir.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes)

Apesar de, como referido anteriormente, a supervisão ter por responsabilidade o “fortalecimento da política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço”, alguns depoimentos colocam em dúvida o alcance deste objetivo colocado pelo Ministério da Educação¹⁴.

Considerando que a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa e produção de sentidos de forma reflexiva sobre as práticas reais para transformação das práticas profissionais, nos faz crer que o formato da supervisão no PMMB tem limitadores⁷⁴. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, através da análise da realidade, para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e baseada no envolvimento dos diversos atores⁷⁴. Tal investimento de tempo e disponibilidade para o aprofundamento destas questões nos parece não integrar, essencialmente, o escopo da prática da supervisão, mesmo que se tenha intencionalidade de contribuir com a situação.

“É algo mais pontual. Porque é uma visita rápida, que acontece uma vez por mês e ainda teve a troca de supervisores agora. Então é assim, é alguém que tá comigo, mas é alguém que tá lá. Eu adorei meus supervisores, mas não é algo tão presente como semanalmente que ajude nos problemas dessa semana. Porque no PSF o problema não dura um mês, em um mês ou você resolve ou problema se resolve. Bom mesmo seria um preceptor ou que a supervisão fosse semanal.” (Grupo 2, nº 12, Dorival)

“A gente pensava já parecido e a gente pôde construir coisas, as bases foram constituídas. Mas para construir coisas mais além fica um pouquinho prejudicado por falta de tempo mesmo, porque é 1 ano né? Demanda mais tempo, podíamos a partir dali construir coisas maiores.” (Grupo 2, nº 10, Cíntia)

Ambos os médicos deixam evidências da necessidade de ter mais interação e acompanhamento mais cotidiano das práticas, como uma preceptoria. O que não cabe no formato da supervisão do PMM, mas aumentaria assim as possibilidades de observação das necessidades, dificuldades e fragilidades no processo prático da aprendizagem. Mesmo sendo mais voltado para a prática clínica e desenvolvimento de habilidades para tal prática, leva em consideração situações reais no próprio ambiente de trabalho⁷⁵. Assim, seria fundamental o papel do preceptor-supervisor nessa produção e na reflexão sobre os processos vividos em ato, garantindo momentos de conversa e troca e não de desencontros⁷⁶.

Se a supervisão do PMMB deseja seguir as prerrogativas da educação permanente, deve-se considerar que as demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização do médico. Pois é, prioritariamente, a partir da problematização do que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em equipe que são identificadas as necessidades de qualificação⁷⁴.

“Eu não sei até que ponto o supervisor indo lá uma vez ao mês, fazendo consulta conjunta com o médico, pode apoiar. Eu não consigo fazer apoio. Você tem que estar muito presente pra fazer apoio, sabe? E é muito nesse sentido, deveríamos conseguir, mas o “time” de ir apenas uma vez no mês impede de construir várias coisas legais.” (Grupo 1, nº 3, Maria Sebastiana)

“Uma coisa que eu acho ruim da supervisão, nesse aspecto de supervisão pedagógica para os médicos, é a gente perder essa possibilidade de criar espaços de diálogo intermediando os profissionais de uma equipe. Então eu tensionei bastante para que fossem chamados enfermeiros e enfermeiras para essa discussão de puericultura. E foi pensado, pela tutoria, que seria ruim tirar os dois profissionais da unidade no mesmo momento. Reiterando essa divisão de núcleo de conhecimento sem apostar na discussão de campo. Mas nunca aconteceu, a gestão nunca liberou, entendeu? E eu achei que na loco regional poderia ter mais força, mas isso não aconteceu também. A ideia não foi comprada.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

A discussão e aplicação dos conceitos de Núcleo e Campo de responsabilidade dos profissionais que integram as equipes de saúde da família deveria fazer parte das ferramentas para a supervisão, como um dispositivo útil para analisar o trabalho em equipe. A cogestão do Campo e Núcleo é uma forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente, a circulação de saber dentro de uma equipe a fim de que ocorra a produção de sentido para o Coletivo⁶⁶. Mas, como exposto, a tentativa de introdução de outros atores – enfermeiras das equipes - no processo de supervisão foi barrada, exatamente, pela tutoria.

Esta interdição realizada pela tutoria, de uma estratégia potente para o fortalecimento do processo de trabalho, é colocada como mais um entrave à qualificação da supervisão do PMM, na Bahia. A orientação sobre o processo de supervisão é falha, como expõe esta supervisora: “A supervisão do Mais Médicos é ‘Faça do jeito que você quiser’”. Sendo importante frisar que os entrevistados referindo-se ao PMM não estão incluindo o PROVAB, já que os programas funcionam de formas individuais, na Bahia, como colocado anteriormente.

“É muita falta de estar perto do supervisor. Não acho que as pessoas fazem assim porque ‘mangueam’, não, porque bagunçam. Na verdade é muita falta de orientação. Os supervisores da minha região, mesmo, os outros dois que eu conheço são pessoas super legais, que visitam os médicos todos os meses, eu sei que visitam.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

“O meu processo de trabalho como supervisora foi aprendido muito na prática, eu acho que até hoje eu erro[...]” (Grupo 1, nº 7, Salete)

“Eu não recebi orientação nenhuma de como fazer. Tinha um roteiro, né, mas, assim, pouco apoio do tutor, pouca orientação. Para a última loco regional a orientação era que “façam”. Muito solto assim, sabe? Então, do mesmo jeito que o outro supervisor fez a supervisão pelo telefone, eu podia fazer a supervisão pelo telefone e ninguém iria saber.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

Como discorrido na sessão “O cenário do PMMB na Bahia”, o PROVAB possuía um manual, no qual apresentava a educação permanente como um princípio norteador através da problematização da prática cotidiana impulsionadora da reflexão. Neste manual eram apresentados os princípios, requisitos, funções e atribuições dos supervisores, além de orientações gerais para a supervisão³⁵. Diferentemente, o PMM não concluiu o seu manual e, conseqüentemente, dúvidas e ruídos quanto ao fazer da supervisão eram constantes.

“A supervisão não tem um alinhamento. É muito complicado porque cada tutor tem um direcionamento, alguns que chegam um pouco mais próximos do supervisor, outros que deixam o supervisor definir qual a sua área de atuação na supervisão. Isso acaba dando essa diversidade de ações.” (Grupo 1, nº 7, Salete)

“Não tive nenhum tipo de acolhimento da supervisão pra explicar a função, nunca! Para apresentar as pessoas, as referências descentralizadas, conhecer os outros supervisores e falar como é que vai fazer a visita. Descobri no processo de trabalho. No início a gente tinha uma dificuldade que era ter uma identificação, porque eu chegava lá e dizia “Eu sou supervisora.” E simplesmente, ninguém sabia que você iria chegar e quem era você. Os supervisores só recebiam os nomes dos médicos e os municípios que eles estavam, nem o celular, nem o nome do gestor. Eu imprimi a portaria de publicação do meu nome como supervisora e levei o e-mail do tutor, na época, com os nomes dos profissionais, no intuito de serem documentos de apresentação da supervisão.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes).

Neste mesmo “Manual do Supervisor”³⁵, ficava claro como requisito a capacidade negociação, articulação e de mediar grupos e como atribuição: “realizar visita *in loco* e conhecer o município, *respectiva gestão* e a USF de atuação dos profissionais”. O PROVAB Bahia reiterou, assim, que “o trabalho da supervisão deve ser baseado tanto na dimensão técnico/pedagógica quanto gerencial/administrativa, considerando como um espaço de qualificação da prática e educação permanente do médico do programa e da sua equipe.” O que, pelo relato destas supervisoras abaixo, parecia não ser uma prática estabelecida no PMM Bahia.

“Eu falei assim: “É porque eu passo na gestão, demoro lá, no mínimo, 1 hora e meia, passo na secretaria.” “Você vai fazer o que na secretaria?”. Eu falo: “Conversar sobre as coisas”. E aí... “Não, isso não é papel seu. [...] Eu fico vendo, assim, nas reuniões locorregionais, tem muito médico bizarro e mais supervisor bizarro ainda. No PROVAB, era compreendido que era sua função, tanto por você como supervisora, quanto pela coordenação estadual do programa.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

“Mediava conflitos como supervisora, só que agora, com o Mais Médicos, eu cheguei nessa reunião locorregional, e quando eu falei sobre essa relação de mediação com a gestão, não só a tutora, como todos os outros supervisores falaram: “Isso não vai acontecer, você não vai fazer isso. Você tem como responsabilidade a supervisão pedagógica dos médicos, tem que jogar isso para o Ministério da Saúde e a referência descentralizada responsável.” Em uníssono, afirmaram.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

A aproximação da gestão apresentava-se como uma necessidade para estimular a construção de espaços de cogestão, análise, reconhecer as relações de poder, afeto, compromisso com valores⁷⁷. Mas neste caso a não compreensão da supervisora a respeito desta estratégia potente, contribuiu para uma ruptura da possibilidade de estabelecer novos compromissos.

“Ela não podia ir na sede porque eu trabalho num povoado que é a 35 quilômetros da estrada. Isso ocorria por questões de logística, ela tinha várias outras cidades para supervisionar, ficava puxado pra ela e saía muito do caminho dela. Foi mais ou menos isso que ela me explicou. Acabou que nunca, de fato, ela conheceu a gestão. No final das contas, gerou uma crise. E a gestão veio aqui pro povoado, onde é meu posto de Saúde, minha

Unidade pra encontrar com ela, só que aí, no dia que vieram, eles chegaram muito tarde e ela já tinha ido embora, já que a minha era primeira cidade do dia. E isso acabou que virou um impasse porque a gestão achava que ela deveria ir lá e ela achando que a gestão que deveria vim.” (Grupo 2, nº 10, Cíntia)

O estudo de Lima *et al*⁷⁸ que objetiva identificar os fundamentos que conduzem a tutoria acadêmica em Santa Catarina mostra algumas contradições entre perfis de tutores e “modos de fazer” tutoria. Concordando com ele que refere que a produção de um *ethos* do grupo de tutoria, formando um balizamento pedagógico, uma identidade, em prol da construção coletiva seria essencial para a qualificação do Projeto, esta médica relata sua experiência com supervisores de ambos os programas.

“Eu acho que o programa Mais Médicos não é tão cobrado quanto o Provab. A supervisão do Provab, por exemplo. Primeiro por que o provabiano em sua maioria chega recém formado, e com insegurança e a supervisão acaba sendo um suporte que você tem. No Mais Médicos você já adquiriu mais experiência, perdeu mais aquele receio, você tá mais seguro. Digamos que a demanda existe mas a supervisora não cobra, aí gente fica mais solto. Porque a gente é menos cobrado do que no Provab.” (Grupo 2, nº 9, Andréia)

Outra grave questão que apareceu nas entrevistas, ainda sobre a organização e acompanhamento dos supervisores e suas respectivas visitas in loco, foi o descumprimento de regras e atribuições. Vejamos abaixo algumas situações emblemáticas e vexatórias realizadas por alguns supervisores e descortinadas por esta pesquisa.

“Todos os médicos que eu supervisiono estão no mínimo há dois anos no município. Eles não tinham supervisor. Eu comecei a supervisionar em março, então eles estão há um ano e meio sem supervisão, os quatro médicos do município X. Os do município Y, todos tinham supervisores. Todos. E aí, foi engraçado porque o supervisor tinha mês que não ia encontrar com eles, ligava. E tinha mês que encontrava com eles, todos juntos. Então, na maioria das vezes, ele não ia nas unidades visitar.” (Grupo 1, nº 1, Sandra)

“Ela não veio no segundo mês, ela mandou uma pessoa, acho que a secretária que veio e pegou os dados. Quando foi na terceira visita, ela me avisou pelo Whatsapp perguntando qual dia que eu estaria na Unidade e até falou queria ir no horário de almoço e eu falei: “Não! Horário de almoço da gente é pra gente almoçar!”[...]ela apareceu e eu tava aqui, e foi quando eu a conheci pessoalmente e foi uma visita totalmente diferente das visitas do PROVAB, que a gente estava acostumada...” (Grupo 2, nº 9, Andréia)

“Em 34 meses que estou no programa eu só tive 7 visitas do meu supervisor, sendo que 3 destas ocorreram no meu domicílio, cerca de 5 a 10 min. As visitas que ocorreram na USF duraram no máximo 30 min. Era uma pessoa que eu não tinha contato nenhum, alguém com quem eu não podia contar. Isso é uma coisa muito séria, meu supervisor não trabalhava!” (Grupo 2, nº 14, Serafim)

Estas situações, apesar de poderem não ser corriqueiras e sim exceções, levam a uma descrença e descrédito grandes do programa. Desta forma, a valorização dos espaços coletivos horizontais de escuta, análise e avaliação precisa ser premissa da estrutura da tutoria e supervisão acadêmica do PMM. Caso contrário, existirão, ainda, supervisores realizando uma “supervisão degradada”.

