



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIANA AMORIM ALENCAR

**SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL:
UMA ANÁLISE DE SUAS POTENCIALIDADES E PROPOSTAS PEDAGÓGICAS**

FORTALEZA

2018

MARIANA AMORIM ALENCAR

SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA
ANÁLISE DE SUAS POTENCIALIDADES E PROPOSTAS PEDAGÓGICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota.
Coorientadora: Prof. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A354s Alencar, Mariana Amorim.

Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil : uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas / Mariana Amorim Alencar. – 2018.
138 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Maria Vaudelice Mota.

1. Educação Médica. 2. Educação Permanente. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Visitas com o preceptor. 5. Programas Governamentais. I. Título.

CDD 610

MARIANA AMORIM ALENCAR

SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA
ANÁLISE DE SUAS POTENCIALIDADES E PROPOSTAS PEDAGÓGICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 / 11 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/CE)

Profª. Dra. Maria do Socorro de Sousa
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Aos amigos do plano espiritual.

Aos meus pais, Pedro e Eliz.

Aos meus sogros, Paiva e Marly.

Ao meu esposo, Adriano Azevedo.

À sempre Tia Maria.

Aos diversos amigos, irmãos, cunhadas,
primos, enteados.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Às Professoras Dra. Maria Vaudelice Mota e Dra. Maria do Socorro de Sousa, pelo exemplo na arte de educar com sensibilidade e competência, além da cumplicidade na excelente orientação.

Às Professoras participantes da banca examinadora Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto e Dra. Tatiana Monteiro Fiuza, pelo carinho e empenho com que realizaram as valiosas colaborações e sugestões.

Aos supervisores acadêmicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil da Universidade Federal do Ceará, pela dedicação e compromisso com que se dispuseram a realizar essa pesquisa.

Aos tutores e supervisores acadêmicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil da Escola de Saúde Pública do Ceará, em especial aos Professores Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro e Frederico Fernando Esteche, pela parceria incondicional diante de tantos desafios e pelo exemplo de compromisso com a saúde pública brasileira.

Aos professores e colegas do programa de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

Às Instituições Supervisoras e gestores do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, dos municípios e estados que tornaram possível o Programa Mais Médicos ser uma realidade ao povo brasileiro.

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.”

Rubem Alves

RESUMO

Essa pesquisa abordou a Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Procuramos analisar o seu desenvolvimento, refletir sobre suas práticas, dialogar sobre a possibilidade de novas intervenções, de modo a construir, em conjunto com os supervisores, um plano de ação. O PMMB integra uma das três ações estruturantes do Programa Mais Médicos (PMM), cuja finalidade é formar Médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Busca realizar um processo de aperfeiçoamento profissional, mediante integração ensino-serviço, conforme a lógica da educação permanente. A Supervisão Acadêmica tem a missão de ofertar suporte aos médicos participantes para o fortalecimento das competências necessárias à atuação na atenção básica. Apesar das determinações nas normas vigentes, consideramos que falta uma delimitação mais clara em relação ao papel que o supervisor deve assumir neste Projeto e à metodologia de supervisão a ser utilizada, o que tem fomentado diferentes experiências em sua implementação. A revisão da literatura evidenciou que as concepções sobre a supervisão vêm se modificando bastante ao longo do tempo, tanto no campo da saúde, como no da educação. A UFC tem acumulado significativa experiência em relação à educação médica e participa deste Projeto desde sua implantação, em 2013. Dessa forma, realizamos uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação com os dezessete supervisores vinculados ao PMMB desta instituição. A pesquisa foi organizada em quatro fases: exploratória/planejamento, entrevistas semi-estruturadas, oficinas e avaliação. Adotamos como base teórica para esse estudo a análise pragmática apresentada por Habermas (2004), estruturada a partir da teoria linguística de Humboldt. Toda a investigação foi baseada nos princípios da bricolagem. A análise mostrou que os supervisores exercem papéis diversificados nas práticas cotidianas, que requerem competências além das adquiridas nos processos usuais de formação. A pesquisa suscitou o conteúdo cognitivo das discussões morais e possibilitou validar consensos, promover acordos intersubjetivos e negociar compromissos. O plano de ação elaborado retratou as reflexões sobre as potencialidades da supervisão para qualificar a atuação dos profissionais da atenção básica e fortalecer a educação permanente. Além disso, apontou necessidades de aprimoramento do Projeto por parte da Coordenação Nacional.

Palavras-chave: Educação Médica. Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Programas governamentais. Visitas com preceptor.

ABSTRACT

This research addressed the Academic Supervision of the More Doctors Project for Brazil (PMMB) of the Federal University of Ceará (UFC). We sought to analyze its development, to reflect on its practices, to discuss the possibility of new interventions, in order to build with the supervisors an action plan. The PMMB integrates one of the three structuring actions of the More Doctors Program (PMM), whose purpose is to train Doctors for the Unified Health System (SUS). This Project seeks to achieve professional improvement through teaching-service integration, according to the logic of permanent education. The Academic Supervision has the mission of offering support to the participating physicians to strengthen the skills needed to work in primary health care. Despite the determinations in the current regulations, we believe that there isn't no clear definition of the role that the supervisor should assume in this Project and the supervision methodology to be used. This has enabled different experiences in its implementation. The review of the literature has shown that conceptions about supervision have been changing considerably over time, both in health and in education. The UFC has accumulated significant experience in medical education and has participated in this Project since its implementation in 2013. Therefore, we performed a qualitative research, known as action research, with the seventeen supervisors of this institution linked to this Project. The research was organized in four phases: exploratory and planning; semi-structured interviews; workshops; and evaluation. We adopt as theoretical basis for this study the pragmatic analysis presented by Habermas (2004), structured from the linguistic theory of Humboldt. All research was based on the principles of bricolage. The analysis showed that supervisors play diverse roles in daily practices, which require skills beyond those acquired in the usual training processes. The research fostered the cognitive content of moral discussions making it possible to validate consensus, promote intersubjective agreements and negotiate commitments. The action plan portrayed the reflections on the potential of supervision to qualify the performance of primary care professionals and to strengthen continuing education. In addition, it pointed out needs for improvement of the Project by the National Coordination.

Keywords: Medical Education. Continuing Education. Primary Health Care. Government Programs. Teaching Rounds.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	14
2.1	Contextualização do Projeto Mais Médicos	14
2.2	A supervisão no campo da educação	28
2.3	A supervisão no campo da saúde	34
2.4	A Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil	45
2.5	Nosso envolvimento com o objeto e etapas preliminares	48
3	OBJETIVOS	54
4	DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA	55
4.1	Grupo de pesquisa	57
4.2	Fases da Pesquisa	57
4.2.1	<i>Fase exploratória e de planejamento</i>	58
4.2.2	<i>Fase das entrevistas semi-estruturadas</i>	58
4.2.3	<i>Fase das oficinas</i>	60
4.2.4	<i>Fase da avaliação</i>	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1	Perfil do grupo de supervisores	69
5.2	Sujeitos (atores) envolvidos nas atividades e modelos de supervisão	70
5.3	Análise das argumentações dos supervisores sobre o desenvolvimento de atividades de supervisão nas UBS	73
5.3.1	<i>Pressuposto 1 – o papel de fiscalizador e controlador</i>	76
5.3.2	<i>Pressuposto 2 – o papel de preceptor</i>	78
5.3.3	<i>Pressuposto 3 – o papel de supervisor</i>	80
5.3.4	<i>Pressuposto 4 – o papel de apoiador institucional</i>	81
5.3.5	<i>Pressuposto 5 – o papel de verificar a avaliação que os diversos atores do Projeto fazem do médico participante</i>	82
5.4	Análise das argumentações dos supervisores sobre o desenvolvimento de atividades coletivas de supervisão	84
5.4.1	<i>Pressuposto A – o papel do educador</i>	85
5.4.2	<i>Pressuposto B – o papel do apoiador institucional</i>	87
5.4.3	<i>Pressuposto C – o papel do supervisor</i>	89

5.4.4	<i>Pressuposto D – o papel do articulador</i>	90
5.4.5	<i>Pressuposto E – o papel de representante do Projeto</i>	91
5.5	Análise da avaliação da pesquisa-ação pelos supervisores	93
6	CONCLUSÃO	98
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS SUPERVISORES)	106
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO DE ENTREVISTA)	108
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO)	109
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
	ANEXO 1 – MANUAL PARA OS MÉDICOS PARTICIPANTES	112

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa abordou a Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Procuramos analisar o seu desenvolvimento e elaborar, em conjunto com os supervisores, um plano de ação capaz de refletir as potencialidades de suas atividades pedagógicas. Para isso, optamos por adotar a percepção dos próprios supervisores sobre as atividades que realizam e propiciar momentos de reflexão acerca das que poderiam realizar, tendo em vista seus desejos, intenções, o contexto atual e as determinações previstas nas políticas, normas, regulamentos, portarias, leis, etc.

A supervisão no campo da saúde vem apresentando várias características distintas ao longo do tempo, acompanhando principalmente o processo de descentralização da estrutura organizacional dos serviços de saúde (REIS, 2001). Entendida sempre como uma prática para aperfeiçoamento, traz consigo uma dimensão eminentemente avaliativa (NUNES, 1986). Em uma visão mais tradicional, o supervisor observaria o trabalho de um profissional numa relação assimétrica e autoritária. Em programas de extensão da cobertura assistencial das décadas de 1970 e 1980, configurou-se numa atividade meramente burocrática e fiscalizatória, com o papel de materializar e estender a vontade gerencial e sua capacidade de comando ao nível de execução. Nesse contexto, o supervisor procurava ajustar os aspectos técnico-administrativos aos padrões e metas previamente definidos, realizando principalmente três atos interligados: conferir, retificar e informar (NUNES, 1986).

A década de 1980 foi marcada pela reforma do setor saúde brasileiro, com várias experiências de modernização e discussões sobre o modelo necessário de supervisão, se especializado, limitado a atividades específicas e restrito, ou polivalente, de natureza ampla, com enfoque em aspectos gerais da programação. Além do papel fiscalizador, reconhecia-se que a supervisão exercia um processo de orientação pedagógica e apoio técnico ao trabalhador apresentando, portanto, uma função dual, permeada pelo conflito entre controle do processo de trabalho e maior participação das equipes no nível de execução (REIS, 2001). Assim, numa visão moderna, a supervisão procuraria associar controle e educação, numa perspectiva de atuação conjunta sobre o trabalho do profissional, o que ficou conhecido como “convisão” (termo cunhado por Roberto Nogueira) (Reis e Hortale, 2004).

O processo de municipalização e descentralização da saúde fomentou um novo ciclo gerencial na administração pública brasileira, marcado pela necessidade de um desenho de supervisão capaz de monitorar as ações e programas de saúde, com maior valorização das

equipes de saúde e participação dos usuários (Reis, 2001).

No âmbito dos serviços básicos, houve uma tendência de reestruturação da supervisão “gerencial”. Coube ao supervisor integrar as distintas, porém complementares ações, exercidas por diferentes profissionais e serviços, de modo a conferir unidade funcional para o alcance dos objetivos. Por sua característica de trabalho coletivo, realizado por equipe multidisciplinar, essas atividades não estariam restritas a pessoas ou setores específicos, como em outros ramos da produção. Mas, poderia ser viabilizado pelo planejamento e programação prévia de acordo com as necessidades de saúde da população, impondo a polivalência como atributo indispensável ao supervisor de rotina (NUNES, 1986).

Nessa perspectiva de tentar integrar os profissionais e os serviços, por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo instituiu, em 2009, o Programa de Articuladores da Atenção Básica, chegando a criar uma nova função profissional chamada “articulador da atenção básica”. O objetivo é oferecer assessoria técnica aos gestores e profissionais de saúde dos municípios, auxiliar na análise da efetividade da atenção básica e, a partir das necessidades de cada região, sugerir propostas de mudanças. Além da assessoria técnica propriamente dita, na prática os articuladores promovem a comunicação interinstitucional e desempenham um papel político na defesa de um modelo de atenção pautado na atenção básica ampliada (DORICCI, GUANAES-LORENZI e PEREIRA, 2016).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde sugere espaços institucionais em que a equipe de atenção básica e os gestores poderiam se aliar para refletir, aprender e transformar os processos de trabalho cotidianos. Nesse sentido, descreve a estratégia de apoio institucional como uma função gerencial que procuraria reformular “o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” e que teria o objetivo de realizar mudanças nas organizações com base nos problemas e tensões do dia-a-dia (BRASIL, 2017).

As decisões políticas no âmbito das instituições e decorrentes medidas administrativas, mais do que as qualidades pessoais dos supervisores, são fundamentais para a estruturação de uma supervisão mais participativa, de modo que os conteúdos e procedimentos de supervisão possam ser modificados de acordo com as necessidades detectadas (NUNES, 1986).

No Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a Supervisão Acadêmica foi estruturada a fim de ofertar suporte pedagógico aos médicos participantes, por meio de atividades de integração ensino-serviço, no âmbito da atenção básica. Esse Projeto representa um dos eixos do Programa Mais Médicos e viabilizou o provimento desses profissionais em

regiões vulneráveis do País, com oferta de bolsa-formação (BRASIL, 2017) (CASTRO, 2017). Além dos médicos participantes, integram a Supervisão Acadêmica: gestores municipais e coordenadores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, supervisores e tutores acadêmicos e o Ministério da Educação.

Com a finalidade de coordenar e articular as ações de aperfeiçoamento, na lógica de educação permanente, a Supervisão Acadêmica deve desenvolver suas atividades em momentos de supervisão periódica longitudinal *in loco*; em encontros de supervisão localregionais, com a reunião presencial dos atores do projeto de uma determinada região; e em encontros de educação permanente para a qualificação da supervisão acadêmica (gestão acadêmica), para tratar do acompanhamento dos médicos participantes e suas necessidades de formação.

São atribuições dos supervisores no Projeto: realizar visitas periódicas para acompanhar as atividades dos médicos participantes; permanecer disponíveis por meio de telefone e “internet”; aplicar instrumento de avaliação; e 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 quarenta horas semanais, previstas pelo Projeto (BRASIL, 2015a).

Os relatórios de supervisão sugerem que o supervisor “acompanhe ou discuta os atendimentos feitos pelos médicos; registre suas impressões sobre a infraestrutura do local de atendimento; compreenda como se organiza o processo de trabalho do médico na equipe e como transcorre a relação do médico com a comunidade, entre outros aspectos que forem considerados relevantes pelo supervisor ou mencionados pelo médico participante” (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015c).

Apesar das determinações nas normas vigentes, percebemos que falta uma delimitação mais clara em relação ao papel que o supervisor deve assumir neste Projeto e à metodologia de supervisão a ser utilizada, o que tem fomentado diferentes experiências em sua implementação (Castro, Moraes e Iguti, 2015). A “abertura” normativa para esse tipo de trabalho em saúde, em si, não foi considerada problemática, pois possibilita as adaptações necessárias às distintas realidades locais e promove criatividade e reinvenções constantes do agir cotidiano. Entretanto, a ausência de um “referencial comum” para nortear as ações de cada supervisor individualmente foi apontada como motivo que dificultava as práticas cotidianas dos supervisores.

Além disso, no contexto da educação médica, diversos termos são empregados a fim de denominar os profissionais mais experientes que se ocupam desse processo de

formação, principalmente: preceptor, supervisor, tutor e mentor. A proximidade semântica entre essas palavras gera confusões entre os seus significados e promove indefinições em relação aos papéis que eles indicam (Botti e Rego (2008).

A pergunta em questão diz respeito a: o que os supervisores devem fazer? Para Habermas (1989, pág. 71), “dever fazer algo” implica necessariamente “ter boas razões para fazer algo” e esse tipo de questão se configura como “decisão por ações guiadas por normas ou a escolha das próprias normas de ação”. Em seu entendimento, as normas dependem do estabelecimento de relações interpessoais ordenadas de maneira legítima para serem reproduzidas. Dessa forma, a validade social de uma norma dependeria a longo prazo de ser aceita como válida por aqueles a quem é endereçada. Esse reconhecimento, em contrapartida, se apoiaria na expectativa de que essas possam ser fundamentadas.

A UFC tem acumulado significativa experiência em relação à educação médica e participa deste Projeto desde a sua implementação, em 2013, ofertando curso de especialização e atuando como Instituição Supervisora. Dessa forma, partimos do pressuposto de que o reconhecimento intersubjetivo entre os supervisores das razões pelas quais cada um realiza suas atividades pode contribuir para suscitar momentos de reflexão e entendimentos mútuos acerca do papel do supervisor neste Projeto e sobre as metodologias mais adequadas aos propósitos almejados por eles.

Essas percepções são fruto de nossa aproximação como pesquisadoras em relação ao grupo de supervisores do PMMB da UFC, na perspectiva da proposta deste estudo. Somos duas médicas, ambas tutoras do PMMB (uma vinculada à ESP/CE e outra à UFC), e uma educadora que realiza a assessoria pedagógica ao grupo de supervisão da UFC. Compomos também, em função da proposta desta pesquisa, um coletivo que constitui o grupo de estudos de pesquisa-ação, vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFC (NESC/UFC).

Durante esse curto período de implementação do Projeto, ocorreram poucos exercícios de análise das atividades que estão sendo desenvolvidas pela Supervisão Acadêmica. Os produtos desse tipo de exercício podem servir para fomentar a criação de novas formas de suporte aos profissionais da atenção básica e, conseqüentemente, para a qualificação das práticas de cuidado em saúde neste âmbito.

Adotamos como base teórica para esse estudo a análise pragmática apresentada por Habermas (2004, pág 63-97), estruturada a partir da teoria linguística de Humboldt. Toda a investigação foi baseada nos princípios da bricolagem.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Contextualização do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

A organização de cuidados primários de saúde há muito tempo é ressaltada como estratégia fundamental para que os países consigam atingir níveis de saúde desejáveis para todas as pessoas, de maneira sustentável e mais equânime. Esse anseio foi expresso particularmente na Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, e retratado na Declaração de Alma Ata, quando da conferência internacional ocorrida no atual Casaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978 (OMS, 1979).

O que se pretendia era garantir o acesso da população aos serviços de saúde e superar os desafios do “círculo vicioso da pobreza”, caracterizado por forças políticas, sociais e culturais em ambientes complexos de limitação de recursos, comunicações deficientes, grandes distâncias, pobreza individual e comunitária, além de falta de integração que tendiam a conservar as disparidades entre países considerados desenvolvidos e países em desenvolvimento, mantendo esses últimos num perpétuo estado de pobreza. Com o caráter predominante essencialmente curativo, a saúde incorporava cada vez mais novas tecnologias, possibilitada pelo desenvolvimento pós-guerra, refletindo tanto no aumento dos custos da prestação de serviços, como na inviabilização do acesso de parcelas significativas da população (RIBEIRO, 2007).

Desde a década de 1950, entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia que os esforços despendidos em campanhas especializadas não apresentavam resultados duradouros, se não fossem acompanhados por cuidados de saúde permanentes para controle e prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde. Na década de 1960, o início do debate apontando a determinação econômica e social da saúde foi decisivo para indicar mudanças nas abordagens que eram centradas essencialmente no controle das enfermidades. Pesquisas realizadas pelos canadenses, como o Relatório Lalonde “Nova Perspectiva na Saúde”, de 1974, ressaltavam a ideia de determinantes “não médicos” da saúde e passaram a vincular a saúde com as condições de vida da população. A necessidade de novas estratégias a serem desenvolvidas no setor saúde, diverso do modelo biomédico, teria dado origem às ideias que depois conformaram a noção de Atenção Primária à Saúde (APS) (RIBEIRO, 2007).

O relatório síntese das discussões da supracitada conferência enfatiza a necessidade de um conceito de saúde mais amplo do que a simples ausência de doença ou

enfermidade, além de reconhecer a saúde como “um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial”. Neste documento, os cuidados primários de saúde foram assim definidos (OMS, 1979):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem ou trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. [...] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979, p. 3).

Para Starfield (2002), todo sistema de saúde procura aplicar o melhor conhecimento existente sobre as causas e manejo das doenças e sobre as formas de maximização da assistência, com a finalidade de otimizar a saúde da população e de diminuir as desigualdades de acesso de subgrupos populacionais aos serviços. Entretanto, a autora ressalta uma tendência geral de subespecialização na área de saúde entre os países, como forma de lidar com o grande volume de novas informações, propiciado pelo desenvolvimento do conhecimento científico. O resultado teria sido a fragmentação do cuidado, com “um crescente estreitamento de interesses e competências” nas profissões e enfoque direcionado para atuação sobre as enfermidades específicas, em detrimento da análise sobre a saúde geral das pessoas e da comunidade (STARFIELD, 2002).

Apesar de ter reconhecido que a atenção especializada seja altamente eficaz para doenças individuais, Starfield (2002) destacou que não produz assistência sistêmica efetiva. Além de exigir mais recursos do que a atenção primária à saúde, não atua para a prevenção de enfermidades ou promoção da saúde, desconsiderando o contexto no qual a doença ocorre e o paciente vive. De fato, estudos comparativos realizados na década de 1980 e 1990, em nações consideradas industrializadas, mostraram que os países orientados para atenção primária apresentaram melhores resultados em saúde, prevenindo mais amplamente doenças e mortes (STARFIELD, 2002; MACINKO, STARFIELD, SHI, 2003; ATUN, 2004; STARFIELD, SHI e MACINKO, 2005). Depois disso, foi possível também verificar melhorias dos indicadores de resultado e maior satisfação dos usuários em países com rendimentos médios que conseguiram investir na estruturação da atenção primária, como o Brasil, Chile e Tailândia

(OMS, 2008), assim como evidenciar o impacto da atenção primária, principalmente na saúde infantil, de países de baixa e média renda (MACINKO, STARFIELD, ERINOSHIO, 2009).

Giovanella (2018) ressalta três componentes da concepção de atenção primária à saúde presentes em Alma-Ata que foram importantes para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: acesso universal e primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde; reconhecimento da influência do desenvolvimento econômico-social compondo os determinantes sociais de saúde; e a participação social. Ao mesmo tempo, a autora adverte para a noção de “abordagem ‘seletiva’ de cestas de serviços ‘custo-efetivos’ para pobres”, que teria sido efetivamente implementada na América Latina, incentivada por organismos internacionais. Isso teria levado o Brasil a se opor a essa ideia e a assumir no SUS uma outra denominação: “atenção básica à saúde”. Com o intuito de diferenciar ideologicamente a concepção reducionista presente no termo “atenção primária à saúde”, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro teria procurado enfatizar a noção de cidadania ampliada, da saúde como direito, e o objetivo de construir um sistema público universal.

Para a autora, atenção básica pode sugerir, em contrapartida, a oferta de “uma cesta de serviços médicos restritos”, ideia que esteve presente, por exemplo, na proposta do PrevSaúde, que objetivava ampliar a cobertura desses serviços no País, no final da década de 1970. Ainda hoje, a sugestão de uma “cesta mínima de serviços” parece permear o entendimento do que seja cobertura universal de saúde, pois os indicadores definidos pelo Banco Mundial e OMS em 2017, a fim de monitorar a meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Agenda 2030 (meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar”), ressaltam um “índice de serviços essenciais”. Dessa forma, difere da concepção de integralidade que predominou nas discussões de Alma-Ata, cujo acesso universal com equidade teria sido formulado a partir das necessidades individuais, independentemente da renda (GIOVANELLA, 2018).

Uma terceira compreensão da literatura internacional acerca do significado de “atenção primária à saúde”, citada pela autora, é a atenção ofertada por médicos generalistas em serviços de primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Esta não representaria uma “atenção primária à saúde seletiva”, pois estaria funcionando como “porta de entrada preferencial” de um sistema universal e integral, de forma a garantir assistência oportuna e resolutiva. Embora a autora reconheça que em nosso País “existe certo consenso sobre o ideário de uma atenção básica estruturante de um SUS de qualidade”, destaca que os diversos enfoques e contraposições estão em permanente disputa na construção das políticas de saúde, muitas vezes evidenciando diferenças entre sua formulação e sua implementação de

fato (GIOVANELLA, 2018, p. 2).

No Brasil, antes da implantação do SUS, não existia uma política nacional de atenção primária e a assistência médica do seguro social vigente prestava serviços apenas de pronto atendimento e atenção ambulatorial, com forte ênfase na atenção especializada. Menos de 50% da população tinha acesso a esses serviços de saúde, pois o direito aos mesmos era restrito aos empregados vinculados ao mercado de trabalho formal urbano, por meio de contribuição compulsória para a previdência social. Os trabalhadores rurais possuíam cobertura parcial do FUNRURAL, pela contratação de terceiros, geralmente hospitais filantrópicos como as Santas Casas. Importante parcela da população não tinha acesso às ações de atenção à saúde, era tratada como indigente e recorria a hospitais filantrópicos, nos casos de extrema necessidade. O Ministério da Saúde ofertava algumas ações para controle de endemias, principalmente em áreas rurais das regiões norte e nordeste. Poucos municípios organizavam serviços que se restringiam a atendimentos de urgência (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Algumas iniciativas de atenção primária passaram a ser desenvolvidas antes mesmo de Alma-Ata. Na década de 1970, foram criados centros de saúde vinculados a programas experimentais de saúde comunitária de universidades, articulados com os serviços municipais. Posteriormente, foram propostos Programas de Extensão de Cobertura, em formato ampliado, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), implementado em 1976, e o já citado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), que não chegou a ser implementado por oposição de empresários, dirigentes e burocratas do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) existente na época (PAIM, 2012).