7.1.2.2 Importância da experiência em APS para a qualidade da prática supervisora: “a cabeça pensa onde os pés pisam”

Segundo o Manual da supervisão do PROVAB³⁵ as atividades de supervisão devem ser realizadas por profissionais com experiência clínica e em saúde coletiva na Atenção Básica e que, preferencialmente, atuem como médicos de família e comunidade vinculados aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A sua função^{13,14} está relacionada ao fortalecimento da educação permanente dos profissionais, através da integração ensino-serviço, da formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e articulação dos eixos educacionais do PMM. O que não é exposto na Lei do Mais Médicos³¹, tão explicitamente, apenas que deve ser um profissional médico. Algumas passagens abaixo evidenciam contradições nas formações e atuações de supervisores pelos entrevistados.

“Eu já vi supervisões muito sérias e supervisores que não sabem o que estão fazendo. Vejo nas locorregionais alguns supervisores que fazem um trabalho bem feito, eu acredito que tem gente que tá aí pra contribuir com o programa. Mas tem gente que caiu de paraquedas, que viu a incrível oportunidade de fazer uma visita mensal e ganhar quatro mil reais por mês” (Grupo 2, nº 14, Serafim)

“Na locorregional dos Mais Médicos, foi meio impactante ver os supervisores e perceber que só eu sou médica de família e comunidade entre os supervisores. Os outros são psiquiatras, dermatologistas, ginecologistas, obstetras [...]” (Grupo 1, nº 6, Lair)

O inciso 3º do artigo 1º da portaria 585¹⁴, que dispõe sobre a supervisão no âmbito do PMMB, afirma que é competência dos supervisores “singularizar a vivência dos médicos participantes do projeto, ofertando suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento de ações da Atenção Básica”. Entretanto, temos aqui um novo entrave evidenciado. Estariam os supervisores preparados para tal feito? Considerando o conceito ampliado de saúde como uma dessas competências, de Lima *et al.*⁷⁸ questiona: estariam preparados para

trabalha-lo no processo de supervisão dos médicos inseridos na atenção básica pelo Projeto? Eles têm formação para esta empreitada?

“Ela não tinha vivência, notadamente ela não sabia o que fazer. Sabe aquelas pessoas que tipo assim: "poxa, abriu vaga pra supervisão! Tipo: "tal valor, legal! Eu vou fazer isso!" Ela reproduz o que eu vejo a classe médica reproduz, esse pensamento que se baseia unicamente em normas, em protocolos, em formas. Que tipo, qualquer um que desvia disso, é um médico que num sabe de nada”. (Grupo 2, nº 12, Dorival)

“Eu acho que falta, talvez, conhecimento prévio dos supervisores de ferramentas da atenção básica pra conseguir usar elas no diálogo da supervisão. Porque, tipo, você diz que vai fazer uma consulta junto. O objetivo ali não é só que ele passe a medicação certa, e nem que encaminhe correto, mas é ajudar os profissionais a usar instrumentos. Então, fazer uma visita e, às vezes explicar, sugerir um PTS, sugerir um genograma ou um diálogo com o NASF.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

A defesa aqui não é que todos os supervisores sejam médicos de família e comunidade, mas sim que tenham experiência com a prática em APS. O que acabou sendo prejudicado já que a formação médica no Brasil, historicamente, centrou-se num modelo hegemônico com especialização precoce. O que vem se transformando com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)²⁵ para cursos de medicina em 2014, a qual preconiza obrigatoriedade de estágio na Atenção Básica. Dessa forma, as vivências comporiam melhor as experiências na APS, para a prática de supervisão.

“Acho que o que a gente tá vendo de supervisão é uma galera que trabalha em emergência, uma galera que trabalha no sistema privado, que é super especialista, sabe? E que não tá com o coração aberto pra se aproximar de ferramentas da saúde da família. Então você tem que ficar, às vezes, nas locorregionais, discutindo com supervisor, e não com o médico.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

“Eu meio que trouxe, na verdade, do estágio de PSF (o rodízio de PSF que a gente fez lá) [...] é meio que é o que mais me ajuda assim na prática [...] o que eu trouxe dali, aquilo ali que a gente construiu foi o que eu trouxe pra cá [...] Uma formação mais consistente sobre a Atenção Básica me apoia mais do que a supervisão.” (Grupo 2, nº 12, Dorival)

A MFC⁷⁹ tem como princípios fundamentos que dialogam com os atributos da APS, contemplados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). O médico de família tem a APS como campo de atuação e por competência deve, a partir de um primeiro contato, produzir o cuidado em saúde centrado⁸⁰ na pessoa considerando longitudinalidade⁸¹, integralidade e coordenação do cuidado. A ESF tem a premissa de oferecer atenção à saúde centrada na família, entendida e

percebida a partir de seu contexto familiar e comunitário, em equipe.

“Quando eu falava com os supervisores pra discutir medicina centrada na pessoa, porque os médicos precisavam melhorar a consulta, eles ficavam voando. Primeiro, ninguém da minha região é médico de família, e isso é muito ruim, porque, imagine: um é endócrino, a outra é pediatra, e tem outro que trabalha com saúde da família que é mais” ligado”. Mas, mesmo assim, quer fazer uma especialização pra trabalhar com outra coisa. [...] Então isso é muito ruim porque as coisas básicas do cotidiano do trabalho da equipe eles não discutem.” (Grupo 1, nº1, Sandra)

“Às vezes os supervisores falam, ou então os médicos que já foram supervisionados por outras pessoas falam que os supervisores antigos acompanhavam consulta, mas não tinham uma interação com a equipe inteira, não conheciam a enfermeira, por exemplo” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Como supervisor-apoiador é necessário romper a estrutura tradicional e não reforçar isolamento profissional, hegemonia do poder médico e fragmentação das práticas. Incentivando assim, a não redução do campo de responsabilidade ao núcleo de saberes restrito ao médico⁷². A atuação deve contrapor esta hierarquia e se colocar como apoiador da USF na qual o médico está inserido, de um médico que trabalha na APS, logo que trabalha em equipe.

“Uma das supervisões que me davam mais trabalho era desse município pequeno. Todo mundo entendia aquilo ali como ambulatório. Dava mais trabalho, porque eu tinha que ir preparada, munida de instrumentos pra gestão [...] munida de reforço positivo pra médica, que tava muito desmotivada com aquele processo que estava acontecendo, e munida de paciência pra equipe, porque toda a visita era conversar com a gestão, ter um momento com a médica, e ter um momento maior com a equipe. E isso levava tempo e requeria que eu soubesse um pouco do que eu estava falando, né?” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Podemos dizer que a caixa de ferramentas desta supervisora contém um conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde. E que quanto maior a composição, maior a possibilidade de se compreender o problema enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo⁴⁵. Não perdendo de vista que na composição constante desta caixa sempre há um trabalho *coletivo*⁸², embasado em um conhecimento acumulado, que se constrói no cotidiano do trabalho em saúde, a partir de um saber experiencial dos profissionais. Saber este produzido em ato, a partir da relação com outros profissionais de saúde, sendo os trabalhadores protagonistas do processo de educação permanente.

É então um profissional, com esta experiência, que possuíra ou adquirirá arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos necessários para atuar como supervisor de um outro profissional inserido na APS⁸¹. E como diria Frei Betto: “A cabeça pensa onde os pés

pisam”^{*}.

“Ela estimulava muito a questão de promoção e prevenção, de atividades educacionais, de atividades coletivas. [...] Eu acho que reflete, talvez, a experiência que esses médicos têm com o SUS, com a assistência, com a Atenção Primária né? Porque a minha supervisora, por mais que não fosse mestre dessa área, nem tivesse especialização nessa área, ela tinha experiência de trabalho! [...] na Atenção Primária, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade [...] então eu acho que faz muita diferença.” (Grupo 2, nº 10, Cíntia)

“Eu não sabia nem o que era acolhimento quando eu comecei na atenção primária, mas eu estudei muito. Lá eu implantei, e eu fiquei, assim, apaixonada. Meu projeto de intervenção foi o acolhimento eu consegui implantar [...] Então, a minha experiência [como médica] no programa, mesmo sem supervisão [...] trouxe isso pra hoje, como supervisora. [...] Eu acho que eu tô aprendendo a ser. Tô tentando entender o papel. acho que tem que ter todos esses aspectos de detectar os problemas, de dar apoio ao médico, e essa parte acadêmica também...” (Grupo 1, nº 5, Carmensita)

“Eu tenho uma compreensão do que é trabalhar no PSF, tanto é que eu não seria tão boa [...] Não que eu seja, assim, incrível, mas, assim, eu não seria uma facilitadora da qualidade que eu sou, se eu também não trabalhasse no PSF.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes)

A experiência na APS é colocada como fator central na prática de supervisão. Os saberes⁸² da experiência, a forma como se lida/lidou com todas as dificuldades e surpresas que do trabalho, partindo da vivência e aprendizado do cotidiano, sendo autor e produtor do conhecimento na medida em que se deparou com a realidade, sendo desafiado a produzir respostas e soluções a problemas do cotidiano do seu trabalho, inevitavelmente contribuem para qualificar o apoio aos médicos do PMM. Aposta-se na possibilidade de o supervisor utilizar o conhecimento produzido na experiência como estratégia pedagógica de ensino/aprendizagem durante o processo de supervisão.

“É, assim, eu acho que, no início do programa, ninguém sabia muito bem o que estava fazendo. Tem gente lá dentro que nunca atendeu em atenção primária. Eu acho que tem gente que nunca trabalhou na APS. Não sabe a realidade. E aí, não tinha nada muito claro sobre o que era pra fazer. [...] Ser médica de família tem um diferencial.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes)

“Ser médica de família tem todo o diferencial. Eu não sei como é possível, você, uma pessoa que não tem nada a ver com aquilo ali, vai fazer uma supervisão. [...] Então na última visita houve discussão de puericultura. E aí, no fim, uma supervisora falou: “Como é que você vai fazer uma consulta e não vai pedir exames? Vai fazer o quê?”. [...] Como é que a gente quer que os médicos mudem a postura se a própria supervisora tem essa visão?” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

^{*} Frei Betto, escritor, em: <http://www.freibetto.org/index.php/artigos/14-artigos/36-marti-e-a-revolucao-cubana>.

Algumas pistas são produzidas de que para além da formação específica em MFC e/ou experiência na APS, o importante seria estar aberto aos encontros. Segundo o estudo de Lima *et al.*⁷⁸, “o modo de” fazer tutoria (e porque não dizer da supervisão) estaria sendo gerado pelas relações entre supervisores e médicos e a análise das forças produtivas. O trabalho em saúde acontece, é fabricado, a partir de encontros e fazeres, construindo de novos perfis dos profissionais de saúde no Brasil⁷⁶.

Corroborando com a idéia, fazendo um paralelo ao que Feuerwerker⁷⁶ fala sobre o processo de preceptoria, seria investir num aprendizado em ato, pelo trabalho, ao vivo, no fortalecimento da sua própria educação permanente e gerando reflexão sobre os processos vividos e análise da atividade de apoio. Fazendo uma referência a esta colocação podemos dizer que o próprio processo de supervisão do PMM acaba por construir a forma de supervisionar “em ato”.

“Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “exposição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.”⁸³

Outro ponto que apareceu nas entrevistas, ainda sobre a referida necessidade de perfil, foi a diferença de formação entre os supervisores e tutores do PMM e PROVAB na Bahia. Conforme colocado em sessão anterior, o PROVAB possuía um barema para selecionar os supervisores e tinha médicos com experiência em APS como coordenação descentralizada.

“Conversando com outras supervisoras do Mais Médicos sobre a tutoria percebi que tem lugares que essa tutoria não é muito parceira e com perfil. A tutoria é indicação da universidade e às vezes você tem na mesma universidade uma pessoa que tem uma formação em saúde coletiva, em saúde da família com muito mais ferramentas para estar nesse espaço de tutoria. [...] Aí você vê um especialista neurocirurgião, neurologista, cardiologista.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

“As escolhas dos supervisores na Bahia ocorrem de formas diferentes no PROVAB e no “Mais Médicos”. No PROVAB eu via a coordenação descentralizada e você entendia porque a pessoa estava ali. Está ali porque tem formação, trabalha, tá articulando as coisas, e no “Mais Médicos”, eu olho assim, às vezes, o nome da pessoa e não entendo, quando você vai conversar com os supervisores vinculados a esses tutores e tutoras confirmam essas impressões. [...] É isso, me parece que tem muita indicação política, que é menos aberto esse processo de definição da tutoria, e mesmo da supervisão.” Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

7.2 DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO

7.2.1 RELATÓRIOS

Variações entre trabalho morto e indução de visita: “Menos relatórios, mais encontros”.

Os dois programas, PROVAB e Mais Médicos, têm relatórios de supervisão específicos a fim de registrar o trabalho desenvolvido por cada supervisor. Estes formulários eletrônicos ficam disponíveis numa plataforma *online* da UNASUS, denominada “Web Portfólio Mais Médicos”. Através destes relatórios, os supervisores registram atividades realizadas que podem variar entre visitas e reuniões.

O primeiro dos relatórios, o chamado “RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO” é preenchido, uma única vez, após a primeira visita presencial do supervisor à USF, local de atuação do médico participante do programa. Esta visita tem com a finalidade “coletar dados para o diagnóstico das condições de trabalho, das necessidades de saúde da população, das necessidades de ação de educação permanente e/ou das necessidades de desenvolvimento de competências desse profissional”⁸⁵.

O extenso relatório (ANEXO VII) versa sobre adequabilidade, ou não, da estrutura da unidade (questionando de luminosidade, acústica, ventilação a ambientes, salas, consultórios e até organização dos prontuários), disponibilidade de medicamentos, materiais e recursos da unidade. Questiona ainda sobre processo de trabalho, atividades de trabalho em equipe como reunião de equipe, visita domiciliar, acolhimento, educação em saúde, imunizações, ações de assistência. O supervisor deve ainda indagar o médico sobre a rede saúde disponível e identificar temas, queixas frequentes para educação permanente. Além de buscar quais recursos pedagógicos, entre os disponibilizados pelo programa que o médico já utiliza ou tem interesse.

“Esse questionário só atrapalha. A primeira visita é aquela que você menos apreende, na realidade, porque você fica vendo se o teto tá bom, se tá ventilado, se isso, se aquilo... Aquelas perguntas sobre o que tá faltando, o que tá adequado, a quantidade adequada, a qualidade inadequada [...] Aquilo ali eu tô respondendo, na mesma Unidade, há três anos e continua sem nenhuma mudança.” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

“É um questionário mais de diagnóstico, mas que não muda nada, né? Não tem fluxo. Não é usado. E aí agora, esse ano, no Mais Médicos, todo mundo: de novo isso daí?!” Aquilo ali eu tô respondendo, na mesma Unidade, há três anos e continua [...] Não tem nenhuma mudança. [...] talvez o Ministério da Saúde tivesse governabilidade para impor alguns marcos. Estar sem balança há três anos, então a gente vai cortar isso daqui...” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

A supervisora relata que mesmo depois de um ano, quando a médica migrou do PROVAB para o PMM, nada apontado no primeiro relatório mudou. As questões apontadas pela médica como inadequadas referentes à estrutura e insumos não foram resolvidas. A mesma ainda tenta colocar um valor de uso do relatório para que o MS tenha alguma interferência e tentativa de resolução de alguns entraves.

Os questionários entre os programas têm pequenas diferenças entre eles, porém com os mesmos nomes. Além do de primeira visita temos: “RELATÓRIO DE SUPERVISÃO PERIÓDICA: VISITA DE SUPERVISÃO IN LOCO”⁸⁶, “RELATÓRIO DO ENCONTRO DE SUPERVISÃO LOCORREGIONAL”⁸⁷ e “RELATÓRIO DE SUPERVISÃO PERIÓDICA: ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL”⁸⁸. Este último facultado apenas para supervisores que acompanham os médicos participantes que atuam em Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e no Grupo Especial de Supervisão (GES). Este “acompanhamento longitudinal”⁸⁷ pode ser mediado e acompanhado por meio de e-mail, telefone ou webconferência e caracteriza-se por discussão pertinente entre supervisor/tutor.

Juntamente ao Relatório de Supervisão Periódica: Visita de Supervisão *in loco*⁸⁶, está previsto na Portaria 585/2015¹⁴, § 9, Art. 1º. Este é o formulário destinado às atividades de supervisão subsequentes, realizadas após a primeira visita ao local de atuação do médico participante, e deve ser preenchido mensalmente, conforme mês de referência, considerando a supervisão presencial *in loco*. Esse relatório deve ser usado durante as atividades de supervisão para todos os médicos participantes, inclusive DSEI.

Constam neles (ANEXOS VII e IX), de forma geral - tanto no do PROVAB, quanto no do PMM - questões sobre cumprimento de carga horária, situações de absenteísmo, temáticas discutidas durante a visita e metodologia utilizada, ofertas educacionais utilizadas e planejamento da supervisão do mês seguinte.

“[a visita] era mais centrada na forma como eu trabalhava, na forma como eu utilizava os recursos do SUS, o que eu fazia [...] como fazia, o tipo de recurso que eu utilizava, usava da Medicina Baseada em Evidência [...] como era a questão de referência e contra referência [...] o material que eu tinha disponível, o que eu utilizava e o que eu não utilizava.” (Grupo 2, nº 12, Dorival)

“Na realidade, pra mim, o relatório ele é só um guia [...] Eu nem utilizo muito o modelo do relatório, ele só é um modelo pra eu colocar isso no sistema [...] no meu dia a dia, eu não uso o relatório. A conversa [com o médico] é muito mais informal do que tão mecânica.” (Grupo 1, nº 7, Salete)

“Esse excesso de informação dura, atrapalha o desenvolvimento de outras informações mais produtivas. O tempo que a gente passa preenchendo aquele relatório poderia estar encontrando as pessoas. [...] Menos relatórios, mais encontros! Eu sei que a gente precisa de um instrumento, mas...” (Grupo 1, nº2, Maria Aparecida)

Quando a supervisora fala “Menos relatórios, mais encontros!” Refere-se que no momento em que está acontecendo o ato produtivo, pode haver produção de encontros de múltiplas ordens. Muitos destes, imprevisíveis e podendo criar desafios para o agir em ato, para o trabalho vivo⁸⁴, para o novo, realizado e consumido no mesmo momento.

Ao contrário, o trabalho morto⁶⁹ são instrumentos, máquinas e possuem esse nome porque sobre eles já se aplicou determinado trabalho anterior. Trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função. No trabalho morto, o processo de trabalho é pré-programado, sob o comando dos instrumentos, age como se ele fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador (supervisor) àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, pelo protocolo, pelo formulário.

[...] “eles iam para as supervisões com a ficha do mês e ficavam fazendo preenchimento, sabe? E tanto que, nessa última locorregional, um deles disse assim: “Eu não sei mais o que fazer na supervisão, então vamos tirar um tema...” Porque, depois de dois anos, só preencher papel... não dá mais.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

“[...]o que eu percebo assim é que ele é muito “o **entrevistador**”, ou alguém que está ali fazendo check list [...] eu acho que a supervisão poderia ser também bem mais íntima, mais próxima de quem está sendo supervisionado né? (Grupo 2, nº 8, Rebento)

“Eu vejo como potente, a supervisão. Só que eu acho que precisa de um esforço, mesmo, do supervisor, pra que aquele momento seja, de fato, produtivo, senão pode ser só preenchimento de papel.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

A normatividade, assim, se antepõe ao trabalhador⁸⁴ (supervisor, no caso) no momento do ato produtivo. Abre-se então a possibilidade de o mundo do trabalho configurar-se como um lugar de captura de ações produtivas do trabalhador.

“...pelo que eu vejo aqui supervisão é só pra ver se você está alcançando metas! [...] “e aí o projeto de intervenção já foi iniciado?”[...] não necessariamente pra pensar sobre o nosso papel naquele contexto daquela comunidade [...] Num vejo. Eu vejo mais assim, observar as metas que foram conseguidas, que não foram...” (Grupo 2, nº 8, Rebento)

Lima *et al*⁷⁸, no referido estudo, também apresenta uma análise polarizada entre priorização da racionalidade instrumental e da racionalidade orientada por valor. Afirma que

enquanto alguns tutores acham vantajosa “sistematizar a visita” através de um instrumento, outros afirmam que “mata a criatividade do supervisor”.

O relatório do PMM contém, especificamente, outros pontos como o contato do responsável pela unidade, se o supervisor realizou contato prévio com médico e gestão, se teve participação de equipe ou gestor, se o médico teve dificuldades. Outra sessão específica é em relação ao suporte da gestão municipal ao médico e ao processo de supervisão e outra que diz respeito a “ocorrências”. Estas podem incluir exemplos de boas práticas ou descumprimento das diretrizes do Projeto e serem informadas ao tutor através dos relatórios.

“A gente combina uma data, e daí, depois de combinada a data eu ligo para a gerência [...] Mando e-mail para a gerência e combino, também, com os gerentes.” (Grupo 1, nº 7, Salete)

“Os relatórios te impulsionam a fazer essas outras ações [...] Tem umas perguntas que fazem [...] “Mais alguém estava no momento da supervisão?” E isso faz você pensar um pouco em estar com outras pessoas no momento da visita, pra além do médico.” (Grupo 1, nº 6, Lair)

Aponta ainda a possibilidade da supervisão ter ações de campo ou núcleo, entretanto as opções só podem ser selecionadas no sistema individualmente, não caberia uma visita que abordasse as duas possibilidades? No geral, o relatório tem opções já previamente delineadas, escritas sob forma de opções para serem “clicadas” e as opções não ficam gravadas de um mês para o outro no sistema, exceto os dados pessoais dos médicos e respectivos supervisores.

“Acho que essa pergunta nesse relatório: “quantos pacientes são atendidos por dia?”, isso vai ser sempre o mesmo. Mas esse relatório de agora é mais pró-forma. Eu não uso ele. [...] todo relatório, você tinha que falar coisas positivas e coisas negativas sobre o médico. E aí, assim, é o mesmo médico, a mesma equipe, toda “santa” vez... E daí você ficava buscando alguma coisa pra falar, de negativo, ou então buscando alguma coisa pra falar de positivo. Mas você vai falar (mesmas características) positivas toda vez. E, às vezes, isso era ridículo.” (Grupo 1, nº 4, Maria de Lourdes)

Uma das supervisoras entrevistadas que já havia sido médica do PROVAB, ao falar sobre seu supervisor à época, observa, retrogradamente, que hoje compreende algumas questões descontextualizadas que eram realizadas durante as visitas.

“Ele conversava individualmente [...] Hoje eu entendo as perguntas que ele fazia, porque algumas perguntas eram meio esquisitas, e eu acho que ele estava seguindo um formulário que eu tinha que responder, sabe?” (Grupo 2, nº 4, Maria de Lourdes)

Em relação às avaliações às quais os médicos do PROVAB (ANEXO X) eram submetidos, periodicamente, para concessão de pontuação nas provas de residência médica, estas

não dialogavam com o instrumento mensal de visita in loco. A avaliação tocava em critérios como clínica ampliada, projeto terapêutico, acompanhamento da saúde dos cuidadores os quais não eram nem tangenciados nos relatórios mensais.

“[...] eu comecei a olhar antes o relatório. A primeira vez que eu fui pegar o relatório de avaliação, a primeira avaliação que é aquela formativa [...] Que bom que não vale ponto aquilo ali. Que bom que não vale ponto, porque você também para pra pensar que tem coisas da supervisão que você deveria e poderia estar fazendo, e que vai contar nota.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

“A gente precisa fazer o atendimento conjunto, porque também aquela avaliação perguntava várias coisas que eu [...] Se eu não fizesse vários atendimentos, não ia ver. Então, por exemplo, tinha uma coisa da avaliação, que era em relação à cuidador. E várias vezes você no atendimento corriqueiro se passa, então eu pedia pra separar um caso pra discutir, entendeu? Não cheguei a fazer visita não. Mas disponibilizava material sobre avaliação funcional de idoso, cuidando do cuidador, e pensava num dia para a gente discutir isso.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

“Tem território que o problema maior não era o cuidador... Se você for parar pra pensar, eu no Pelourinho... É importante? É. Sempre é importante, mas não é o que grita no território. Então, assim, às vezes eu fazia isso, meio pra cumprir o papel de responder no PROVAB de um jeito mais adequado. Mas às vezes a pessoa não fazia aquilo com o cuidador, mas fazia milhões de outras coisas.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

Podemos evidenciar que os relatórios acabam por funcionar como um dispositivo indutor e orientador das visitas, para alguns supervisores. Entretanto, uma armadilha é a captura do supervisor pelo relatório e o desafio é ser criativo e trazer para a prática em construção outras formas e não fôrmas.