Segundo Paim (2012), após a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), que priorizou o tema da extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos, as discussões sobre atenção primária “esmaeceu-se” e o foco passou a ser o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, sistematizado depois na 8ª na Conferência Nacional de Saúde (1986). Vários setores da sociedade civil se uniram nesse Projeto a fim de construir um sistema de saúde com acesso universal para todos os brasileiros, trabalhadores ou não, e de garantir a integralidade das ações (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

A estratégia-ponte eleita para a construção do SUS foi o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2012), que conforme Pinto e Giovanella (2018), buscou promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública dos estados e municípios, a partir de meados dos anos 1980, e teria

inspirado posteriormente outros programas de orientação comunitária que embasaram uma política nacional de atenção básica: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em seguida, o Programa de Saúde da Família (PSF).

A partir da Constituição Federal de 1988, então, o sistema público de saúde se torna único, com comando exclusivo em cada esfera de governo, de forma a descentralizar as ações e serviços e a garantir participação social, passando os municípios a ter gradativamente um papel essencial na assistência à saúde (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Baseando-se em uma iniciativa de trabalho desenvolvida em Planaltina-DF, de 1974 a 1978, que utilizou auxiliares de saúde capacitados para exercerem atividades essencialmente materno-infantis junto às famílias, foram contratadas no sertão do Ceará, na região de Iguatu, em 1987, cerca de seis mil mulheres para atuarem como “agentes de saúde”. O sucesso obtido na redução da mortalidade infantil local tornou permanente esse programa originalmente emergencial e inspirou sua adoção pelo Ministério da Saúde nos demais Estados nordestinos, em 1991. Posteriormente, foi estendido para todo o País como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil nacional após a primeira semana de vida (BRASIL, 2010c).

Pela fácil convivência e comunicação com as famílias que acompanhavam, compartilhando a mesma cultura e as mesmas dificuldades, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) levavam as mães para os serviços de pré-natal e puericultura, vacinavam as crianças, estimulavam o aleitamento materno, orientavam a higiene e o uso do soro de reidratação oral, possibilitavam o planejamento familiar, ações que fizeram com que muitos leitos pediátricos hospitalares fossem transformados em leitos para adultos. Os ACS receberam o reconhecimento por lei, em 2002, como nova categoria profissional. Em 2003/2004, cerca de 200 mil ACS realizaram a primeira etapa de um curso técnico elaborado especificamente para sua formação. Em 2007 e 2008, o Brasil apoiou a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, em Angola (BRASIL, 2010c).

A experiência exitosa do PACS teria facilitado a aprovação posterior do Programa Saúde da Família (PSF). Foi ressaltado um sentimento de indignação diante da precariedade ainda presente à época no acesso aos serviços de saúde, com cerca de 1.000 municípios brasileiros sem a presença de profissionais médicos, o que teria fomentado a idealização do Programa em 1993, aproveitando as experiências brasileiras em atenção primária, principalmente as de Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambá/GO. Inicialmente batizado como Medicina ou Médico de Família, o nome Programa Saúde da Família teria sido inspirado a partir de uma proposta de Residência Universitária em

Saúde da Família, de Quixadá-CE. O financiamento específico para esse Programa, entretanto, só pode ser viabilizado no ano seguinte, em 1994 (BRASIL, 2010c).

Com o tempo, o PSF passou a ser reconhecido como uma política estruturante, se constituindo na principal estratégia do governo para a ampliação do acesso e para a mudança do modelo assistencial. Em 2006, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica ressaltou a modificação do nome para Estratégia Saúde da Família (ESF) e a priorização dada pelo governo federal a este modelo de organização (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Por meio do trabalho em equipe multidisciplinar, constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis ACS, a estruturação da ESF baseou-se em princípios norteadores para o desenvolvimento de práticas de saúde com orientação familiar e comunitária, pautado em um processo de territorialização, de modo a estabelecer o vínculo com o usuário, a respeitar as características culturais específicas da população, além de garantir integralidade e coordenação do cuidado, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Alguns autores inclusive destacaram que consolidar a atenção básica representa, na verdade, uma intervenção para a implantação dos próprios princípios do SUS (MERHY e ONOCKO, 1977).

Considerada a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que aborda a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Para isso, pretende-se que se constitua em pontos de atenção à saúde dispostos de maneira capilarizada no território, o mais próximo possível da vida das pessoas, se responsabilizando pelo cuidado longitudinal de uma população adscrita, coordenando o acesso dos usuários a outros serviços de saúde, conforme a necessidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017a).

No Brasil, optou-se por organizar a atenção em saúde em formato de Rede de Atenção à Saúde (RAS), como forma de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e de qualificar a atenção e a gestão do cuidado. A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e missões assistenciais, integrados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Deve operacionalizar-se pela interação de seus elementos constitutivos: população/ região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. É caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção. Nesse âmbito, a atenção básica tem a função de funcionar como o centro

de comunicação e de coordenar o cuidado ao usuário na RAS (BRASIL, 2010b).

Em 2008, foram implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por uma variedade de profissionais da área de saúde, com o intuito de ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica em cada localidade (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

A atenção primária, ou atenção básica, expressões utilizadas atualmente como sinônimos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), foi incluída oficialmente como prioridade de governo, em 2011, tendo sido realizado o destaque dos 10 (dez) principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento para que fossem propostas medidas de superação (BRASIL, 2015c, p. 19):

1. Financiamento insuficiente da atenção básica.
2. Infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde (UBS).
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
8. Inadequadas condições e relação de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade. [...] (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 19).

A expansão da atenção básica e as mudanças alcançadas, mesmo que ainda parciais, decorrem da continuidade de indução financeira do modelo ESF, sustentada ao longo do tempo, considerada como mecanismo fundamental para a redução de heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais, e para a promoção de equidade (GIOVANELLA, 2018). Embora em contexto de subfinanciamento geral da saúde, a análise específica do financiamento federal da atenção básica, abordando o período de 1998 a 2014, demonstrou aumento progressivo desde a sua criação, especialmente nos quadriênios de 2003 a 2006 e, mais intensamente, de 2011 a 2014. A quantidade de recursos investidos na atenção básica em 2014 foi mais que o dobro investido em 2010, por exemplo. Além disso, comparativamente, a participação da atenção básica no recurso global do MS passou de 14% para 19%, no último quadriênio considerado (PINTO, 2014).

Ressalta-se, no supracitado estudo, a prioridade dada ao componente de indução financeira relacionado à Estratégia da Saúde da Família (ESF), cujas propostas buscam

intervir nos desafios destacados acima e reafirmar a ESF como modelo prioritário para reorganização da atenção básica no País (PINTO, 2014). Em comparação com outros modelos de organização da atenção básica, a ESF evidenciou melhor impacto na situação de saúde de indivíduos e coletividades, favoreceu a reorientação do processo de trabalho, ampliou a resolutividade e demonstrou melhor custo-efetividade (BRASIL, 2011c). A superioridade do modelo saúde da família em relação à atenção básica tradicional pode, portanto, ser verificada em diversos estudos (GIOVANELLA, 2018).

Em que pese o aumento global das transferências federais para atenção básica, Giovanella (2018) destaca que o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, com base de cálculo populacional, permaneceu em 24 reais por pessoa/ano entre 2002 e 2016, limitando a capacidade e autonomia das secretarias municipais de saúde para responder às necessidades locais, necessitando, por isso, de ser urgentemente ampliado.

Pinto e Giovanella (2018) sugerem que a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária evidenciada entre os anos de 2001 a 2016 esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, refletindo especialmente na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento diagnóstico e na facilidade de acesso aos medicamentos.

Ainda que se tenha observado significativa expansão da ESF, desde a sua criação em 1993, percebeu-se na última década uma desaceleração importante, com o aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano (PINTO, 2014). Nesse contexto, a dificuldade para atrair e fixar profissionais de saúde, principalmente médicos, em regiões geográficas mais isoladas e remotas, com piores indicadores sociais e econômicos, representava um grande desafio para os gestores municipais (GIRADI et. al., 2011).

Estudo realizado em 1995 já demonstrava a existência de cerca de 350 mil postos de trabalho para médicos, incluindo o setor público e privado, e apenas 197.557 médicos ativos, 75% deles atuando no setor privado. Quase 80% do contingente médico exercia suas atividades em apenas sete estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul), onde se concentrava grande montante do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro e a maior parte da rede educacional (escolas e universidades), constatando-se escassez e até ausência em diversos municípios do Pará, Amazonas, Ceará e Pernambuco (MACHADO, 1997).

Esse mesmo padrão de descontinuidade da presença de médicos nas diversas localidades também foi encontrado em um estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil,

realizado entre 1991 e 2010. Embora tenha evidenciado o crescimento do mercado formativo em Medicina, de 2000 a 2010, mostrou que esse aumento se apresentou de maneira mais restritiva que outras categorias profissionais (UFMG, 2014). A pesquisa demográfica realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em fevereiro de 2013, evidenciou, da mesma forma, irregularidade da distribuição dos médicos no território brasileiro, tendo as regiões Sul e Sudeste apresentado duas vezes mais profissionais médicos que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, excluindo-se o Distrito Federal. As capitais também apresentaram concentração de profissionais médicos duas vezes superior às outras regiões do mesmo estado (CREMESP, CFM, 2013).

Analisando as políticas públicas para o setor, Giradi et. al. (2011) evidenciaram que o governo brasileiro vinha procurando enfrentar esse problema ao longo do tempo, estruturando políticas para a expansão de cobertura e para a interiorização da Medicina. Em algumas ocasiões, chegou a estimular a implantação de internatos rurais nas graduações da área de saúde, tendo instituído anteriormente o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

Nesse mesmo sentido, a Lei 12.202, de 4 de janeiro de 2010, possibilitou que médicos formados com o apoio do Programa do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) em cursos de graduação particulares conseguissem fazer moratória e descontar suas dívidas, caso atuassem em áreas consideradas prioritárias (BRASIL, 2010a). Além disso, a instituição do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, objetivou atrair médicos para essas mesmas regiões, ofertando incentivos como supervisão acadêmica, cursos de especialização, acesso ao Telessaúde e pontuação adicional nos concursos de residência médica (PINTO, SOUSA E FLORÊNCIO, 2012).

O investimento em infra-estrutura, por meio do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (REQUALIFICA UBS), tem possibilitado, desde a sua criação em 2011, o financiamento para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios, além de reforma e ampliação da estrutura física de unidades já existentes (BRASIL, 2011b). Para Pinto et. al. (2014), essas medidas se mostraram insuficientes para resolver o problema e, em 2013, os prefeitos cobraram do governo federal uma ação mais efetiva, num movimento que ficou conhecido como “Cadê o médico?”. O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 439/2011, já havia solicitado novas políticas, a fim de assegurar profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País e de estruturar a

educação permanente em saúde para qualificação e apoio aos profissionais e gestores do SUS, inclusive propondo parcerias com instituições públicas de ensino (CNS, 2011).

O MS reconheceu, então, que a proporção de médicos por habitante era significativamente inferior à necessidade da população e do SUS, principalmente nas áreas mais pobres e vulneráveis. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica. Além disso, o País estava formando menos Médicos que a criação anual de empregos, na área do setor público e privado, o que agravou a situação a cada ano. De 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil representou apenas 65% da demanda do mercado de trabalho. O déficit, nesse período, atingiu o índice de 53 mil médicos e foi identificado que 82% dos médicos formados permanecem no mesmo local em que cursaram a graduação e residência médica. Verificou-se também que outros países enfrentavam problemas semelhantes e que muitos haviam implementado políticas de provimento para garantir assistência médica adequada à população (BRASIL, 2015c).

Além da dificuldade de provimento e fixação de médicos, as limitações do ensino e as inadequações da formação profissional para atender as necessidades de saúde da população se mostravam evidentes desde a década de 1970 (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). A Reforma Flexner, ocorrida em 1910 e que havia transformado a educação médica nos Estados Unidos, influenciou também o modelo universitário brasileiro, deixando este de se basear no modelo europeu, a partir da reforma universitária de 1968 (Lei nº 5.540/68). Disso resultou a divisão do ensino em ciclos básico e profissionalizante, este último ocorrendo no hospital, e em estímulo à especialização precoce, com enfoque cientificista, em detrimento da abordagem humanista (Neves et. al., 2005).