7.2.2 OUTROS DISPOSITIVOS

Quebrando o gesso do protocolo e reinventando o fazer supervisão

"Repetir, repetir - até ficar diferente
repetir é um dom do estilo"

Manoel de Barros

Alguns dispositivos são sugeridos no meio do caminho, neste trabalho. A intenção é dar visibilidade a outras formas não protocolares, que fogem do pré-estabelecido. A experiência na APS, apontada como categoria temática, pode ser considerada um deles. O encontro (médico-

equipe-comunidade-pessoa-supervisor) como dispositivo vivo em ato, inventivo e produtor potente também já foi reiterado aqui, no qual o produto final depende claramente de quem compõe este encontro⁸⁴.

Não queremos aqui reproduzir, de forma funcionalista, que o supervisor é mais um “recurso humano”, tampouco que faz “gestão e pessoas”. A defesa aqui é que ele é um ator e não apenas reproduzidor de papéis ou recurso necessário para o sistema funcionar².

“Eu acho que você criar espaço pra essas pessoas estarem juntas, porque várias vezes tem uma pessoa que está fazendo uma experiência super interessante, e você como supervisora aprende [...] O que não cabe nos encontros locais regionais.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

Mesmo em processos produtivos muito normatizados, perceberemos que há variações no modo de agir na hora da atividade produtiva, dependendo de quem é o trabalhador que está fazendo aquela atividade. Sendo os campos de práticas da saúde e da educação bons exemplos da evidência e da importância dessa fissura de liberdade que há no mundo capturante dos processos produtivos⁸⁴. Na supervisão dos programas de provimento médico, na Bahia, também percebemos evidências de que há liberdade no agir do supervisor.

“Ela extrapolou as metas, as questões de puramente fazer o que se pede [...] da função habitual, predeterminada, de check list da supervisão [...] Ela não chegou assim rapidinho perto e perguntou “tá cumprindo ou não?” “tá cumprindo ou não?”.” (Grupo 2, nº 8, Rebento)

O processo de supervisão – de alguém, num dado momento - pode ser encarado como mais permeável à presença do trabalho vivo em ato do que de outros – supervisores e momentos. Estes são casos dos trabalhos na saúde produtores de cuidado, e na educação dos produtores de ‘formação’. Sendo a supervisão um processo que permite a integração dos dois momentos, é potencialmente produtora de atos produtivos embebidos de trabalho vivo. O mundo do trabalho torna-se lugar produzido e em produção em suas tensões entre o que tem que ser e o que pode ser⁸⁴.

“No início da supervisão, por ano, eu reúno com todos eles, em algum momento, pode não ser exatamente no primeiro mês, mas no segundo [...] Pra conversar sobre o que é que eles esperam da supervisão e o que é que já existe bem traçado de objetivo da supervisão. E tentar chegar numa pactuação de como é que se desenhariam as visitas. Então tem alguns tópicos que eu acho que são super importantes discutir na visita, então... acolhimento, agenda, reunião de equipe...” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

A existência e a invenção de espaços informais e, conseqüentemente, os sentidos que

são produzidos neles é uma boa forma de enxergar o quão polifônico e polissêmico é o mundo do trabalho. A multiplicidade habita esses encontros e convive com a previsibilidade⁸⁴.

“Acho que tem que flexibilizar essa questão da visita na Unidade. Mês que eu ia em todo mundo e não reuniam, outro mês que eu reunia [...] Eu acho que às vezes esses casos de sentar pra conversar, eu acho que é mais útil do que você ir na Unidade, olhar a agenda, olhar o prontuário.” (Grupo 1, nº 2, Maria Aparecida)

Um outro dispositivo importante colocado neste estudo foi o de um “devir apoiador”⁷³ na supervisão. O apoiador⁸⁹, no seu cotidiano, *lida* com ofertas ao coletivo e com as demandas de quem se está interagindo. E a primeira oferta é oferecer-se como apoiador, um ofertar experimentando. As demandas do grupo funcionam como ofertas ao apoiador, são os degraus onde apoiar-se para conseguir estabelecer novos compromissos e contratos, mexer com os outros e consigo mesmo.

“Ele é alguém que quer saber qual dificuldade que você tem, para lhe ajudar, ele quer saber como melhorar o processo de trabalho. O problema de relacionamento com a gestão e etc. , ele para pra fazer intermédio, pra refletir. O que eu acho interessante é como é importante criar espaços para essas equipes se encontrarem e produzirem coisas juntas.” (Grupo 2, nº 12, Dorival)

Guardando as devidas proporções, ou tendo como norte ou utopia, a função de supervisão se aproximaria desta função apoio encarada como um modo de produzir “entres”. Deveria buscar a possibilidade de atuar como intercessor, agenciar encontros, funcionar como articulador, como conector, produzindo novos territórios, borrando, embaralhando lugares previamente constituídos como aqueles convencionalmente denominados, identificados, dicotomizados como lugares de gestão e de atenção e objetivar a produção de mundos, de redes, de sentidos⁹⁰.

“O Método da Roda ambiciona lidar com estes Planos e Regiões de expressão da subjetividade e do agir dos Sujeitos. Sim, lidar. Uma palavra com significado mais amplo do que gerenciar ou administrar, ainda que as inclua. Lidar significa “tomar parte em, participar de, sofrer, passar, dar combate a...”(Dicionário Aurélio; 1996). A Cogestão implica todos estes sentidos. Lugar de passagem, de sofrimento, de combate; sobretudo reconhecer e tomar parte de todos estes Planos. Lidar com eles”⁶⁶.

O apoiador (supervisor) é um estrangeiro, o qual pode levar a possibilidade de “borrar os mapas vigentes, cronificados”, mesmo à revelia de tentativas de aprisionamentos,

homogeneizações e burocratizações. E “quebrando o gesso” dos conceitos e métodos habituais é que se dá a invenção, é que se dá a possibilidade dos deslocamentos⁹⁰.

“...interrogar é o ‘método’ [...] Então, é necessário que tenhamos o cuidado de não levar prontas, sistematizadas, encadeadas, categorias incrustadas em modelos ou métodos, mas (des)construir categorias/ conceitos/sentidos no encontro dialógico, tenso, com o outro, também produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas. O uso, portanto, de conceitos em movimento.”²

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de cerca de quatro anos da criação do Programa Mais Médicos e ainda mais do início do PROVAB, é inegável a contribuição que tais programas tiveram para redução de algumas iniquidades de acesso ao profissional médico, principalmente em localidades com maior necessidade social. O meu recorte do programa, para análise, neste estudo, foi a supervisão acadêmica e o seu processo de trabalho, na Bahia.

Escolhi falar sobre a supervisão médica dos programas de provimento por ser algo que me mobilizava enquanto trabalhadora implicada. Eu já vinha grávida de verdades, análises, observações por estar vivendo por dentro o processo, tanto como supervisora dos dois programas, quanto mais tarde como gestão. Estar na coordenação descentralizada do PROVAB, e depois no centro do processo como consultora externa da área pedagógica deste programa no MS, me fez ampliar percepções e inquietações.

Destaquei um cenário de situações que sinalizam elementos para contribuir com a reflexão desse processo e prática dentro do PMM, identificando facilitadores e obstáculos à qualificação da supervisão. Dentre essas potencialidades, encontramos contribuições ao processo de trabalho do médico e contribuições na qualificação do cuidado integral, além de descortinar pistas de uma identidade de apoiador.

Uma questão que é levantada nas entrevistas e com a qual também me sinto inquietada é que muitas das contribuições não são, necessariamente, dependentes dos saberes de núcleo do supervisor médico. Em relação ao cuidado integral, sua qualificação tem relação direta com a ampliação do olhar, da clínica, das ferramentas de comunicação, da tecnologia leve. No que diz respeito ao processo de trabalho em APS, fica evidente que se faz em equipe e a supervisão potente pode ser incentivadora da coprodução de coletivos.

A despeito da pressão da corporação médica que procura impor a idéia de que só médicos se relacionem pedagogicamente na supervisão dos programas, coloco a provocação da não necessidade de apenas médicos serem supervisores. Na minha prática, aliada aos relatos das entrevistadas, na maioria das visitas, quiçá em todas, as ações de campo se sobrepõe às de núcleo.

Esta questão pode ser corroborada com a outra potencialidade apontada na pesquisa: a “função apoio” que a supervisão pode exercer. Como um protótipo de um apoiador institucional o supervisor estimula o processo de análise, reflexão do coletivo – equipe de saúde da família – para fazer gestão do trabalho e também para o cuidado, de maneira dialógica. É bem verdade que além do apoio institucional, utilizamos o apoio matricial como referência e neste o núcleo pode ter um lugar maior. Entretanto não é objetivo deste apoio reforçar o isolamento do médico no cotidiano, e

sim o compartilhamento da clínica.

Se por um lado, pela suposta hegemonia da “instituição médica” a relação entre médicos pode facilitar a abertura para algumas questões da supervisão. Por outro, retomamos a idéia da não necessidade de exclusividade do médico neste papel. Entendo que outras categorias têm muito mais propriedade e ferramentas para exercer funções de apoio, articulação, construção coletiva.

Pareceu-me evidente que as ações de campo não são as que mais interessam nesta relação, para o programa, ao reforçar e reiterar o centralismo e essencialidade deste profissional no cuidado à saúde e no desenho de programas ou respostas assistenciais⁴. Permanece, assim o desafio da busca da interprofissionalidade e a intersetorialidade e ampliação o olhar para além da assistência médica²⁶.

Este estudo não evidenciou só flores, mas também as pedras do caminho. Algumas delas foram as dificuldades apontadas no processo de supervisão. Uma delas em relação ao formato e frequência das visitas de supervisão (mensal). Foi questionada a efetividade do acompanhamento do processo e limites à educação permanente. Como apoiadora pedagógica de uma residência em MFC (vinculada à FESF) na Bahia e professora do curso de medicina da UFRB, compreendo a opinião de pontualidade das ações com visitas uma vez ao mês. O cotidiano dos serviços de saúde é dinâmico e se constrói nas relações.

A capacidade de construir espaços de análise e interferência no cotidiano que potencialize análises coletivas para implementação de mudanças fica prejudicada. Entretanto, talvez seja possível uma maior contribuição se pensarmos que o supervisor pode disparar construções com o médico e sua equipe se possuir outras ferramentas que facilitem essa prática.

Porém outra fragilidade apontada não favorece a qualificação da supervisão, mais especificamente do Mais Médicos na Bahia. Não existe um acolhimento, formação, manual ou critérios de seleção para os supervisores, situação confirmada por uma das entrevistadas “A supervisão do Mais Médicos é ‘faça do jeito que você quiser’.” Esta lacuna abre espaço para algumas atuações que não precisariam de protocolos e manuais para não serem feitas. Como foram os casos relatados, pelos médicos entrevistados, de visita realizada pela secretária da supervisora, visitas realizadas no domicílio do médico, ou até nem realizadas e sendo pagas. Além de outras situações de a supervisora em três anos não conhecer a equipe da médica supervisionada e supervisores que pelo “corporativismo” fecham os olhos a situações que descumprem regimento do programa.

A emergência do provimento médico, a magnitude do programa e a grande descentralização do eixo pedagógico talvez tenha dificultado a qualificação da identidade da tutoria e supervisão. Como supervisora do programa na Bahia, em um dos encontros de supervisores e tutores, percebi que essa não era uma inquietação só minha. Através de uma reflexão coletiva sobre a

qualificação das visitas e consequentemente da prática foi possível construir a necessidade de uma avaliação do processo da supervisão. Desta forma, o próximo encontro locorregional da região à qual estou lotada como supervisora (Salvador e região metropolitana) terá como tema o aperfeiçoamento do processo de supervisão. Encaro assim como uma boa oportunidade de fomentar a idéia para outras regiões de atuação do PMM na Bahia.

Outro achado deste trabalho foi a importância de “pensar onde os pés pisam”, referindo-se à necessidade da experiência na APS para a prática da supervisão. Experiência esta que não tem relação direta com formação acadêmica ou com ter feito residência em medicina de família e comunidade, mesmo porque há uma insuficiência de médicos com essa titulação na Bahia. A importância reside na experiência, na vivência, no “saber na pele” o que o outro está vivendo para assim poder contribuir de forma mais potente. Valoriza-se o conhecimento experiencial, acumulado nos fazeres cotidianos dos serviços, através da educação permanente.

Visto que a maioria dos supervisores na Bahia são especialistas focais, uma proposição seria que o PMM criasse um barema para seleção de supervisores, assim como o PROVAB, e que fosse considerada a experiência na APS como essencial para assumir tal responsabilidade.

Demonstramos na pesquisa que os relatórios são suscetíveis a funcionarem como “trabalho morto”, mas que acabam guiando alguns supervisores menos experientes. Esta indução me pareceu ser pouco produtiva e, sim, capturante da inventividade. Evidenciamos a importância de criação de outros dispositivos, criados em ato, no encontro supervisor-médico-equipe-APS para não ser, simplesmente, o supervisor “entrevistador”.