O ensino médico passa a ser caracterizado pela divisão do conhecimento em áreas para ser melhor estudado, acompanhando a perspectiva de uma visão cartesiana de mundo, com destaque a um mecanismo dualista de separação mente-corpo e de que “para cada efeito corresponde uma causa”. Esse processo favorece a formação de especialistas, dificultando um perfil de médico generalista. Essas áreas de conhecimento normalmente não se comunicam e, na interação médico-paciente, observa-se que o tempo que antes era dedicado em sua maioria à anamnese e exame físico, torna-se ocupado para os exames complementares (Neves et. al., 2005).

A partir das diversas críticas realizadas e da constatação de ineficiência desse modelo, surgem novas propostas com o intuito de se contrapor ao caráter essencialmente hospitalocêntrico, especialista e reducionista da formação, baseadas numa abordagem

dialética, agregando contribuições de várias ciências e valorizando trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais. Denominado como paradigma da integralidade, indica a necessidade de uma formação médica mais contextualizada, capaz de considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. Para isso, um novo modelo pedagógico também foi considerado indispensável, pois deveria proporcionar um equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, além de maior e melhor interação entre professor e aluno para a aquisição de competências profissionais, não só para a memorização das informações (Neves et. al., 2005).

Averiguando as principais estratégias nacionais de reorientação do perfil profissional em saúde, Dias, Lima e Teixeira (2013) demonstraram que apenas recentemente o setor saúde vem procurando desenvolver mais intensamente seu papel na ordenação da formação dos profissionais da área, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, por meio de maior articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC).

Os autores concluíram que a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, em 2003, constituiu um marco importante tanto para a aproximação das relações entre saúde e educação e entre instituições formadoras e as instâncias do SUS, como para a reorientação das políticas de gestão da educação em saúde. Estas têm sido propostas com o objetivo de substituir cada vez mais o modelo de formação vigente, dando maior ênfase à atenção básica à saúde como cenário de ensino e de prática, em substituição ao hospital. Além disso, essas políticas procuram ressaltar que a educação profissional deve se constituir num processo de qualificação permanente, continuando após a graduação e pós-graduação, durante toda a vida profissional, por meio de ações de educação permanente (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Nesse âmbito, a análise dos programas e projetos nacionais instituídos ao longo do tempo (Programa de Integração Docente Assistencial - IDA, Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa, Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED, Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VERSUS/Brasil, AprenderSUS, Projeto EnsinaSUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde) parece demonstrar uma “perspectiva de continuidade dos eixos norteadores da reorientação da formação para o SUS”, quais sejam: “a integração ensino serviço com ênfase na atenção básica, a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a

reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais” (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).]

Dias, Lima e Teixeira (2013) destacaram também o caráter transversal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), que promoveu a constituição de Pólos de Educação Permanente, de modo a reunir atores ligados à gestão do SUS e à academia, além de fomentar a elaboração conjunta de projetos para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em determinado território. Os autores concluem que “o aumento e a diversificação dos atores e organizações envolvidos e o maior quantitativo dos projetos implementados” sugerem a ampliação progressiva da política de reorientação da formação em saúde e que o aprimoramento dos desenhos das ações desses projetos retratam o amadurecimento desse processo, por meio de incorporação de experiências acumuladas com o tempo.

Nessa perspectiva, os processos de educação permanente em saúde devem buscar a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, de modo a fomentar a reorganização do modelo de atenção à saúde no País: de um modelo baseado na subespecialização, com foco na doença, no atendimento pontual dos usuários, na oferta de um cuidado fragmentado, centrado nos procedimentos médicos e na resolução de problemas agudos; para um modelo baseado na atenção básica, com foco na saúde, no atendimento longitudinal, na oferta de um cuidado integral, centrado na atuação em equipe (multiprofissional e interdisciplinar) e na resolução de problemas agudos e crônicos (DAVINI, 2009).

Foi nesse contexto, procurando superar os desafios de formação e de provimento de profissionais médicos em regiões no interior do País e nas periferias das grandes cidades, intencionando consolidar e fortalecer a atenção básica, além de atuar para o aprimoramento de competências profissionais de médicos, que surgiu o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2015c). Os objetivos do PMM podem ser observados no Artigo 1º, Capítulo I, das Disposições Gerais da Lei 12.871 (BRASIL, 2013b):

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área de saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior

na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. [...] (BRASIL, 2013b).

Para que esses objetivos fossem alcançados, foram organizadas três ações principais: 1) promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, por meio de integração ensino-serviço, inclusive com fomento de intercâmbio internacional, ação esta organizada no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); 2) ampliação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para a residência médica”; e 3) definição de novos parâmetros para a formação médica no País. Áreas de difícil acesso e provimento de Médicos ou que possuem populações em situação de maior vulnerabilidade foram consideradas prioritárias para o SUS e para o Programa (BRASIL, 2013b).

Essas ações se estruturam conforme os seguintes eixos (BRASIL, 2015c): Eixo de Provimento Emergencial, que constitui a ação relacionada ao PMMB – procura garantir, ao mesmo tempo, atenção à saúde das populações de áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, além de processos de formação e qualificação do conjunto de profissionais envolvidos; Eixo de Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, que associa uma série de iniciativas voltadas para a atenção básica, como o REQUALIFICA UBS (citado anteriormente); o Plano Nacional de Banda Larga (para a informatização das unidades de saúde); o Sistema de Informações da Atenção Básica (Sisab); e a estratégia eSUS (sistema de informações que disponibiliza relatórios aos profissionais, inclusive a ferramenta do prontuário eletrônico); e Eixo de Formação Médica no Brasil, que integra duas ações do Programa, de modo a realizar uma expansão orientada do ensino médico, assegurando sua interiorização, por meio de um conjunto de medidas estruturantes em médio e longo prazos (autorização para criação de cursos de Medicina, mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, criação do Cadastro Nacional de Especialistas e abertura de novas vagas de residência médica).

Embora reconhecendo a importância de todas as ações e eixos elencados, apenas o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) será objeto de análise por esse estudo.

Implementado pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, esse Projeto disponibiliza um processo de aperfeiçoamento profissional, com duração de três anos, podendo ser prorrogado por igual período, por meio da participação em curso de especialização e em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial,

mediante integração ensino-serviço. É ofertado a médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou estrangeiras, com prioridade garantida aos primeiros e aos que tiveram seu diploma revalidado no País.

Além disso, os médicos brasileiros têm prioridade em relação aos médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (BRASIL, 2013a). São integrantes do PMMB o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado e irá compor uma equipe de saúde da família; o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão contínua e permanente do médico participante; e o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Educação (MEC) e o MS realizam conjuntamente a coordenação desse Projeto, cuja execução é viabilizada por meio de instrumentos de articulação interfederativa, cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e mecanismos de integração ensino-serviço. Os municípios localizados em regiões prioritárias para o SUS são considerados elegíveis e podem manifestar interesse em participar do Projeto (BRASIL, 2013a).

Resultados preliminares da implementação do PMM foram divulgados pelo Ministério da Saúde. Em relação ao Eixo de Provimento Emergencial, foram alocados em torno de 18.240 (dezoito mil, duzentos e quarenta) médicos em regiões consideradas prioritárias do SUS, garantindo assistência a cerca de 63 (sessenta e três) milhões de brasileiros, em 4.058 (quatro mil e cinquenta e oito) municípios brasileiros e 34 (trinta e quatro) DSEI. Desse total de médicos participantes do Projeto, 11.429 (onze mil, quatrocentos e vinte e nove) eram cubanos, correspondendo a 62%. Segundo dados do MS, pela primeira vez cerca de 700 (setecentos) municípios localizados em áreas remotas do País passaram a ter médicos para atendimento na atenção básica, com residência no próprio município, após a implementação do Programa (BRASIL, 2017).

No Eixo de Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, foram investidos mais de 5 (cinco) bilhões de reais para o financiamento de 26 (vinte e seis) mil obras em quase 5 (cinco) mil municípios. Finalmente, no Eixo de Formação Médica no Brasil já haviam sido autorizadas 5.300 (cinco mil e trezentas) vagas de graduação e quase 5 (cinco) mil vagas de residência (BRASIL, 2015c).

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe), abordando 14.174 (quatorze mil, cento e setenta e quatro) usuários, 227 (duzentos e vinte e sete) gestores e 391 (trezentos

e noventa e um) médicos em 699 (seiscentos e noventa e nove) municípios, demonstrou que 95% dos usuários estavam satisfeitos com o Programa. Além disso, os usuários também relataram estar “satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos” (95%), afirmando que “é melhor ou muito melhor a resolução dos seus problemas de saúde durante a consulta” (82%), que “a qualidade de atendimento melhorou” (85%) e que “o médico é mais atencioso” (87%). Apenas 3% alegaram “dificuldade ou muita dificuldade de se comunicar com o médico” (BRASIL, 2017).

No Ceará, em 2017, integravam este Projeto cerca de 1.073 (um mil e setenta e três) médicos, dentre os quais, 362 (trezentos e sessenta e dois) com registro profissional no Brasil, 648 (seiscentos e quarenta e dois) por meio de cooperação internacional com Cuba e outros 63 (sessenta e três) por meio de intercâmbio internacional individual. Seis instituições supervisoras aderiram ao Projeto no estado: Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, Escola de Saúde Pública do Ceará, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia, Universidade Federal do Cariri e Universidade Federal do Ceará. Ao total, eram 128 (cento e vinte e oito) supervisores e 26 (vinte e seis) tutores (COSTA, 2017).

A UFC participa deste Projeto desde sua implantação, em 2013, ofertando curso de especialização, além de atuar como Instituição Supervisora. Disponibiliza atualmente 2 (dois) tutores e 17 (dezessete) supervisores para as atividades de Supervisão Acadêmica, que são direcionadas a cerca de 156 (cento e cinquenta e seis) médicos participantes, alocados em (vinte e três) municípios de 4 (quatro) regiões de saúde do estado do Ceará.

2.2 A Supervisão no Campo da Educação

No campo da educação, a supervisão como uma função reconhecida parece ter surgido no Brasil apenas em 1956, com a formação da “primeira turma de supervisores para atuar no ensino elementar (primário) brasileiro, com vistas à modernização do ensino e ao preparo do professor leigo”, a partir dos cursos promovidos pelo Programa Americano-Brasileiro de Assistência ao Ensino Elementar (PABAE) (ABDALLA, 1999, p.182).

Antes disso, entretanto, segundo Corrêa e Pereira (2011), com base nos estudos de Veiga (1994) e Salviani (2003), a atividade de supervisão já existia no País, desde a implantação dos princípios da industrialização e do plano de instrução da Ratio Studiorum, com função controladora, embora com atribuições indefinidas. Este plano foi difundido pelos

jesuítas e predominou na educação do Brasil até serem expulsos por Marquês de Pombal, em 1759. Na figura do “prefeito de estudos”, objetivava assegurar que os professores realizassem suas obrigações, por meio da emissão de lembretes, fiscalização de suas atividades, e realização de advertências.

Em seguida, as escolas foram sendo desenvolvidas sem o controle religioso, assumindo aos poucos o ensino laico e, a partir da Reforma do Ensino de Benjamim Constant, em 1890, introduziram-se disciplinas científicas nos currículos escolares. A “Pedagogia Tradicional leiga”, que predominou no período de Marquês de Pombal (1750 a 1777), valorizava a liberdade e os interesses individuais, justificando as doutrinas liberais capitalistas então vigentes, e se orientava pelo “Ensino Mútuo”, caracterizado pela execução de dupla função pelo professor, tanto docente, como supervisor (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

As autoras citam Lima (2008, p. 70) para ressaltar que, antes de integrar o sistema educacional, a supervisão vinculada à industrialização tinha a intenção de melhorar quantitativa e qualitativamente a produção. Foi incorporada à educação com a finalidade de aumentar o desempenho da escola, a partir de 1900, buscando “controlar e fiscalizar a ação do professor”, se constituindo, dessa forma, como uma prática essencialmente administrativa (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

Analisando esse cenário, Silva (2013) evidencia que houve uma transposição do supervisor industrial para o contexto escolar, caracterizando também na escola a separação entre as tarefas ditas de concepção das de execução. Em outras palavras, a divisão do trabalho é explicitada na separação de funções entre os que “definem, acompanham e controlam o processo de ensino (supervisores) e aqueles que desenvolvem a atividade docente (os professores)”.

Em 1920, no período pós-guerra, com o surgimento de novos grupos sociais no cenário político e de novas condições sócio-econômicas, viabilizadas pelo início da industrialização brasileira, ocorreu um processo de valorização da educação, surgindo propostas de expansão do ensino e combate ao analfabetismo. Tornou-se propício, então, o aparecimento dos primeiros profissionais da educação e a introdução dos princípios da “escola nova”, que defendiam a reconstrução social da escola na sociedade urbana e industrial (VEIGA, 1994, p. 45-46, apud CORRÊA e PEREIRA, 2011).