Falando em dispositivos, existe também a proposta de um manual de supervisão do PMM Bahia e construção deste a partir de um grupo de trabalho e das contribuições da referida locorregional de “avaliação da supervisão”. A intenção da criação de um manual não é o aprisionamento, e sim funcionar como um norte já que, a priori, a maioria dos supervisores necessita de formação. Sem perder a compreensão que ele deve estar sempre aberto a (des)construção de possibilidades, percepções, saberes, borramentos.

Por tudo isso, reitero a necessidade de construção inventiva e interrogadora e não de um trabalhador moral² que adere automaticamente, de corpo e alma, aos modelos de gestão (ou a determinados modos de se organizar o cuidado) mais “participativos e democráticos” propostos. O trabalhador deve estar pronto para disputar seus próprios projetos, sentidos, desejos, nos espaços públicos e estar atento às capturas. E negar-se a orientar, de forma automática e não reflexiva, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações².

“Não há um sujeito completamente instituído, por mais enquadrado que ele possa estar em uma dada situação. Sempre haverá brechas ,rachaduras e fluxos irreprimíveis”⁸³.

Ainda temos muitos desafios para a prática de supervisão e são necessárias novas análises depois destes anos de implantação dos programas. Entretanto, principalmente nesta conjuntura política atual de restrição de direitos, o SUS e, com ele, programas como o PMM também correm risco de desmonte. Assim, o enfrentamento deve ser muito maior, deve ser coletivo, de toda sociedade.

Embora, como afirmei, eu já viesse gestando minhas análises e conclusões (prévias) sobre a supervisão dos programas acabei me surpreendendo com alguns dos resultados da pesquisa. Os encontros com os entrevistados (re)construíram algumas verdades, me fizeram (re)olhar e ampliar percepções. O estudo me permitiu mergulhar em realidades vividas e superficializar problemas e reflexões.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual se pôs a caminhar”⁴⁷.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nietzsche F. Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia de Letras; 1992.
2. Cecilio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: Reflexões sobre um conceito. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2007; 11(22):345–51.
3. Mendes EV. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
4. Scheffer M, Para muito além do Programa Mais Médicos. Ciência & Saúde Coletiva; 2016; 21(9):2664-6.
5. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
6. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg saúde debate. 2009; (44):13-24.
7. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013.
8. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JQ, Maas LW, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: ObservaRH; 2011. p.171-86.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Maciel Filho R, Branco MAF. Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
11. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20 de Setembro de 1990; 1990.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2.087/MS/MEC, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União de 2 de setembro de 2011; 2011.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União de 15 de junho de 2015; 2015.

15. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
16. Viana ALA, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
17. Kingdon JW. Agendas, alternatives and public policies. 2ª ed. Nova Iorque: Longman; 1995.
18. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n. 2, de 25 de agosto de 2011. Define os Municípios priorizados e a relação das especialidades médicas e áreas de atuação segundo os critérios dispostos na Portaria nº 1.377/2011, para fins do benefício previsto no 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 ao Estudante do Ensino Superior (FIES). Diário Oficial da União de 26 de agosto de 2011; 2011.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Edital n. 1 de 09 de janeiro de 2012. Abre adesão para os municípios ao PROVAB. Brasília; 2012.
21. Brasil, Ministério da Educação e Cultura. Edital n. 7 de 26 de abril de 2012. Cria o Curso de Especialização com foco na Atenção Básica destinado aos profissionais de saúde selecionados pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Brasília; 2012.
22. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2014.
23. Brasil, Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução n. 03, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Diário Oficial da União de 16 de setembro de 2011; 2011.
24. Santos LMP, Costa AM, Girardi SL. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 22(11): 3547-52.
25. Brasil, Ministério da Educação. Resolução do Conselho Nacional Educação /Câmara de Educação Superior n. 03/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União de 23 de junho de 2014; 2014.
26. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 9:2655–63.
27. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015 [acesso em: 11 jan 2017]; 19(54):623–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Edital n. 39 de 8 de junho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília; 2013.

29. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil. 2015 [acesso em 11 jan 2017]. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25867
30. Brasil, Ministério da Saúde. Mais Médicos - Resultado para o País. 2015 [acesso em 30 nov 2016]. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
31. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC N. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União de 9 de julho de 2013; 2013.
32. Bahia, Secretaria de Saúde. Resolução Comissão Intergestora Bipartite n. 181 de 24 de agosto de 2011. Aprova o redesenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Salvador; 2011.
33. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial da Diretoria da Atenção Básica. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB). Salvador; 2016.
34. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Histórico de Cobertura da Saúde da Família; 2015 [acesso em 23 de outubro de 2016]. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
35. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Manual do Supervisor - Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Salvador; 2014.
36. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Regulamento 001/2014 Regulamento Do Processo De Credenciamento Para Contratação De Supervisores Para O Programa Mais Médicos. Salvador; 2014.
37. Brasil, Ministério da Educação. Portaria MEC n. 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. Diário Oficial da União de 10 de julho de 2013; 2013.
38. NUNES, T. C. M. A Supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1986; 2(4):466-76.
39. Brasil, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Manual do Supervisor, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília; 2012.
40. Figueiredo MD, Campos GWS. Paideia support as a methodology for healthcare education processes. Interface (Botucatu). 2014; 18(Supl.1):931-43.
41. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução n. 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 27 de outubro de 2015; 2015.

42. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22:1547-55.
43. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.113-50.
44. Brasil, Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, 2013.
45. Merhy, EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
46. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003
47. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
48. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
49. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*. 2004; 14(28):139-52.
50. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-94.
51. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Porto Alegre: Rede UNIDA*; 2015. p.319-46.
52. Bosi, MLM; Uchimura, KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p.87-117.
53. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):165-81.
54. Souza TP, Cunha GT. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99):672-80.
55. Organização Mundial da Saúde. *Evaluación de los Programas de Salud*. Geneva; 1981.
56. Ayres JRCM. Prefácio à 8ª Edição. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.

57. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):16–29.
58. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
59. Mattos, RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª Ed. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009. p.43-68.
60. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
61. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO; 2001.
62. Cecilio LCO, Matsumoto NF. Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde. In: Pinheiro R, Ferla AF, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.
63. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
64. Moebus RLN. O trágico na produção do cuidado: uma estética da saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
65. Pinheiro R. Integralidade em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [internet; acesso em 30 out 2016]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.
66. Campos GWS. *Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
67. Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *Saúde Coletiva*. 2011; Revista 19 fev 2011.
68. Assis MMA, Lima WCMB, Nascimento MAA, Franco TB, Pereira MJB, Jorge MSB. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010 p 13-38
69. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *O Processo de Trabalho em Saúde: unidade de aprendizagem, trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

70. Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira. Campinas; 1998.
71. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS, Vol 1: formação e intervenção. Brasília; 2010.
72. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):393-403.
73. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
74. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 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; 2004.
75. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(3):363-73.
76. Feuerwerker LCM. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011. P.29-36.
77. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Rev APS. 2005; 8(2):181-90.
78. Lima RCGS, Gripa DW, Prospero ENS, Ros MA. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(9):2797-805.
79. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Rev APS. 2005; 8(2):181-90.
80. WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa; 2002.
81. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Jan 08] ; 66(spe): 158-164
82. EPS em Movimento. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência. 2014 [acesso em: 23 out 2016]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>.
83. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Geraldi JW, tradutor. Revista Brasileira de Educação. 2002; (19):20-8.
84. Merhy EE. O agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo: o mundo do trabalho é cartográfico e, como tal, se abre para desafios de desaprendizagens / descapturas de certas lógicas na busca de outras In: Ribeiro VMB, organizadora. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011. p.105-14.

85. Universidade Aberta do SUS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: tutorial para o supervisor (relatório da primeira visita de supervisão). Brasília: UNASUS; 2015.
86. Universidade Aberta do SUS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: tutorial para o supervisor (relatório de supervisão periódica: visita de supervisão in loco). Brasília: UNASUS; 2015.
87. Universidade Aberta do SUS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: tutorial para o supervisor (relatório do encontro de supervisão locorregional). Brasília: UNASUS; 2015.
88. Universidade Aberta do SUS. Projeto Mais Médicos para o Brasil: tutorial para o supervisor (relatório de supervisão periódica: acompanhamento longitudinal). Brasília: UNASUS; 2015.
89. Campos GWS. Paidéia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde. 2001-2003 [Internet; acesso em 30 out 2016]. Disponível em: www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos.
90. Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). 2009 ; 13(Supl 1): 729-38.

ANEXOS

ANEXO I



Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sede - Sala 751 - Brasília/DF CEP: 70.058-900
Tels.: (61) 3315-2550 / 3315-3767

Ofício nº 1153/2015 – DEPREPS/SGTES/MS

Brasília, 17 de setembro de 2015.

À Senhora

MARIÂNGELA COSTA VIEIRA

Pós-graduanda em Mestrado em Saúde Coletiva Política e Gestão Pública pela Universidade Estadual de Campinas-SP

Rua Professor Viegas, nº 47, Barbalho

40301-075. Salvador – BA


Assunto: Solicitação de anuência para realização de entrevistas e obtenção de dados referentes aos médicos e supervisores do Programa Mais Médicos para fins de realização de pesquisa acadêmica.

1. Faço referência ao e-mail enviado no dia 26 de março de 2015, por meio do qual Vossa Senhoria solicita a anuência para realização de entrevistas com médicos e supervisores da região metropolitana do município de Salvador no âmbito do Programa Mais Médicos, que inclui o Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB e a obtenção de dados cadastrais dos médicos e supervisores disponíveis no SGP/UNASUS (nome, telefone, e-mail, perfil do médico, data de nascimento, país de origem, município, UF, CNES de ingresso/atual) para fins de desenvolvimento de projeto da pesquisadora Mariângela Costa Vieira, mestranda em Saúde Coletiva Política e Gestão Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
2. Sobre o assunto, informo que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde, delibera A FAVOR da realização das entrevistas e obtenção dos dados para fins acadêmicos do projeto intitulado “Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Região Metropolitana de Salvador - Bahia”, exclusivamente.
3. Os dados são de caráter confidencial, de segurança nacional e deverão ser utilizados eticamente, sob risco de penalidades cabíveis nos termos das leis que regem pesquisas acadêmicas com seres humanos, de acordo com a proposta apresentada pela pesquisadora Mariângela Costa Vieira, telefone (71) 8834-7049, endereço Professor Viegas, nº 47, Barbalho. CEP: 40301-075. Salvador – BA, e-mail: maracv@gmail.com;
4. Este Departamento não se responsabilizará pelos custos financeiros e de infraestrutura para o desenvolvimento da pesquisa.
5. O pesquisador assumirá o compromisso de apresentar os dados finais da pesquisa a este Departamento através da assinatura do Termo de Compromisso, como forma de também contribuir para a avaliação e o monitoramento das políticas de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde.

DEPREPS/APD/caa

6. Por fim, tendo em vista que a integração ensino-serviço e fomento à pesquisa é de constante interesse do Governo Federal, presto cordial agradecimento e parabenizo pelo interesse na construção do Programa Mais Médicos.

Atenciosamente,


FELIPE PROENÇA DE OLIVEIRA

Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

ANEXO II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 3º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70047-900
Telefone: 2022-8107 e Fax: 2022-8012 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício nº 264/2016/CGEGES/DDES/ESU/ESU-MEC

Brasília, 01 de novembro de 2016.

TERMO DE ANUÊNCIA

A Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde, da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde deste Ministério, autoriza o acesso pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) aos seguintes microdados do Projeto Mais Médicos para o Brasil do estado da Bahia, período de 2013 a 2016: "Cadastros dos Supervisores", "Plano de Trabalho mês outubro/2016", "Relatórios de Primeiras Impressões", "Relatórios de Primeira Visita de Supervisão", "Relatórios de Supervisão Prática e In Loco", e os "Relatórios de Encontro de Supervisão Locorregional", e está de acordo com a utilização dos dados supramencionados em territórios sob supervisão/tutoria do estado da Bahia *exclusivamente* para fins da pesquisa intitulada "Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia", desenvolvida pela **pesquisadora Mariângela Costa Vieira**, RG 0671970780, CPF 94256411534, orientada pelo **Prof. Edison Bueno**. Ressaltamos que tais dados sejam exclusivamente utilizados para a realização de estudos e pesquisas, respeitados os princípios éticos em acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, e recomendamos que o nome desta Instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações originadas do estudo em questão.

ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA
COORDENAÇÃO-GERAL DE EXPANSÃO E GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Documento assinado eletronicamente por **ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA**,
Coordenador(a) Geral, em 01/11/2016, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília,
com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador
0431339 e o código CRC **57914C28**.