Os “técnicos em escolarização”, como eram chamados os profissionais de educação, constituíram uma nova categoria profissional com função de supervisão, separando, dessa forma, as atribuições de orientação pedagógica e estímulo à competência técnica, das atribuições fiscalizatórias, punitivas e administrativas, estas últimas continuando a cargo dos

inspetores (SALVIANI, 2003, p.26 apud CORRÊA e PEREIRA, 2011).

A oficialização, de fato, da supervisão teria ocorrido a partir da Reforma Francisco Campos, com o Decreto Lei 19.890, de 18 de abril de 1931, que modificou o papel da supervisão de simples fiscalização para a “forma restrita de assistência técnica escolar”. A supervisão teria adquirido, a partir daí “um caráter de liderança, de esforço cooperativo, e os processos de grupo passaram a ser valorizados para a tomada de decisões”. Essa Reforma também organizou o ensino superior e criou a primeira universidade brasileira, além de ter reestruturado o ensino médio profissional. No contexto de crise da economia capitalista e de revoluções internas (Revolução de 1930), as ideias da “escola nova” ganham força e a educação passa a ser vista como mecanismo político para contrapor a ordem vigente e recompor o poder político (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

Para Abdalla (1999), a Constituição de 1934 procurou demonstrar a responsabilidade do Estado em relação à organização da educação para todo o país, pressupondo a necessidade de planejamento, acompanhamento, coordenação, avaliação e o controle da prática educativa. A autora menciona a intensificação da burocracia estatal durante o Estado Novo, principalmente em relação ao ensino, e cita Paiva (1973, p.136) para destacar que na Constituição de 1937 torna-se explícito que a difusão do ensino é utilizada pelo governo como veículo ideológico do novo regime.

Em 1942, as reformas que ficaram conhecidas como “Leis Orgânicas do Ensino” reorganizam os ensinos primário e médio e criam as Inspetorias Seccionais. Estas tinham a atribuição de supervisionar o ensino secundário, por meio da realização de inspeção tanto na parte administrativa, como já ocorria, como também, adicionalmente, na parte de orientação pedagógica (ABDALLA, 1999; SILVA, 2013).

Os autores Corrêa e Pereira (2011) e Silva (2013) parecem concordar com Abdalla (1999) sobre a importância do PABAE, citado anteriormente, para a demarcação do reconhecimento da função da supervisão, na década de 1950. Nessa época, a inspeção reaparece no cenário da educação brasileira, na figura do supervisor escolar, “orientada por uma política desenvolvimentista, que compreendia a educação como alavanca para a transformação social, em virtude do acordo firmado entre Brasil e Estados Unidos da América” (LIMA, 2001 apud SILVA, 2013). Ao ser adotado o modelo de educação americano para a formação do supervisor, adquiriu-se para sua função “um caráter tecno burocrata, voltado ao desenvolvimento dos métodos e técnicas de melhorias na educação” (SILVA, 2013).

Segundo Abdalla (1999), com a promulgação da Lei N° 4.024, de 20 de dezembro

de 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/61), a proposta de supervisão do então Ministério da Educação e Cultura passava a ser instrumento para que a União pudesse “ingerir na manutenção da qualidade do ensino superior”, por meio da inspeção dos estabelecimentos particulares. Mas a supervisão só “passa a representar uma das estratégias do Poder Público no controle da qualidade desse ensino”, a partir da instituição da Lei Nº 5.540/68, Lei da Reforma Universitária, e com a “consequente expansão desordenada do ensino superior particular”.

No âmbito do ensino primário, a LDBEN/61 prevê setores especializados para coordenar as atividades pedagógicas nas escolas, especificando o objetivo do ensino normal de promover professores orientadores, supervisores e administradores escolares. Nesse sentido, a profissão de orientação educacional foi regulamentada pela Lei Nº 5564, de 21 de dezembro de 1968, e a perspectiva de profissionalização da supervisão educacional foi possibilitada pela reestruturação do curso de Pedagogia em cinco habilitações (nas áreas de administração, inspeção, supervisão, orientação e magistério de disciplinas dos cursos normais), resultado da Reforma do Ensino Universitário, pelo Parecer nº 252, de 1969 (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

A Lei nº 5.692/71 ampliou as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, institucionalizando o cargo de supervisor como um especialista em educação e destacando os pré-requisitos de graduação e pós-graduação requeridos. A partir de 1973, observa-se uma alteração da articulação do trabalho pedagógico, acompanhando o momento de lutas sociais pela redemocratização do país, fortalecendo discussões em prol de uma pedagogia e uma escola mais voltada aos interesses da maioria da população. Nesse contexto, a função do supervisor passa de um modelo hierarquizado para um modelo de acompanhamento, apoio e suporte pedagógico, baseado na organização coletiva do trabalho escolar (SILVA, 2013).

Em 1975, então, a supervisão começa a envolver atividades de assistência técnico pedagógicas e de inspeção administrativa. Na década de 1980, com o fim do período de ditadura militar, difunde-se uma crítica à divisão do trabalho na escola, com foco no trabalho da supervisão, embora nos anos 1990 a importância da atividade de supervisão tenha sido reconhecida, “para a organização, o encaminhamento pedagógico e como um agente de mudanças na Educação, em busca da qualidade pedagógica” (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

No ensino superior, Abdalla (1999) enfatizou que coube à Secretaria da Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) estabelecer os objetivos e diretrizes da supervisão, retratados na Portaria Nº 14, de 09 de março de 1983. Conforme destacou, apesar do “discurso inovador” propondo um processo de avaliação permanente das Instituições de

Ensino Superior (IES), de modo a possibilitar “sempre uma visão dinâmica da estrutura e funcionamento do sistema de ensino superior”, os serviços de supervisão “não se diferenciavam daqueles introduzidos para supervisionar o 1º e o 2º graus, por meio do *planejamento, coordenação e controle*” (SILVA JÚNIOR, 1977 apud ABDALLA, 1999).

As atribuições dos especialistas da educação, supervisores pedagógicos e orientadores educacionais, foram definidas pela resolução nº 7.150, de 16 de junho de 1993, especificando seus papéis na articulação do trabalho pedagógico da escola, coordenação e integração do trabalho dos coordenadores de área, dos docentes, dos alunos e seus familiares em torno de um eixo comum, o processo de ensino-aprendizagem (CORRÊA e PEREIRA, 2011).

Para Silva (2013), a Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/ 96), não especifica as incumbências do supervisor, mas valoriza a atuação deste profissional para a garantia da qualidade do ensino, tornando obrigatório que se especialize, seja realizando um curso de graduação em pedagogia, seja fazendo uma pós-graduação específica. Para Grinspun (2011, p.35), embora esta mesma Lei tenha deixado de trazer a obrigatoriedade da Orientação, existe atualmente uma consciência profissional que permitiria ao orientador educacional um espaço próprio na escola, atuando junto aos demais profissionais da Educação para um trabalho pedagógico integrado, interdisciplinar.

Desta forma, em relação à orientação educacional, esta teria um caráter contemporâneo de “mediador junto aos demais educadores, atuando com todos os protagonistas da escola no resgate de uma ação mais efetiva e de uma educação de qualidade nas escolas”. Segundo a autora, seu papel hoje está comprometido com “a formação de cidadania dos alunos, considerando, em especial, o caráter da formação da subjetividade” e será, principalmente, ajudar o aluno integralmente, reconhecendo-o “com utopias, desejos e paixões”, além de auxiliar a escola “na organização e realização de seu projeto pedagógico” (GRINSPUN, 2011, p.35,37).

Em relação à supervisão, Corrêa e Pereira (2011) percebem três momentos na análise histórica da sua função: 1) função controladora, com papel ativo na massificação escolar; 2) função técnica, responsável pela fiscalização dos métodos e sistemas de ensino; 3) função profissionalizada de gestão pedagógica, com papel na construção de práticas empreendedoras. Nesse sentido, caberia atualmente ao supervisor adotar uma postura de parceria, mediadora e propositiva para a melhoria da qualidade da educação. Seria responsável por uma formação continuada aos professores, por meio de um processo

reflexivo, crítico e criativo.

Sobre o conceito de gestão educacional, Lück (2006, p. 33-39) enfatiza que pode ser abordado tanto numa dimensão geral do sistema de ensino como um todo, como numa dimensão específica das escolas, nesta última com um caráter de coordenação dos processos. Tratando estritamente sobre a gestão escolar, a autora refere que “constitui-se em uma estratégia de intervenção organizadora e mobilizadora, de caráter abrangente e orientada para promover mudanças e desenvolvimento dos processos educacionais” (LÜCK, 2009, p.25).

Silva (2013) cita Lima (2001) para concluir que “na década de 90, reconhece-se que a supervisão pode fazer uso da técnica sem ser tecnicista” e que a supervisão pode auxiliar e promover a coordenação das atividades pedagógicas, “pelo estudo e pelas práticas do coletivo dos professores”. Para a autora, a função do supervisor como um fiscalizador, em uma estrutura hierárquica acima do professor, não é mais possível no século XXI. Mas sim, como “um formador, um coordenador que trabalha em conjunto com o professor no processo de ensino aprendizagem”.

Ao demonstrar como a temática da *avaliação institucional* foi realmente sendo incorporada às práticas de supervisão, funcionando mais como “uma prática *conservadora*, cartorial”, não obstante sua proposta descentralizadora e democrática, Abdalla (1999) enfatizou a necessidade urgente de se discutir a finalidade da ação supervisora e organizar seu papel. Isso permitiria, segundo a autora, “recuperar o sentido educativo de sua ação” e “reconsiderar a imagem do supervisor como possibilitador de produção de conhecimento”, por meio de um trabalho pedagógico que buscasse “qualidade de ensino e da realidade social, competência técnica (porque comprometida) e compromisso político (porque competente), desmitificando o *poder/ controle* e potencializando o *saber/poder - o saber/emancipação*”.

Para essa busca da identidade da supervisão, a autora ressaltou que a *avaliação institucional* poderia funcionar como um caminho para libertar a supervisão das “tradicionais amarras da inspeção, abrindo possibilidades para um projeto político de consciência social”. Por meio de discussões, análises conjuntas, atividades cooperativas, envolvimento e realização de estudos para identificar referenciais teóricos e experiências, pela prática de orientação, coordenação e avaliação do projeto pedagógico, os supervisores se tornariam conscientes da realidade e assumiriam o papel de educadores, promovendo “a consciência de liberdade de outro indivíduo”, portanto, educadores que “libertam e não castram as possibilidades daqueles que fazem parte de sua equipe, motivando-os a atitudes críticas e criadoras, à reflexão e à ação nos limites e no alcance de cada um” (ABDALLA, 1999).

Entendendo a avaliação institucional como método, não como instrumento,

Abdalla (1999) propõe que a avaliação seja de natureza qualitativa, de modo a conduzir uma análise de qualidade do ensino que se pretende, cujos critérios utilizados considerem tanto “a competência técnica do grupo em questão”, como “o compromisso que precisa ser assumido por todos os envolvidos para se alcançar melhores condições de educação”. Caberia à supervisão, motivar “um processo participativo do conjunto de pessoas que fazem parte da instituição”, delimitar necessidades e expectativas, “tecer objetivos (o retrato da intencionalidade, a problematização, conceitos que precisam ser revistados ou deixados de lado)”.

2.3 A Supervisão no Campo da Saúde

A origem do termo supervisão, conforme apresentado por Reis e Hortale (2004), provém das palavras latinas “*super*” e “*video*”, significando “sobre” e “eu vejo”, respectivamente, “eu vejo sobre”, conformando uma ideia inicial de inspeção. Essa concepção teria se modificado ao longo do tempo e as autoras distinguiram um entendimento mais tradicional, com esse significado de “visão sobre” o trabalho realizado por outro profissional, numa relação assimétrica e autoritária, e um entendimento mais moderno que abrange controle e educação, numa perspectiva de atuação conjunta sobre o trabalho do profissional, o que ficou conhecido como “convisão” (termo cunhado por Roberto Nogueira e utilizado por Nunes e Barreto) (Reis e Hortale, 2004, p.424).

No campo da saúde, a função de supervisão parece ter sido incorporada nas recomendações relativas à expansão da rede de serviços no Brasil, mais intensamente a partir da década de 1970, como conteúdo de administração e inicialmente no âmbito hospitalar. Referida sempre como “prática necessária de aperfeiçoamento”, do ponto de vista das instituições, os modelos de supervisão variavam seja pela influência de outras práticas (planejamento, administração, educação), seja pelas interações inerentes à relação que estabelecia: com a clientela (usuários do serviço) e com as instâncias de administração da máquina de prestação de serviços (profissionais do setor) (NUNES, 1986).