Referência: Caso responda a este Ofício, indicar expressamente o Processo nº
23000.046580/2016-52

SEI nº 0431339

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia ”

Responsável: Mariângela Costa Vieira

Número do CAAE: 48057515.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Mestrado intitulada “*Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia*”, do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP. Tem como objetivo principal avaliar a atividade de supervisão aos médicos dos programas de provimento médico do governo federal na perspectiva da integralidade e da produção de cuidado. Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Identificar possíveis relações dos dispositivos da supervisão com a qualificação do cuidado integral dos médicos dos programas de provimento;
- Identificar potências e fragilidades da supervisão;
- Conhecer as experiências e percepções dos médicos sobre a supervisão.

Participando do estudo, você está sendo convidado a preencher um pequeno questionário que levará em média dois minutos para ser respondido e a participar de uma entrevista, com expectativa de cerca de uma hora de duração, os quais abordarão alguns dados sócio-demográficos, seu tempo de atuação na atenção básica, suas impressões sobre a supervisão, processo de trabalho e sua prática de cuidado. As entrevistas serão áudio-gravadas e suas respectivas transcrições respeitarão a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que for observado. As entrevistas serão realizadas no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados, ou local de preferência indicado pelo entrevistado.

Não há riscos previstos para os sujeitos participantes dessa pesquisa, mas você **não** deve participar deste estudo se não se sentir à vontade, por qualquer motivo, para responder às entrevistas. Não há benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa por sua participação nela. Como benefícios indiretos para os sujeitos e a coletividade, esta pesquisa pretende produzir conhecimento para a melhoria da qualidade da assistência prestada no SUS.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da pesquisa. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Não haverá ressarcimento de quaisquer despesas que os sujeitos vierem a ter decorrentes desta pesquisa, visto que a coleta de dados será no local do curso e/ou de seu trabalho, durante horário dos mesmos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mariângela Costa Vieira pelo telefone (71)9 8834-7049, no endereço Rua Professor Viegas, nº 47,

Barbalho. CEP: 40301-075. Salvador – BA, ou no e-mail: maracv@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 8:30 às 12:30 e das 13:00 às 17:00 na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. CEP: 13083-887, Campinas – SP. Telefone (19) 3521-8936, fax: (19) 3521-7187 e e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar;

Nome do(a) participante: _____

Data: ____/____/____

Asseguro ter cumprido as exigências dos itens IV.3 e IV.4 da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

Salvador/ BA, _____ de _____ de _____.

Rubrica do Participante

Rubrica da Pesquisadora

ANEXO IV

Título do projeto: *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia*

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS VINCULADOS AO PROJETO

Pesquisadora: Mariângela Costa Vieira

Orientador: Edison Bueno

Nome: _____ Idade: _____

Sexo:

Contato:

Ano de formatura:

Especialização/residência:

Há quanto tempo trabalha na AB?

Município e USF de lotação

Programa ao qual está/esteve vinculado, PROVAB ou Mais médicos?

Em que ano entrou no programa.

ANEXO V

QUESTÕES NORTEADORAS DE ENTREVISTA MÉDICOS VINCULADOS AO PROJETO

1. Descreva como se dá/dava o processo da visita de supervisão.
2. Qual sua percepção sobre o processo de supervisão?
3. Você identifica mudança na sua prática na atenção primária a partir do início do projeto? Pode exemplificar?
4. Acha que a supervisão teve alguma influência no seu cotidiano?

Explorar:

- Dispositivos utilizados pelo supervisor durante a visita de supervisão
- Atividades desenvolvidas pelo médico e a contribuição do supervisor
- As possíveis mudanças têm relação com o cotidiano no serviço ou com o apoio do supervisor?
- As possíveis mudanças apresentam pontos sobre integralidade do cuidado?
- Relatos de situações emblemáticas

ANEXO VI

QUESTÕES NORTEADORAS DE ENTREVISTA SUPERVISORES

1. Descreva como se dá/dava o processo da visita de supervisão.
2. Qual sua percepção sobre o processo de supervisão?
3. Você identifica mudança na prática do médico na atenção primária a partir do início do projeto? Pode exemplificar?
4. Acha que a supervisão teve alguma influência no cotidiano do médico?

Explorar:

- Dispositivos utilizados pelo supervisor durante a visita de supervisão
- Atividades desenvolvidas pelo médico e a contribuição do supervisor
- As possíveis mudanças têm relação com o cotidiano no serviço ou com o apoio do supervisor?
- As possíveis mudanças apresentam pontos sobre integralidade do cuidado?
- Relatos de situações emblemáticas

ANEXO VII

RELATÓRIO DA PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO – PROVAB 2015

IDENTIFICAÇÃO	
1. DADOS PESSOAIS DO SUPERVISOR	
1.1 NOME:	
1.2 CPF:	
2. DADOS PROFISSIONAIS DO SUPERVISOR	
2.1 Titulação:	
2.2 Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):	
2.3 Nome da Instituição Supervisora:	
3. DADOS PESSOAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
3.1 NOME:	
3.2 CPF:	
4. DADOS PROFISSIONAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
4.1 Nome da Instituição de Ensino que se graduou:	
4.2 Ano de Graduação:	
4.3 Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):	
5. LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
5.1 Município/UF:	
5.2 Unidade de Saúde (CNES/Nome):	
6. PRIMEIRA VISITA DE SUPERVISÃO	
6.1 Data da visita:	____/____/____

UNIDADE DE SAÚDE					
1. ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE					
1.1 Selecionar baseado nas impressões do profissional e da equipe de saúde.					
	ADEQUADA		INADEQUADA		
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					
Banheiros					
Salas para grupos					
Outras Salas					
Classifique a Estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS)					
1.2 Observações:					
2. MATERIAIS E RECURSOS DA UNIDADE DE SAÚDE					
2.1 Selecionar baseado nos materiais e recursos da Unidade de Saúde.					
	Quantidade e Qualidade Adequadas	Quantidade Adequada e Qualidade Inadequada	Quantidade Inadequada e Qualidade Adequada	Quantidade e Qualidade Inadequadas	Inexistente
Esfigmomanômetro 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 entubação adulto					
Kit para entubação 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.)					
2.2 Observações:					
3. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE					
3.1 Selecionar baseado na disponibilidade de medicamentos na Unidade de Saúde.					
	Quantidade Suficiente e Abastecimento Regular	Quantidade Suficiente e Abastecimento Irregular	Quantidade Insuficiente e Abastecimento Regular	Quantidade Insuficiente e Abastecimento Irregular	Inexistente
Medicamentos para Hipertensão					
Medicamentos para Diabetes					
Medicamentos para Hanseníase					
Medicamentos para Tuberculose					
Antibióticos					
Analgésicos e Anti-Inflamatórios					
Anticoncepcionais					
Antiparasitários					
Psicotrópicos					
Medicamentos Injetáveis					
3.2 Observações:					

PROCESSO DE TRABALHO

1. TRABALHO EM EQUIPE

1.1 Observar e anotar as características do processo de trabalho em equipe e as atividades exercidas pelo médico.

	SIM	NÃO
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?		
1.2 Há reunião periódica de equipe?		

	Semanal	Quinzenal	Mensal	Não é realizada reunião
Selecione:	()	()	()	()

1.3 Observações:

ATENÇÃO À SAÚDE		
1. AÇÕES DE PLANEJAMENTO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.		
1.1 Desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas a:		
	SIM	NÃO
Ações de Educação em Saúde?		
Ações para promoção da alimentação saudável, prática do exercício físico, entre outras?		
Imunização?		
Coleta de Citologia Oncótica?		
Diagnóstico situacional do território?		
Ações de planejamento em saúde?		
1.2 Observações:		
2. AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.		
2.1 Desenvolve ações de assistência à saúde relacionadas a:		
	SIM	NÃO
Atenção à Saúde da Criança?		
Atenção à Saúde da Mulher?		
Atenção à Saúde do Adulto?		
Atenção à Saúde Mental?		
Demanda Espontânea?		
Atendimento a Urgências e Emergências?		
Gestão da Clínica?		
Atenção à Saúde do Idoso		
Atenção Domiciliar		
2.2 Observações:		

REDE DE SAÚDE		
1. SERVIÇOS DE APOIO E RETAGUARDA		
1.1 Há serviços de apoio e retaguarda disponíveis para a Unidade de Saúde?		
	SIM*	NÃO
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		
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)		
1.2 Encontrou alguma dificuldade de acesso nesses serviços? Qual? Dificuldade de acesso geográfico () Falta de contra-referência () Demora na marcação de consultas e exames () Falta de interação com a Atenção Básica () Outros ()		
2. QUAL A PERCEPÇÃO DO MÉDICO SOBRE O ACOMPANHAMENTO REALIZADO PELA GESTÃO MUNICIPAL (GESTOR OU COORDENADOR OU RESPONSÁVEL)?		
2.1 Sobre a qualidade do acolhimento:		
	Excelente	Muito bom
	Bom	Ruim
	Péssimo	
Selecione:	()	()
	()	()
	()	()
2.2 Quem realizou o acolhimento: Equipe de saúde () Coordenação/Gerente da Equipe () Enfermeiro () Gestor Municipal/Secretário de Saúde () Prefeito () Comunidade () Outros ()		
2.3 Atividades de acolhimento e de Atenção à Saúde: Apresentação da UBS e da equipe () Orientação sobre as atividades desenvolvidas na UBS () Oficina de trabalho e palestras () Reunião de equipe () Conhecer a realidade local antes de iniciar o atendimento médico () Atendimento à demanda ()		
2.4 Do médico sobre a equipe de saúde: Bom relacionamento com a equipe () Boa integração com a equipe () Equipe muito receptiva () Equipe hostil ()		

EDUCAÇÃO PERMANENTE		
1. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.		
1.1 A partir das impressões sobre o trabalho do médico na unidade de saúde e no território, identificar as queixas frequentes que necessitam ser abordadas em ações de educação permanente.		
	SIM	NÃO
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		
1.2 Outros		
Especificar:		
2. TEMÁTICAS DE OFERTAS EDUCACIONAIS		
2.1 Identificar as temáticas de ofertas educacionais que poderiam ser disponibilizadas para o médico.		
	SIM	NÃO
Os princípios do SUS		
As Redes de Atenção à Saúde e à Atenção Básica		
Acolhimento e Processo de Trabalho		
Métodos de Gestão da Clínica Individual e Familiar		
Promoção de Saúde na Atenção Básica		
Condições Agudas Comuns na Atenção Primária à Saúde (APS)		
Procedimentos em APS		
Urgências e Emergências		
Doenças infecto-parasitárias		
Saúde da Criança		
Condições clínicas comuns em adultos		
Saúde da Mulher		
Saúde do Idoso		
Saúde Mental		
Saúde Indígena		
Gestão do Risco Cardiovascular		
Grupos populacionais específicos: Populações do Campo e da Floresta		
Grupos populacionais específicos: População Negra		
Grupos populacionais específicos: População LGBT		
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)		
Saúde do Homem		
Atenção Domiciliar		
2.2 Outros		

Especificar:			
3. MODALIDADES DE RECURSOS PEDAGÓGICOS.			
3.1 Selecionar as modalidades de recursos pedagógicos que o médico utiliza, não utiliza ou pretende utilizar durante o PROVAB.			
	UTILIZA	NÃO UTILIZA	PRETENDE UTILIZAR
Estudo sozinho em casa			
Estudo imediato na unidade de saúde (livros, manuais, softwares especializados em <u>tablets</u> ou smartphones)			
Consulta ao Portal Saúde Baseada em Evidências			
Consulta à 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			
3.2 Observações:			

ANEXO VIII

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO PERIÓDICA: VISITA DE SUPERVISÃO IN LOCO
– PMMB**IDENTIFICAÇÃO****1. DADOS PESSOAIS DO SUPERVISOR**

1.1. Nome:

1.2. CPF:

2. DADOS PROFISSIONAIS DO SUPERVISOR

2.1. Titulação:

Especialização

2.2. Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):

2.3. Nome da Instituição Supervisora:

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA***3. DADOS PESSOAIS DO MÉDICO PARTICIPANTE**

3.1. Nome:

3.2. CPF:

3.3. Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):

4. LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE (MUNICÍPIO/DSEI)

4.1. Indique o perfil do território de supervisão:

- Perfil 01 - Distrito Federal, capitais, municípios situados em região metropolitana e municípios com mais de oitenta mil habitantes

4.2. Nome do Município:

SALVADOR

4.3. UF do Município:

BA

4.4. Região de saúde:

4.5. Unidade de Saúde (CNES/Nome):

3850153 - USF YOLANDA PIRES

4.6. Houve mudança de Equipe ou de Unidade de Saúde?

	SIM	NAO
Selecione:		X

4.7. Qual a localização da Unidade de Saúde?

	URBANA	RURAL
Selecione:	X	

4.8. Qual o total de usuários cadastrados na Unidade de Saúde?

0

4.9. Qual a modalidade de equipe de Atenção Básica?

- Estratégia Saúde da Família

4.10. A Unidade de Saúde possui mais de uma equipe de saúde?

	SIM	NAO
Selecione:		

4.11. Qual o nome do responsável pela Unidade de Saúde?

Sem resposta

4.12. Qual o número de telefone da Unidade de Saúde ou do seu responsável?

Sem resposta

4.13. Qual o e-mail da Unidade de Saúde ou do seu responsável?

*Sem resposta***5. LOCAL DE ATUAÇÃO PARA O PERFIL 03 - DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL**

INDÍGENA

5.1. UF do DSEI:

Sem resposta

5.2. Nome do DSEI:

Sem resposta

5.3. UF do Polo Base:

Sem resposta

5.4. Município do Polo Base:

Sem resposta

5.5. Unidade de Saúde (CNES/Nome):

Sem resposta

5.6. Número de aldeias atendidas:

Sem resposta

5.7. Nomes das aldeias:

Sem resposta

5.8. Etnias atendidas:

*Sem resposta***PROCESSO DE SUPERVISÃO****1. DATA DA SUPERVISÃO**

1.1. Data:

*Sem resposta***2. REALIZAÇÃO DE CONTATO PRÉVIO**

2.1. Para esta supervisão “in loco”, você conseguiu contato prévio com o médico participante para pactuar a realização da supervisão?