Reis (2001) realizou uma análise histórica da organização sanitária brasileira, relacionando-a às características que a supervisão foi assumindo nessas organizações, a partir dos fundamentos das diferentes escolas da teoria geral de administração. Consideramos importante resgatá-la nesse momento, a fim de facilitar a compreensão posterior acerca dos diversos significados que os atores sociais atribuem para a supervisão no campo da saúde,

muitos deles influenciados por essas características.

Abordando inicialmente a reorganização dos serviços de saúde, na década de 1920, a partir da reforma Carlos Chagas e da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a autora ressaltou que esse processo foi caracterizado pela “centralização normativa” e pela “descentralização executiva”. Neste contexto, o treinamento e a supervisão de pessoal tornaram-se importantes para o estabelecimento de uma disciplina e de um padrão de qualidade considerados necessários, tendo sido exercidos por especialistas, numa lógica de supervisão que se aproximou do modelo “funcional Taylorista” (REIS, 2001).

Importante destacar que esse modelo, fundamentado nas ideias do expoente da Escola de Administração Científica, Frederick Taylor, tinha a preocupação de aumentar a produtividade pelo aumento da eficiência do nível operacional. Para isso, imprimia a divisão do trabalho e a especialização do trabalhador. A supervisão, então, se limitava à sua área de atuação, era vinculada somente à sua especialidade e tinha uma autoridade relativa. Nos serviços de saúde, as equipes foram organizadas por especialidades e cada supervisor ficava responsável pelos profissionais que a exerciam (REIS, 2001).

Essa corrente da “Administração Científica”, originada nos Estados Unidos, juntamente com a corrente dos “atomistas e fisiologistas da organização”, desenvolvida na França por Henri Fayol, integram as duas distintas orientações da Teoria Clássica da Administração, sistematizada no início do século XX. De forma diferente da primeira, a segunda corrente considerava que o aumento da eficiência da empresa ocorreria pela “forma e disposição dos órgãos componentes da organização e das suas inter-relações estruturais”, por isso, buscava compreender a estrutura e funcionamento da empresa por sua organização como um todo. A tarefa de supervisão, neste caso, era considerada inerente aos chefes de todos os níveis de hierarquia, ocorrendo de “forma linear” para fazer funcionar conforme previsto pelas instâncias superiores, numa relação vertical entre supervisores e supervisionados (REIS, 2001).

No final da década de 1920 e início de 1930, a criação da rede de centros de saúde no Rio de Janeiro teria aumentado a complexidade e a estrutura organizacional dos serviços de saúde, refletindo numa maior burocratização e menor eficácia destes. A autora chama a atenção para um novo “passo descentralizador”, embora mantendo os mesmos princípios administrativos. A supervisão especializada convive, então, com uma supervisão do serviço, considerada uma extensão da capacidade gerencial, que realiza o controle da execução em relação ao planejamento e corrige eventuais desvios (REIS, 2001).

A partir da década de 1940, verifica-se a necessidade de uma maior coordenação

das atividades nas unidades descentralizadas, a fim de possibilitar a coesão das ações e o alcance de metas comuns. Introduce-se no nível central e nos órgãos periféricos, para isso, uma terceira estrutura de organização, a “linha staff”, considerada como “resultado da fusão dos dois tipos de organização linear e funcional” e caracterizada pela existência de relações de autoridade entre os órgãos de execução e assessoria (linha) e os órgãos de apoio e consultoria (staff) (REIS, 2001).

Nessa forma de organização, a supervisão “integra o cargo ou órgão de ‘staff’, é considerada ajuda especializada ao nível de execução, portanto, fora da linha de mando, com autoridade baseada no conhecimento funcional”. Ocorre a separação, portanto, entre a figura do chefe e do agente que realiza a supervisão. O supervisor tem o papel de acompanhar os trabalhos que são realizados, baseando-se no planejamento elaborado pela direção, agindo como intermediário entre a direção e a execução. Nos serviços de saúde, as equipes se organizam em torno do chefe e seu staff, sendo o primeiro a maior autoridade funcional que coordena as sessões clínicas, mas não acompanha diariamente as atividades, função delegada a um assistente que supervisiona os outros membros da equipe, o “staff” (REIS, 2001).

A reprodução desta mesma forma de estrutura para estados e municípios ocorre impulsionada pela criação do Ministério da Saúde, em 1953. A partir dos anos 60, adota-se o Método Cendes/OPS e a “programação com a eleição de prioridades baseadas na relação custo-benefício”. Inicia-se, então, um novo processo descentralizador na década de 1970, “em que os objetivos passam a condicionar as regras, métodos e normas de administração” e modelos de programas de saúde verticalizados, “definidos centralmente e voltados para a população assistida”, são implementados com base nos instrumentos de planejamento e com ênfase na centralização do poder (REIS, 2001).

Analisando o documento elaborado pela equipe do Projeto de Supervisão do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, publicado em 1982, Nunes (1986) ressaltou que a supervisão, em programas de extensão de cobertura assistencial, era concebida como inerente ao processo de trabalho de equipes, na medida em que havia divisão de tarefas e as funções de gerência se encontravam separadas das funções de execução, atribuídas a distintos indivíduos. A fim de manter a eficiência da instituição, o papel do supervisor baseava-se em materializar e estender a vontade gerencial e sua capacidade de comando, funcionando como um intermediário da direção da instituição em relação ao nível da execução, ajustando os aspectos técnico-administrativos aos padrões e metas previamente definidos.

Para isso, o supervisor deveria realizar “três atos interligados: conferir (verificar

como estão sendo realizadas as ações e sua compatibilidade com as normas), retificar (corrigir a conduta conforme a norma) e informar (dar ciência à direção)". Na opinião da autora, a supervisão configurou-se, dessa forma, numa atividade meramente burocrática e fiscalizatória, deixando de colaborar para servir às necessidades da população (NUNES, 1986).

Nunes (1986) havia destacado, já na década de 1980, as críticas a esse modelo de supervisão, dando ênfase à necessidade de tornar essa prática mais participativa, com supervisores e supervisionados contribuindo para a "definição e aperfeiçoamento das normas, padrões de atendimento, atividades programadas, etc.", embora tenha reconhecido a importância de manter o compromisso com a eficácia técnica, "tendo em vista, em última análise, elevar a própria qualidade da assistência e seu poder resolutivo de problemas de saúde". Reconheceu que uma nova modalidade de supervisão havia começado a se delinear "graças à própria prática coletiva dos serviços básicos", mas advertiu para o perigo de propostas que denominou "abstratas e voluntaristas", com tendência a localizar unicamente no supervisor a responsabilidade de transformar o processo, por meio de mudanças das atitudes das pessoas apenas, sem considerar os determinantes político-institucionais do processo de supervisão (NUNES, 1986).

Para Reis (2001), a supervisão "orientada pelos Programas", não integrando a linha de comando, fica mais próxima do nível operacional e busca "a eficiência técnica voltada à eficácia do programa", de modo a ajustar as ações desenvolvidas aos objetivos previamente definidos, por meio de um processo de educação e apoio ao trabalhador, além do controle do conjunto do trabalho. Segundo a autora, o aspecto educativo atenua o caráter fiscalizador, embora a educação e o apoio tenham sido frequentemente confundidos com a persuasão e a adesão. Dessa forma, a função da supervisão permearia o conflito entre "o controle do processo de trabalho pela gerência" e "a maior participação no processo de decisão pelo nível de execução", valorizando aspectos comportamentais de seu perfil e responsabilizando os supervisores pelos problemas encontrados no desenvolvimento das tarefas (REIS, 2001).

No cenário mundial, as discussões sobre o objetivo de garantir "saúde para todos no ano 2000" ressaltaram a importância da estruturação de serviços de atenção primária à saúde nos países e a necessidade de práticas de educação continuada e de supervisão na formação de recursos humanos, retratados nas recomendações da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários, em 1978. Logo depois, em 1980, foi realizado o Seminário Internacional Sobre Supervisão, no Peru, dando ênfase à diminuição da distância entre "as

funções de mando e as de execução”, reconhecendo o papel dual da supervisão, tanto responsável pelo “controle administrativo”, como pela “orientação e apoio técnico”. Em seguida, a partir dos estudos de Peres (1986), a autora registrou a realização de vários seminários nos respectivos países participantes, inclusive no Brasil, com o intuito de se discutir e operacionalizar atividades de supervisão, ao mesmo tempo em que se ampliavam os serviços de saúde locais (REIS, 2001).

A década de 1980 foi caracterizada pela reforma do setor saúde brasileiro, com várias experiências de modernização como o PREV-SAÚDE e o CONASP, período durante o qual se discutiu sobre o modelo necessário de supervisão, se “especializada” (limitada às atividades específicas e restrita) ou “polivalente” (de natureza ampla, enfocando aspectos gerais da programação, não se atendo a uma área específica), e sobre a contradição de seu caráter, ao mesmo tempo de cobrança, controle e de colaboração, pedagógica. Com a implantação do SUS, em 1988, e com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, o processo de municipalização promoveu a redistribuição de poder e de recursos, contribuindo para a redefinição de papéis das três esferas de gestão, novas relações entre o governo e o controle social, reorganização institucional e redefinição de práticas de saúde (REIS, 2001).

Para Reis (2001), o processo de municipalização e descentralização da saúde fomentaram um novo ciclo gerencial na administração pública brasileira, marcado pela necessidade de um desenho de supervisão capaz de monitorar as ações e programas de saúde, com maior valorização das equipes de saúde e participação dos usuários.

Nunes (1986) havia enfatizado que a supervisão no âmbito dos serviços básicos de saúde buscava atender as necessidades de saúde da população, por meio da oferta de uma assistência integral, por isso, tencionava a reestruturação da supervisão dita “gerencial”, tendo em vista principalmente a complexidade da rede de saúde, que se pretendia regionalizada e hierarquizada. Nesse contexto, existiria um consenso de que caberia ao supervisor, em grande parte, integrar as distintas, embora complementares, ações realizadas por diferentes profissionais e serviços, a fim de “conferir um sentido de unidade funcional para o alcance dos objetivos técnicos e sociais.

O objeto da supervisão, nesse caso, permaneceria disperso entre profissionais e serviços, pela característica do trabalho coletivo típico da saúde, realizado por equipe multidisciplinar. Por isso, seria impossível pensar esta atividade restrita a pessoas e setores específicos, como em outros da produção, de onde se importou a maioria das técnicas utilizadas na supervisão. A execução desta tarefa poderia ser viabilizada, contudo, pelo planejamento e programação prévia das necessidades de saúde, impondo “a polivalência

como atributo indispensável do supervisor de rotina” (NUNES, 1986).

Para a autora, a dimensão avaliativa da supervisão dos profissionais de saúde não deveria se encerrar na relação entre supervisor e supervisionado, mas abranger a prestação de serviços, reunindo as informações e os elementos necessários, detectando problemas e facilitando os processos de reflexão dos profissionais sobre suas próprias práticas. A educação continuada era considerada um subproduto deste trabalho e a segunda finalidade da função supervisora (além do controle e desenvolvimento da força de trabalho dispersa na rede), cujo conteúdo seriam os próprios elementos do acompanhamento, fruto do debate das dificuldades e avanços do processo de prestação de serviços (NUNES, 1986).

Nunes (1986) concluiu que a desconcentração das atividades e a descentralização decisória, necessárias para a hierarquização dos serviços e para a integralidade da atenção, seriam também imprescindíveis para uma supervisão mais participativa, ao aproximar a função gerencial da execução, permitindo que “os conteúdos e o procedimento de supervisão sejam estabelecidos e modificados de acordo com necessidades detectadas no nível de execução”.

A autora destacou a importância do esforço institucional para a distribuição de poder de decisão e de intervenção e, por outro lado, o empenho que os níveis locais e regionais deveriam empreender para manter esse poder. Para a autora, “as mudanças preconizadas não dependem apenas de fatores subjetivos ligados à preparação e qualidades pessoais dos supervisores”, dependem também de “decisões políticas no âmbito das instituições e de correspondentes medidas administrativas que levem à formulação e desenvolvimento de modelos alternativos de supervisão” (NUNES, 1986).

Algumas iniciativas municipais foram sendo implementadas na perspectiva de estruturar modelos de supervisão na atenção básica, sendo a maioria estruturada pelas próprias secretarias municipais de saúde como ferramenta de gestão, em geral, com o objetivo de promover modificações das práticas das equipes e viabilizar políticas de saúde específicas (COELHO, MIRANDA, BEZERRA et al, 2012; COSTA e FONTOURA, 2012; REIS e HORTALE, 2004).

Em âmbito estadual, destacamos a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) que instituiu, em 2009, o Programa de Articuladores da Atenção Básica, chegando a criar um cargo específico de “articulador”. Com a finalidade de oferecer assessoria técnica aos gestores e profissionais de saúde dos municípios, o articulador é responsável por analisar a efetividade da atenção básica e, a partir das necessidades de cada região, sugerir propostas de mudanças. Sobre essa iniciativa, os autores avaliaram os papéis

que os supervisores referiram realizar, constatando que ofertam apoio, orientação e informação, tanto para as equipes de saúde (administrativas e assistenciais), como para os gestores municipais. Além disso, facilitam a comunicação interinstitucional e desempenham “um papel político” na defesa de um modelo de atenção pautado em uma atenção básica ampliada (DORICCI, GUANAES-LORENZI e PEREIRA, 2016).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde sugere espaços institucionais em que a equipe de atenção básica e os gestores poderiam se aliar para refletir, aprender e transformar os processos de trabalho cotidianos. Descreve a estratégia de apoio institucional como uma função gerencial que procuraria reformular “o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” e que teria o objetivo de realizar mudanças nas organizações com base nos problemas e tensões do dia-a-dia (BRASIL, 2017).

Campos (2007) define o “Apoiador Institucional” como um agente externo a um coletivo e que o auxiliaria na utilização do “Método da Roda (ou a Paidéia)”, um método de apoio à gestão democrática (co-gestão) de processos complexos de produção, destinado a ampliar a capacidade de análise e intervenção dos grupos, por meio da definição de tarefas e projetos de intervenção. Atuaria mediando “linhas de comunicação truncadas”, de forma conjunta com a equipe apoiada, nem adotando uma postura omissa, nem operando à revelia desta. Deveria também informar sobre as diretrizes definidas nos níveis superiores.

A proposta do Método da Roda objetiva, portanto, analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto, promover reflexão sobre o significado e o modo como se organiza o trabalho a fim de se produzir bens e serviços, mas também, “cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos” (CAMPOS, 2007). Um “Coletivo Organizado para a Produção”, na concepção apresentada por Campos (2007, p.68) é “um Ser constituído com uma finalidade que transcende cada um dos Sujeitos que o integram. Uma rede de relações entretecidas entre os Sujeitos que o compõem e destes com o contexto”.

Segundo essa concepção, a ação dos sujeitos e coletivos orientada para um determinado fim é resultado da interferência de três “Planos” ou “Regiões existenciais”: 1) em que predominam forças imanentes, internas, como o da “Estrutura Biológica, do Desejo e do Interesse”; 2) considerada como contato do interno com o externo, em que ocorrem a “formação de Compromisso, a constituição e gestão de Contratos e Projetos”; e 3) de incidência do externo sobre o interno, em que as “Necessidades sociais” e as “Instituições” conformariam “modos de ser para o Sujeito” (CAMPOS, 2007).

Dessa forma, os sujeitos tanto estariam sendo influenciados pelas circunstâncias, como também as influenciaria, modificando-as. Assim, no cotidiano do trabalho em saúde em

que há objetivos a serem alcançados, sujeitos e coletivos estão obrigados a considerar o próprio desejo, interesses e necessidades, bem como o de outros agrupamentos. A “Formação de compromisso, a elaboração e gestão de Contratos e de Projetos” representaria um espaço de mediação, onde há possibilidade de reconstrução de ambos e de recomposição do poder pelos sujeitos, como consequência, onde a instituição do novo é possível. Implica, pois, em produzir sentido para a ação (CAMPOS, 2007).

Além dos enfoques de supervisão apresentados acima, centrados na organização dos serviços de saúde, interessa neste trabalho também analisá-la sob o ponto de vista das abordagens das práticas dos profissionais. Nesse sentido, a revisão de literatura realizada por Kilminster e Jolly (2000) nos forneceu um amplo panorama dos processos de supervisão considerados efetivos nos cenários de prática da saúde. Alegando uma quantidade limitada de publicações abordando o tema, especialmente os estudos empíricos, incluíram trabalhos com outras profissões da saúde, além da medicina.

Os autores relataram que os aspectos essenciais da supervisão convergem para a garantia de segurança do paciente e para a promoção do desenvolvimento profissional. Além disso, que as definições de supervisão incorporam os entendimentos sobre seus propósitos e funções, sendo a formulação mais influente no Reino Unido a que considera três funções principais: educacional; de suporte/ apoio; e de gestão/ gerencial/ administrativa. Essa ideia estaria refletida em todas as profissões (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Para a medicina, é sugerida uma definição de supervisão que envolva o monitoramento, orientação e “*feedback*” (comentários de retorno ao supervisionado acerca de seu desempenho) sobre questões de desenvolvimento pessoal, profissional e educacional no contexto do atendimento do médico aos pacientes. Isso incluiria a capacidade de antecipar os pontos fortes e fracos de um médico em situações clínicas particulares, a fim de maximizar a segurança do paciente. A fundamentação das práticas de supervisão poderia ser baseada, entre outros, nas teorias de aprendizagem para adultos, na aprendizagem experimental e alicerçada no trabalho e, adicionalmente, na aprendizagem baseada em problemas (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Neste contexto, o ambiente de aprendizagem pareceu afetar bastante o que é aprendido, sendo o cenário clínico considerado importante para uma supervisão avaliada como de alta qualidade. A supervisão poderia ocorrer no trabalho, no momento em que uma tarefa prática estaria sendo realizada, em uma reunião individual, na supervisão de pares, na reunião em grupo (com ou sem facilitador) e em ambiente de rede virtual, possibilitando a participação de trabalhadores de outras profissões, onde nem todos precisariam estar no

mesmo local (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Segundo os autores, os estudos concordam em relação ao papel central da prática reflexiva no processo educacional, embora alguns deles tenham destacado a importância da direcionalidade pelo supervisor. Salientam a necessidade de identificação prévia de um repertório de habilidades e metas específicas a serem atingidas, além do monitoramento dos comportamentos e do desempenho dos supervisionados. Para isso, ressaltam que o estabelecimento de contratos, a partir de definições conjuntas poderiam ser úteis, incluindo detalhes sobre a frequência, duração e conteúdo da supervisão, os objetivos de aprendizagem e formas de avaliação. O “*feedback*” foi considerado uma estratégia muito importante para auxiliar a reflexão sobre as práticas (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Apesar de Kilminster e Jolly (2000) terem encontrado poucas pesquisas abordando a qualidade da supervisão e seu conteúdo, os pesquisadores sugerem que esta deve incluir gerenciamento clínico, ensino e pesquisa, gestão e administração, desenvolvimento pessoal, habilidades interpessoais e reflexão. Destacam que o objetivo final da supervisão, declarado ou implícito, é a melhoria da atenção ofertada ao paciente e que há evidências de que a supervisão tem efeito positivo nos resultados para os pacientes e, em contrapartida, que a falta de supervisão, em alguns casos, é prejudicial a eles. No entanto, reconheceram que avaliar a supervisão com base nos resultados da assistência em saúde não é uma tarefa fácil e que, conseqüentemente, muitos estudos procuraram verificar o efeito da supervisão utilizando a perspectiva dos próprios supervisionados e dos supervisores.

Segundo os autores, a supervisão direta, realizada de forma mais próxima, pode afetar positivamente tanto os resultados dos pacientes, como o desenvolvimento dos supervisionados, por exemplo, ajudando-os a adquirir habilidades mais rapidamente, principalmente se combinada com a estratégia do “*feedback*”, utilizando as observações do supervisor para fornecer dados para a reflexão. A auto-supervisão não demonstrou efetividade, sendo considerada necessária a atuação de um supervisor. A supervisão parece ter mais efeito quanto menor for a experiência do supervisionado e casos complexos podem necessitar de mais supervisão. As mudanças comportamentais ocorreram mais rapidamente do que as mudanças de pensamento e atitude, sendo que a qualidade do relacionamento interpessoal entre supervisor e supervisionado foi relatado como o fator isolado mais importante para uma supervisão efetiva. Essa relação parece mudar à medida em que ambos ganham mais experiência (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Outros fatores associados à qualidade da supervisão foram: a continuidade ao longo do tempo; a possibilidade dos supervisionados controlarem os produtos da supervisão; e

a ocorrência de reflexão por ambos os participantes. Foi percebido que os estudantes de medicina apresentam estratégias para “parecer tão competente quanto possível” e que isso pode significar perder a oportunidade de aprender. Evidências demonstram que os supervisionados de pós-graduação desenvolvem comportamentos defensivos semelhantes, com efeito negativo no processo de supervisão (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Dentre as habilidades e qualidades dos supervisores considerados efetivos são citados: ter conhecimento e competências clínicas; capacidade de ensinar; e habilidades interpessoais. Foram ressaltados os comportamentos de supervisão úteis: dar orientação direta sobre o trabalho clínico, vincular a teoria com a prática, solucionar problemas conjuntamente e oferecer “*feedback*” claro e direto (transmitidos inequivocamente, de modo que os supervisionados se tornem conscientes de seus erros, acertos, pontos fortes e fracos). Em contrapartida, os comportamentos destacados como ineficazes foram: rigidez, baixa empatia, falta de suporte, falha em acompanhar as preocupações dos supervisionados, não ensinar, ser indireto e intolerante e enfatizar a avaliação e os aspectos negativos (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

Finalmente, concluem que os treinamentos direcionados aos supervisores devem incluir pelo menos algum dos seguintes aspectos: compreensão do ensino e avaliação; habilidades de aconselhamento, avaliação, feedback, relacionamento interpessoal e comunicação; além de compreensão do conceito e propósitos da supervisão (KILMINSTER e JOLLY, 2000).

No Brasil, Botti e Rego (2008) chamam a atenção para os diferentes termos empregados a fim de denominar os profissionais mais experientes que se ocupam da formação médica, no âmbito dos programas de residência médica, principalmente: preceptor, supervisor, tutor e mentor. Segundo os autores, a proximidade semântica entre essas palavras gera confusões entre os seus significados e promove indefinições em relação aos papéis que eles indicam, por isso, propuseram um quadro conceitual para os mesmos.

Especificamente sobre a supervisão, enfatizam “o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira em seus próprios ambientes clínicos”. Além disso: observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade; atuar na revisão da prática profissional; estimular a relação entre teoria e prática, além de auxiliar a utilização adequada do tempo, priorizando procedimentos e atitudes. Essa função estaria relacionada, portanto, à melhoria de qualidade da atuação profissional, sendo importante tanto para o profissional, como para o usuário, pois acarretaria qualificação do cuidado ofertado nos serviços. Sua

atuação não se limitaria, entretanto, ao ambiente de trabalho, podendo ocorrer fora dele (BOTTI e REGO, 2008).

Para os autores, o papel do supervisor difere do papel do preceptor na medida em que este último se preocupa principalmente com o desenvolvimento de habilidades clínicas, enquanto que o foco do supervisor é o desenvolvimento do desempenho clínico como um todo. Já o tutor teria o papel de ensinar o “aprender a aprender”, auxiliando o processo de aprendizagem centrado no aluno, orientando a busca do conhecimento. Além disso, deveria identificar as necessidades de treinamento dos alunos, assegurando uma boa aprendizagem, organizando a estrutura de ensino e cuidando da qualidade e da atualização dos professores, tendo também papel importante como avaliador. Por fim, o papel do mentor não se limitaria à orientação para o estudo, para o “aprender a aprender”, mas buscaria também abordar objetivos pessoais, por meio do estabelecimento de um plano de desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Este não desempenharia nem o papel clínico, nem o de avaliador (BOTTI e REGO, 2008).

Além dos termos descritos acima, percebemos também a utilização dos conceitos “apoio matricial” e “equipe de referência” no contexto da saúde, em especial da atenção básica. Propostos inicialmente por Campos (1999), esses conceitos foram depois incorporados como propostas de arranjos organizativos por diversos programas do Ministério da Saúde, com o objetivo de assegurar “retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS E DOMMITI, 2007, p. 399).

Pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de ampliar a capacidade resolutiva da atenção básica e, deste modo, resolver a maior parte dos problemas de saúde da população neste âmbito da RAS. Orientados pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, os NASF são compostos por equipes multiprofissionais, a partir da atuação de trabalhadores de diferentes profissões ou especialidades, e devem trabalhar de maneira integrada e de forma a apoiar os profissionais da atenção básica, que possuem perfil generalista (BRASIL, 2014).