	SIM	NÃO [Responda ao subitem 2.2]
Selecione:		

2.2. Justifique:

Sem resposta

2.3. Para esta supervisão “in loco”, você conseguiu contato prévio com a gestão local para pactuar a realização da supervisão?

	SIM	NÃO [Responda ao subitem 2.4]
Selecione:		

2.4. Justifique:

*Sem resposta***3. SITUAÇÃO DE ABSENTEÍSMO**

3.1. O médico participante compareceu ao momento de supervisão?

Sem resposta

3.2. No seu contato com o Gestor Municipal e/ou Equipe de Saúde, qual a justificativa para a ausência do médico participante na supervisão?

Sem resposta

3.3. Quantos dias de Recesso?

	Menos de 10 dias	10 a 15 dias	16 a 20 dias	21 a 30 dias	Mais de 30 dias
Selecione:					

3.4. Qual o motivo da Licença Temporária?

	Saúde (até 10 dias)	Saúde (acima de 10 dias)	Maternidade	Paternidade	Falecimento de familiar	Outro
Selecione:						

3.5. Observações:

*Sem resposta***4. CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA**

4.1. Nesse mês, o médico participante cumpriu a carga horária de 32 horas semanais de integração ensino-serviço na Unidade de Saúde?

	SIM	NAO [Responda ao subitem 4.2]
Selecione:		

4.2. Nesse mês, o não cumprimento da carga horária de 32 horas semanais tem sido:

	Primeira vez	Recorrente
Selecione:		

4.3. Qual o motivo do não cumprimento da carga horária de 32 horas semanais?

Sem resposta

4.4. Nesse mês, o médico participante cumpriu a carga horária de 8 horas semanais das atividades de educação permanente em saúde?

	SIM	NAO [Responda ao subitem 4.5]
Selecione:		

4.5. Descreva o motivo do não cumprimento das 8 horas semanais das atividades de educação permanente em saúde:

Sem resposta

5. PARTICIPANTES E O LOCAL DA SUPERVISÃO

5.1. Houve participação de outras pessoas na supervisão?

Sem resposta

5.2. A supervisão ocorreu na Unidade de Saúde (ou no Polo Base, no caso da Saúde Indígena)?

	SIM	NAO [Responda ao subitem 5.3]
Selecione:		

5.3. Descreva o motivo da não realização da supervisão na Unidade de Saúde e onde ocorreu:

Sem resposta

6. DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO "IN LOCO"

6.1. Qual o objetivo da supervisão "in loco" neste mês?

- Supervisão regular para qualificação das ações apenas do médico participante [ações de núcleo]

6.2. Qual(is) temática(s) foi(ram) abordadas durante a Supervisão?

- Acesso e acolhimento com classificação de risco

- Aperfeiçoamento da Conduta Clínica/Diagnóstico/Terapêutica/Reabilitação

- Articulação com dispositivos da rede (NASF, Consultório na Rua, Academia da Saúde, CAPS, UPA, SAMU, aparelhos sociais etc.)

- Assistência Farmacêutica

- Avaliação das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde

- Avaliação sobre a supervisão

- Carga horária/escala de trabalho e cumprimento de horário do componente prático

- Carga horária/escala de trabalho e cumprimento de horário do momento de estudo

- e-SUS

- Humanização em Saúde

- Linhas de cuidado, regulação em saúde e redes de atenção

- Medicina Centrada na Pessoa

- Medicina baseada em evidência

- Gestão do tempo

- Participação popular e organização comunitária

- Planejamento em saúde

- Política Nacional de Atenção Básica

- Política Nacional de Saúde Indígena

- Preenchimento correto de prontuários e receituários

- Processo de trabalho e reunião de equipe

- Projeto Terapêutico Singular

- Protocolo clínico da Atenção Básica

- Sistemas de informação em saúde

- Telessaúde

- Integralidade da Atenção à Saúde

- Articulação interinstitucional com dispositivos e equipamentos do SUS

- Projeto de intervenção

- Saúde do Adolescente

- Relações Interculturais

- Alcool e drogas

6.3. Caso tenha abordado aperfeiçoamento da conduta clínica, aponte qual(is) grupo(s) prioritário(s) ou linhas de cuidado foram trabalhados.

- Dengue e Chikungunya

- Diabetes
- Hanseníase
- Hipertensão
- Imunização
- Materno infantil
- Promoção da saúde
- Saúde da criança
- Saúde da mulher
- Saúde da pessoa com deficiência
- Saúde da população do campo, florestas e águas
- Saúde da população LGBT
- Saúde da população negra
- Saúde do homem
- Saúde do idoso
- Saúde do trabalhador
- Saúde indígena
- Saúde mental
- Tuberculose
- Urgência e emergência

6.4. Qual(ais) ator(es) participou(aram) da escolha da temática da supervisão?

- Tutor
- Supervisor
- Médico participante
- Equipe de Saúde
- Gestor Municipal
- Comunidade

6.5. Qual(is) oferta(s) pedagógica(s) foi/foram disponibilizada(s) este mês?

- Discussão por telefone, skype ou e-mail
- Envio de material para leitura
- Ofertas educacionais promovidas pela gestão municipal/estadual (cursos, palestras, rodas de discussão, simpósios, etc)

Descreva:

Sem resposta

- Módulos educacionais ofertados pelo Sistema da UNA-SUS
- Telessaúde
- Portal Saúde Baseado em Evidências

7. METODOLOGIA UTILIZADA

7.1. Qual opção metodológica foi utilizada durante a supervisão?

- Realizar interconsulta na unidade de saúde ou em visita domiciliar
- Revisão de casos clínicos e eventos críticos
- Revisão de prontuários
- Construção de protocolo interno (Municipal/UBS)
- Adequação e validação de protocolo externo (Estadual, Nacional, Internacional)
- Exposição dialogada
- Consulta Simulada
- Feedback
- CAPE (Ciclo de Aperfeiçoamento Profissional da Equipe)
- CAPP (Ciclo de Aperfeiçoamento Profissional Pessoal)
- Planilha de necessidades
- Análise de vídeo-gravação de consulta ou grupo
- Treinamento de habilidades
- Psicodrama, teatro do oprimido, terapia comunitária
- Reunião
- PDP (Elaboração de Plano de Desenvolvimento Pessoal)

7.2. Aponte os encaminhamentos pactuados:

Sem resposta

AVALIAÇÃO MENSAL

1. ATUAÇÃO PRÁTICA EM ATENÇÃO BÁSICA

1.1. O médico participante atende em média quantos pacientes por dia?

0

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

2.1. Esse mês, o médico participante teve alguma dificuldade com a conduta clínica em algum tipo de paciente?

	SIM [Responda aos subitens 2.2 e 2.3]	NÃO
Selecione:		

2.2. Em que se baseou a dificuldade?

- Diagnóstico
- Tratamento
- Orientações
- Prescrição
- Encaminhamento

2.3. Descreva a(s) situação(ões) verificada(s) no subitem 2.2:

Sem resposta

2.4. Nesse mês, o médico participante conseguiu desenvolver as atividades de forma integrada com o restante da equipe?

	SIM [Responda ao subitem 2.5]	NÃO
Selecione:		

2.5. Conseguiu desenvolver essas atividades em que medida?

- Apenas encaminhou os casos sem momento algum de discussão
- Encaminhou os casos necessários e debate o plano terapêutico com a equipe nos casos mais complexos
- Participou do acolhimento junto com a equipe
- Trabalhou sem atendimento a demanda espontânea
- Trabalhou com atendimento a demanda espontânea
- Participou de consultas do pré-natal
- Participou da visita puerperal
- Realizou coleta de citologia oncológica para preventivo de câncer de colo de útero

2.6. O médico participante registrou os atendimentos nos prontuários?

	SIM [Responda ao subitem 2.7]	NÃO [Responda ao subitem 2.8]
Selecione:		

2.7. Qual o tipo de prontuário usado pelo médico participante?

Sem resposta

2.8. Qual(is) o(s) motivo(s) do não registro de prontuários?

Sem resposta

3. UTILIZAÇÃO DAS OFERTAS EDUCACIONAIS, DESEMPENHO E SITUAÇÃO FRENTE AO PROCESSO DE SUPERVISÃO

3.1. Classifique a atuação prática do médico participante, preferencialmente, em conjunto com a equipe e os usuários, usando a escala de pontuação entre 1 e 5 pontos:

	RUIM	REGULAR	BOM	MUITO BOM	EXCELENTE	NÃO SE APLICA
Conhecimento sobre o Telessaúde.						
Aplicação do Telessaúde na prática.						
Conhecimento dos Módulos educacionais ofertados pela UNA-SUS.						
Aplicação do Módulos educacionais da UNA-SUS na prática.						
Conhecimento sobre o Portal Saúde Baseada em Evidências.						
Aplicação do Portal Saúde Baseada em Evidências na prática.						
Conhecimento sobre os Cadernos da Atenção Básica.						
Aplicação dos Cadernos da Atenção Básica na prática.						
Em termos gerais como você avalia o comportamento do médico durante o processo de supervisão?						

3.2. Em termos gerais como você avalia o desempenho atual do médico participante no Projeto?

Sem resposta

3.3. Pontue alguns aspectos observados pelo Gestor Municipal/Equipe de Saúde/Usuários que refletem ações da supervisão contribuindo com a melhoria de desempenho do médico participante:

Sem resposta

3.4. Observações:

Sem resposta

4. ACESSO DO MÉDICO PARTICIPANTE NAS OFERTAS EDUCACIONAIS

4.1. Indique a situação de acesso do médico participante nas ofertas educacionais:

	Internet inadequada	Internet adequada/nenhum acesso	Internet adequada/dificuldade na participação	Internet e participação adequadas	Recusa participação	Não se aplica
Especialização						
Telessaúde						
Portal Saúde Baseada em Evidências						
Módulos Educacionais da UNA-SUS						

4.2. Observações:

Sem resposta

SUPORTE DO MUNICÍPIO

1. SUPORTE DO MUNICÍPIO AO MÉDICO PARTICIPANTE E AO PROCESSO DE SUPERVISÃO

1.1. Selecione:

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O município garante, adequadamente, moradia ao médico participante?			
O município garante, adequadamente, alimentação e água potável ao médico participante?			
O município oferta transporte adequado e seguro para o médico participante se deslocar, em caso de locais de trabalho em áreas de difícil acesso?			
O município oferta condições de trabalho adequadas ao médico participante?			
O município garante acesso à internet com qualidade de navegação para o médico participante realizar as atividades previstas no Projeto?			
O município desenvolve ações de Educação permanente para os médicos participantes do PMMB?			
A gestão municipal apoia adequadamente o trabalho do supervisor durante o processo de supervisão dos médicos participantes?			

1.2. Observações:

Sem resposta

OCORRÊNCIAS

1. INFORME SOBRE OCORRÊNCIAS [exemplos de boas práticas ou descumprimento das diretrizes do Projeto, ou na sua realização]

1.1. Você identificou alguma situação que precisa ser informada ao Tutor?

Sem resposta

1.2. Qual a avaliação sobre o conteúdo desta informação?

	POSITIVA	NEGATIVA	NÃO SE APLICA
Selecione:			

1.3. Qual o grau de importância desta situação?

	BAIXA	MÉDIA	ALTA	NÃO SE APLICA
Selecione:				

1.4. Descreva a ocorrência:

Sem resposta

PRÓXIMA SUPERVISÃO

1. PLANEJAMENTO PARA A SUPERVISÃO DO PRÓXIMO MÊS

1.1. Qual a modalidade da próxima supervisão?

Sem resposta

1.2. Descreva as atividades pactuadas com o médico participante para a próxima supervisão:

Sem resposta

1.3. Qual será o objetivo da próxima supervisão?

Sem resposta

1.4. Qual o provável período da supervisão do próximo mês?

Sem resposta

1.5. Quais temáticas serão abordadas?

Sem resposta

1.6. Caso você vá abordar aperfeiçoamento da conduta clínica, aponte quais grupos prioritários ou linhas de cuidado serão trabalhados.

Sem resposta

1.7. Qual opção metodológica será utilizada durante a supervisão?

Sem resposta

1.8. Será enviado previamente material bibliográfico e/ou outros materiais de apoio?

Sem resposta

ANEXO IX

RELATÓRIO DE SUPERVISÃO PRÁTICA – PROVAB 2015

IDENTIFICAÇÃO	
1. DADOS PESSOAIS DO SUPERVISOR	
1.1 NOME:	
1.2 CPF:	
2. DADOS PROFISSIONAIS DO SUPERVISOR	
2.1 Titulação:	
2.2 Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):	
2.3 Nome da Instituição Supervisora:	
3. DADOS PESSOAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
3.1 NOME:	
3.2 CPF:	
4. DADOS PROFISSIONAIS DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
4.1 Nome da Instituição de Ensino que se graduou:	
4.2 Ano de Graduação:	
4.3 Conselho Profissional (Órgão de Classe/Número do Registro/UF):	
5. LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO SUPERVISIONADO	
5.1 Município/UF:	
5.2 Unidade de Saúde (CNES/Nome):	
6. DADOS DA VISITA DE SUPERVISÃO	
6.1 Data da visita:	____/____/____

ASSIDUIDADE E ABSENTEÍSMO

1. INFORME CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA:

1.1 Nesse mês, o médico tem cumprido a carga horária de 32 horas semanais de integração ensino-serviço na Unidade de Saúde?

Para a situação “Não” deverá responder o subitem 1.2.

	SIM	NÃO [Deverá responder o subitem 1.2]
Selecione:	()	()

1.2. Descreva a situação:

2. INFORME SITUAÇÕES DE ABSENTEÍSMO:

2.1 No momento da supervisão, qual situação de absenteísmo foi verificada?

Para a(s) situação(ões) “Descanso autorizado” e/ou “Licença Temporária”, deverá responder o(s) subitem(ens) 2.2 e/ou 2.3 conforme Portaria SGTES/MS nº 11, de 13 de agosto de 2013 e Portaria SGTES/MS nº 21, de 18 de setembro de 2013.

Selecione:

- () Não se aplica
 () Ausência não justificada
 () Médico desligado do programa
 () Médico remanejado para outro município
 () Descanso autorizado [Deverá responder o subitem 2.2]
 () Licença temporária [Deverá responder o subitem 2.3]

2.2 Quantos dias de “Descanso Autorizado”?

	10 dias	15 dias	20 dias	30 dias
Selecione:	()	()	()	()

2.3 Qual o motivo da “Licença Temporária”?

Se selecionar “Outros”, deverá responder o subitem 2.4.

	Saúde (até 10 dias)	Saúde (acima de 10 dias)	Maternidade	Paternidade	Falecimento de familiar	Outros [Deverá responder o subitem 2.4]
Selecione:	()	()	()	()	()	()

2.4 Descreva:

PROCESSO DE SUPERVISÃO				
1. REALIZAÇÃO DA VISITA DE SUPERVISÃO				
1.1 Houve dificuldade para a realização da visita de supervisão? <i>Se a resposta for "SIM", deverá responder o subitem 1.2.</i>				
	SIM [Deverá responder o subitem 1.2]		NÃO	
Selecione:	()		()	
1.2 A dificuldade para realização da visita de supervisão está relacionada a qual aspecto? <i>Se selecionar "Outros", deverá responder o subitem 1.3.</i>				
	Solicitação de ajuda de custo	Acesso geográfico/logística	Ausência de apoio da gestão	Outros [Deverá responder o subitem 1.3]
Selecione:	()	()	()	()
1.3 Descreva:				
2. OBJETIVO DA VISITA DE SUPERVISÃO				
2.1 A visita de supervisão desse mês teve como objetivo principal:				
Selecione:				
Discussão temática planejada na visita anterior ()				
Acompanhar o atendimento clínico do médico supervisionado ()				
Reunião com a Gestão Local ()				
Reunião com a Equipe de Saúde ()				
Avaliação do Médico supervisionado ()				
Outros: ()				
Descreva: _____				
Não se aplica ()				
3. QUAL(IS) TEMÁTICA(S) FOI(RAM) DISCUTIDA(S) NESTA SUPERVISÃO?				
1.1 Selecione a temática:				
Processo de Trabalho ()				
Planejamento e Gestão ()				
Saúde da Criança ()				
Saúde da Mulher ()				
Saúde do Adulto ()				
Saúde do Idoso ()				
Saúde Mental ()				
Urgências e Emergências ()				
Atenção Domiciliar ()				
Educação em Saúde ()				
Ações no território ()				
Projeto de Intervenção ()				
Outros () – Descreva: _____				
Não se aplica ()				
1.2 Que tipo de estratégia(s) pedagógica(s) você utilizou?				
Discussão de caso clínico ()				
Discussão de situação vivenciada pelo médico ()				
Exposição do tema ()				
Debate com a equipe de saúde ()				
Avaliação do médico ()				

Oficina () Outros () – Descreva: _____ Não se aplica ()
4. OUTRAS OFERTAS EDUCACIONAIS UTILIZADAS NESSE MÊS
4.1 Selecione a oferta educacional:
Discussão por telefone, skype ou e-mail () Envio de material para leitura () Ofertas educacionais promovidas pela gestão municipal [cursos, palestras, rodas de discussão, simpósios, etc.] () Módulos educacionais ofertados pelo Sistema da UNA-SUS () Telessaúde () Portal Saúde Baseado em Evidências () Outros () – Descreva: _____ Não se aplica ()
4.2 Registre considerações que julgar importantes acerca do processo de supervisão realizado. Resposta opcional.

ATUAÇÃO DO MÉDICO						
1. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO MÉDICO						
1.1 Utilize a escala de desempenho para avaliar o médico de acordo com a percepção do supervisor. ESCALA DE DESEMPENHO: Ruim = 1 Regular = 2 Bom = 3 Muito bom = 4 Excelente = 5						
	1	2	3	4	5	Não se aplica
O médico tem uma compreensão ampliada dos problemas de saúde e atua com empatia e construindo vínculo com seus pacientes?	()	()	()	()	()	()
O médico consegue realizar anamnese e exame físico adequados ao contexto, registra adequadamente suas ações e utiliza recursos diagnósticos de forma racional?	()	()	()	()	()	()
O médico é assíduo e pontual (conforme relato da equipe, comunidade ou gestor local)?	()	()	()	()	()	()
O médico desenvolve atividades comunitárias e está inserido no processo de trabalho da equipe, contribuindo para o seu aprimoramento?	()	()	()	()	()	()

1.2 Registre considerações que julgar importantes acerca da atuação do médico.

Resposta opcional.

PRÓXIMA VISITA DE SUPERVISÃO

1. O QUE SERÁ ABORDADO NA PRÓXIMA VISITA CONSIDERANDO AS NECESSIDADES ELENCADAS PELO MÉDICO SUPERVISIONADO OU A PARTIR DE SUAS OBSERVAÇÕES ENQUANTO SUPERVISOR?

1.1 Selecione:

- Discussão temática ()
- Acompanhar o atendimento clínico do médico supervisionado ()
- Reunião com a Gestão Local ()
- Reunião com a Equipe de Saúde ()
- Avaliação do Médico supervisionado ()
- Outros ()
- Não se aplica ()

1.2 Selecione uma opção de tema:

- Processos de trabalho ()
- Planejamento e Gestão ()
- Saúde da Criança ()
- Saúde da Mulher ()
- Saúde do Adulto ()
- Saúde do Idoso ()
- Saúde Mental ()
- Urgências e Emergências ()
- Atenção Domiciliar ()
- Educação em Saúde ()
- Ações no território ()
- Projeto de Intervenção ()
- Outros: () - Descreva: _____
- Não se aplica ()

ANEXO X

AVALIAÇÃO PELO SUPERVISOR – PROVAB 2015

I – IDENTIFICAÇÃO			
1. DADOS PESSOAIS DO MÉDICO AVALIADO:			
1.1 NOME:			
1.2 CPF:			
2. LOCAL DE ATUAÇÃO DO MÉDICO AVALIADO:			
2.1 Município/UF:			
2.2 Unidade de Saúde (CNES/Nome):			
3. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO AVALIADOR:			
3.1 NOME:			
3.2 CPF:			
3.3 Nome da Instituição Supervisora:			
4. DATA:			
4.1 Data de realização da avaliação:			
II – PROCESSO DE TRABALHO			
1. ANAMNESE			
1.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Realiza coleta de dados relacionados ao problema trazido pelo(s) paciente(s), sem desprezar outros problemas/queixas relatados ou detectados.			
Realiza a anamnese com o paciente construindo apropriadamente a história da doença atual, história patológica pregressa, história social e familiar e a busca de informações relacionadas a sinais e sintomas de enfermidades comuns para a idade, situação social e localização geográfica do paciente.			
2. REGISTRO			
2.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Mantém o prontuário com registro de forma clara e priorizando os dados positivos e/ou relevantes.			
Preenche adequadamente os formulários de referência, informando a situação dos pacientes e o que já foi realizado na Atenção Básica.			
Utiliza os Sistemas de Informação em Saúde (SIAB, E- SUS, FICHAS DE NOTIFICAÇÃO).			

3. CONDUTA /ORIENTAÇÃO			
3.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
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.			
Apresenta boa técnica do exame físico.			
Deixa o paciente à vontade e explica os exames realizados.			
Solicita exames com critério e dentro da necessidade do caso.			
Sabe interpretar os resultados de exames e relacioná-los com o problema apresentado pelo paciente.			
Acessa as ofertas educacionais complementares para aprofundar as condutas (ex.: Portal Saúde Baseada em Evidências, Telessaúde, Comunidade de Práticas e BMJ).			
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.			
Integra as temáticas abordadas durante o curso de especialização no cotidiano do seu processo de trabalho.			
III – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO BÁSICA			
1. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO/ACOLHIMENTO			
1.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Acolhe os pacientes que chegam por demanda espontânea, fazendo escuta qualificada para estabelecer vulnerabilidade e classificação de risco.			
Atende tanto casos agudos quanto crônicos, realiza observação e procedimentos de pacientes na Unidade.			
Trabalha com agendamento dos pacientes que necessitam de acompanhamento a longo prazo.			
Realiza visitas domiciliares planejadas conforme as necessidades dos pacientes (restritos ao			

domicílio/ acamados).			
2. COORDENAÇÃO DO CUIDADO E LONGITUDINALIDADE			
2.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Conhece os fluxos e serviços existentes na rede de saúde local.			
Garante espaço na agenda para retorno dos pacientes atendidos nos prazos adequados.			
Informa os pacientes sobre como acessar outros serviços.			
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.			
Monitora os retornos dos pacientes atendidos em outro nível de atenção.			
3. INTEGRALIDADE			
3.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Realiza abordagem clínica ampliada, considerando aspectos do contexto de vida das pessoas (condições socioeconômicas, psicossociais, religiosas, culturais).			
Constrói processo de intervenção com equipe			
Envolve a família no cuidado dos pacientes, elaborando projetos terapêuticos compartilhados.			
Preocupa-se com a saúde dos cuidadores e elabora plano de acompanhamento para eles.			
4. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
4.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Realiza atividades de educação em saúde com a comunidade.			
Atua junto às instituições ou organizações comunitárias visando à promoção da saúde.			
5. AÇÕES DE INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA			
5.1 SELECIONE:	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
Envolve-se em atividades coletivas dentro e fora da unidade visando à promoção da saúde.			
Incentiva e participa de ações de controle social (Conselho Local de Saúde).			

IV – OBSERVAÇÃO:
1. OBSERVAÇÕES REFERENTES À AVALIAÇÃO:
1.1 Registre aqui questões gerais sobre o processo de avaliação, em especial, para os casos em que determinada ação não é desempenhada pelo médico devido a questões estruturais, de insumos ou de gestão.