Funcionando como uma retaguarda especializada, devem buscar desenvolver trabalho compartilhado e colaborativo pelo menos em duas dimensões: clínico-assistencial, incidindo sobre a ação clínica direta com os usuários; e técnico pedagógica, produzindo ação de apoio educativo com e para a equipe de atenção básica. Além disso, podem envolver coletivos em ações sobre riscos e vulnerabilidades populacionais ou atuar em relação a processos de trabalho coletivos de uma equipe. Para isso, realizam compartilhamento de

práticas e saberes em saúde, auxílio no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas na atenção básica que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014).

O “apoiador matricial” na atenção básica refere-se, portanto, ao profissional especialista que tem um núcleo de conhecimento específico e oferece tanto retaguarda assistencial, como suporte técnico pedagógico aos profissionais das equipes de saúde da família, suas “equipes de referência”. Tem o objetivo de promover trocas de saber e contribuir com intervenções de modo a aumentar a capacidade resolutiva das equipes de referência e construir projetos terapêuticos integrados. Além disso, pode facilitar o contato das equipes com os sistemas de referência e contrarreferência. Normalmente o foco das atividades está relacionado às situações que exigem atenção específica ao núcleo de saber do apoiador (CAMPOS e DOMITTI, 2007; SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

2.4 A Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

A Supervisão Acadêmica compõe um dos eixos do PMMB e foi regulamentada pela Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Deve ser composta pelo médico participante, o supervisor e o tutor acadêmico, o gestor municipal, o coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena (quando este receber médicos participantes do Projeto) e o representante do MEC. O território onde atuam passa a ser denominado Região de Supervisão da Instituição Supervisora, preferencialmente compatível com as regiões de saúde locais (BRASIL, 2015a).

Além do suporte para o fortalecimento das competências dos médicos na atenção básica, possui o objetivo de fortalecer a educação permanente em saúde, a integração ensino-serviço, a atenção básica, a formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e a articulação dos eixos educacionais do PMMB (curso de especialização e atividades de integração ensino-serviço). Deve, portanto, coordenar e articular as ações de aperfeiçoamento do Projeto, de modo a assegurar a formação dos médicos participantes para a atuação na atenção básica, inseridos nas redes de atenção à saúde, conforme a lógica da educação permanente à saúde (BRASIL, 2015a).

A educação permanente na atenção básica é entendida aprendizagem no trabalho, que deve se desenvolver em espaços institucionalizados do cotidiano das equipes, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho”. Tem como base a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformação das práticas dos

trabalhadores de saúde (BRASIL, 2017a).

Segundo Junqueira (2009), a mudança efetiva que se pretende no modelo assistencial das práticas em saúde “só se dará a partir de um contínuo repensar entre teorias, práticas e ações em saúde”, sendo necessário que cada segmento implicado num processo de responsabilidade compartilhada promova a análise de sua parcela de responsabilidade para o êxito do trabalho das equipes em saúde.

Para isso, torna-se importante considerar alguns conceitos e noções sobre a aprendizagem de adultos. O reconhecimento do adulto como sujeito de educação e da possibilidade de aprendizagem fora do ambiente escolar, ao longo da vida, nos contextos comunitários e do trabalho, possibilitou um novo enfoque para a educação e para o desenvolvimento de recursos humanos. Baseada na concepção de que a situação de trabalho tem potencial educativo, ou seja, no trabalho também se aprende, a educação permanente propõe incorporar a lógica do processo de ensino-aprendizagem à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, organizando estratégias educativas a partir da problematização do próprio fazer, em que as pessoas passam a ser atores reflexivos de suas práticas e construtores de conhecimentos e de alternativas para a ação (DAVINI, 2009).

Nesse sentido, a educação permanente representa uma mudança das práticas pedagógicas predominantes nas organizações, uma ruptura com as “técnicas de transmissão de conhecimentos” baseadas no “modelo escolar”, em que alguns especialistas apresentam seus conhecimentos ao público-alvo, pouco conectados com os problemas do contexto real do trabalho. Este tipo de processo educativo, ainda bastante presente nos serviços de saúde, entendido como extensão do “escolar”, geralmente é organizado de forma fragmentada no tempo e em disciplinas, com fins meramente de atualização dos profissionais, para que esses conhecimentos possam ser assimilados e incorporados às práticas laborais em algum momento futuro (DAVINI, 2009).

Alguns momentos de educação permanente foram previstos para o desenvolvimento das atividades de supervisão, como: o encontro para a qualificação da supervisão acadêmica, que se constitui em “um espaço de gestão acadêmica para tratar do acompanhamento dos médicos participantes e suas necessidades de formação”; o encontro de supervisão locorregional, “que se caracteriza pelo encontro presencial dos atores participantes do PMMB de uma determinada região”; e a supervisão periódica, que se refere às visitas de supervisão *in loco* e acompanhamento longitudinal. Os momentos de Supervisão Acadêmica devem ser pactuados entre os supervisores, gestores municipais e médicos participantes, e executados conforme normatização da Secretaria de Educação Superior do MEC (BRASIL,

2015a).

As atribuições mínimas dos supervisores no Projeto foram definidas pela Portaria Interministerial N° 1.369, de 8 de julho de 2013, em seu Art. 15 (BRASIL, 2013a):

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, essenciais para o recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto. [...] (BRASIL, 2013a).

Espera-se, portanto, que os supervisores acompanhem longitudinalmente os médicos participantes nas atividades de integração ensino-serviço, por meio de visitas mensais em seus locais de assistência à saúde e de encontros locais regionais trimestrais, com todos os integrantes do Projeto de uma mesma região. A análise dos relatórios de supervisão elaborados para o Projeto sugere, ainda, que o supervisor “acompanhe ou discuta os atendimentos feitos pelos médico; registre suas impressões sobre a infraestrutura do local de atendimento; compreenda como se organiza o processo de trabalho do médico na equipe e como transcorre a relação do médico com a comunidade, entre outros aspectos que forem considerados relevantes pelo supervisor ou mencionados pelo médico participante” (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015c).

Castro (2015) analisa as práticas de supervisão no PROVAB e PMM, destacando que estas representam uma novidade em relação às outras políticas de provimento em saúde brasileiras e que se constituíram como o segundo motivo para que os profissionais participantes buscassem realizar adesão ao primeiro ano de PROVAB. Enfatiza que a supervisão desenvolvida no âmbito desses Programas se aproxima de um modelo considerado “moderno”, conforme as definições de Reis e Hortale (2004, p.494).

Em outra publicação, Castro, Moraes e Iguti (2015), ressaltam a falta de definição, por parte das normas vigentes, quanto à metodologia de supervisão a ser empregada tanto no PROVAB, como no PMMB. Por isso, propõem a utilização de uma adaptação da metodologia dos Grupos Balint-Paidéia, desenvolvida por Cunha (2009), como possível ferramenta pedagógica para essa prática específica. Por conseguinte, as atividades de supervisão seriam estruturadas a partir da conformação de grupos de 10 a 20 médicos participantes dos Programas, preferencialmente entre os que estivessem atuando no mesmo município ou em municípios próximos geograficamente.

Nesse modelo de supervisão, o objetivo do trabalho em grupo seria realizar “discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais)”, relatados pelos próprios médicos participantes, ou por dupla de médicos (neste caso, preferencialmente formadas pelos que atuam na mesma unidade de saúde), em encontros mensais, com duração total de 3 a 4 horas.

Desta carga horária, cerca de 2 horas seriam destinadas a esse fim, sendo o tempo restante reservado para a discussão de outras situações pertinentes ao escopo da supervisão, como por exemplo, “acompanhamento do desempenho dos médicos na especialização à distância, aplicação de instrumentos de avaliação, entre outros” (CASTRO, MORAES e IGUTI, 2015). Segundo os autores, para a estruturação deste tipo de trabalho, deveria ser realizada inicialmente a pactuação de “um contrato” entre os supervisores, os supervisionados e a gestão local do SUS, definindo, entre outras coisas, o número de participantes do grupo e as duplas; o caráter sigiloso em relação ao que for falado no grupo, funcionando como um “espaço protegido” de modo a permitir liberdade de expressão aos participantes; a periodicidade mensal e a duração dos encontros.

Os autores ainda sugerem que as reuniões sejam realizadas preferencialmente nas unidades de saúde dos médicos, em esquema de rodízio, a depender das condições estruturais, a fim de facilitar o contato do supervisor com a equipe e com a gerência local das unidades, em momento diverso da reunião do grupo. A coordenação do grupo ficaria a cargo dos próprios supervisores, por isso, esses deveriam ter experiência neste tipo de atividade. A produção de ofertas teóricas relativas ou não aos casos apresentados caberia também aos supervisores, assim como, a contratação eventual de “outros profissionais ou gestores do SUS e do Programa Mais Médicos, na lógica do Apoio Matricial e do Apoio Institucional” (CASTRO, MORAES e IGUTI, 2015).

Por fim, concordamos com Castro, Moraes e Iguti (2015), quando relatam que “a experiência de supervisão prática associada a programa de especialização à distância pode apontar um caminho promissor” e, se demonstrar resultados positivos para a formação dos médicos vinculados ao PMMB, pode servir de modelo para a qualificação de outros profissionais que atuam na atenção básica.

2.5 Nosso envolvimento com o objeto e etapas preliminares

Concordando com Minayo (2001), acreditamos que nenhuma ação humana é

destituída de intencionalidade e de influência dos valores, crenças, ideias, experiências, conhecimentos prévios dos sujeitos envolvidos, por isso, reconhecemos que a escolha deste tema não foi realizada de maneira aleatória, sendo importante explicitar nosso envolvimento com o objeto de investigação.

Somos três pesquisadoras envolvidas diretamente com esse estudo, duas médicas e uma educadora com experiência em processos pedagógicos na saúde. Atuamos, respectivamente, como tutoras do PMMB, vinculadas a duas instituições supervisoras diferentes (uma à Escola de Saúde Pública do Ceará e outra à Universidade Federal do Ceará) e como assessora pedagógica do grupo de supervisão da UFC. Compomos também, em função da proposta desta pesquisa, um coletivo que constitui o grupo de estudos de pesquisa-ação, vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFC (NESC/UFC).

Um esclarecimento se faz necessário, neste momento, quanto à forma de redação utilizada no presente trabalho. Para o detalhamento do projeto, em geral, foi utilizada a primeira pessoa do plural, tendo em vista que toda a produção e estruturação deste documento, as argumentações, sistematizações, sínteses expressas, etc., foram realizadas por integrantes do supracitado coletivo, em diálogo permanente com diversos autores, muitos dos quais aqui citados. Em contrapartida, a narrativa abaixo sobre as primeiras interações com o objeto se refere a uma trajetória prévia individual da pesquisadora principal, por isso, será expressa em primeira pessoa do singular.

Penso que a opção por esse objeto reflete mais uma aproximação, dentre as diversas que venho empreendendo ao longo de meu processo de ensino-aprendizagem, em relação às áreas de educação médica e de políticas, gestão e avaliação em saúde. Representa um questionamento atual, a partir de outro lugar, porém inserido nesse processo contínuo de “ação-reflexão-ação” que acredito ter iniciado desde meu ingresso no curso de graduação em medicina, no ano 2000.

Naquele momento, ao participar das discussões do Centro Acadêmico de Medicina (CAMED) e atuar como facilitadora no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), senti-me estimulada a refletir sobre a importância das atividades de integração ensino-serviço e da lógica da educação permanente para os processos de formação em saúde. E procuramos contribuir (nós estudantes de medicina participantes do CAMED/UFS) com os projetos de mudanças curriculares de nossa universidade, no sentido de ampliar os cenários de prática dos estudantes de graduação para além do ambiente hospitalar, prevendo atividades também no âmbito da atenção básica, da vigilância em saúde, da regulação dos serviços e da gestão em saúde.

Além disso, estudos em outras universidades já nos alertavam para a necessidade de utilização de metodologias de ensino-aprendizagem mais significativas, que estimulassem a participação ativa dos estudantes, promovendo a construção de novas aprendizagens a partir dos conhecimentos prévios dos alunos, por meio da problematização da realidade vivenciada nos serviços de saúde.

Pouca modificação ocorreu, de fato, na estrutura curricular dos cursos da saúde durante o curto período de seis anos em que estive na graduação. Mas as aprendizagens empreendidas me ajudaram durante o curso no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), que realizei de 2007 a 2009, pois tive a oportunidade de participar da própria elaboração projeto pedagógico e do perfil de competências esperadas para o médico de família e comunidade da UFS.

Em 2011, já atuando como médica de família e comunidade, integrei um grupo com o intuito de realizar a supervisão das equipes de saúde da família de uma regional de saúde do Distrito Federal, vinculado à coordenação de atenção básica. Nas atividades de supervisão, procuramos viabilizar momentos de reflexão aos profissionais das equipes e gestores sobre as ações que eram realizadas, além de promover espaços de pactuação e decisão compartilhada entre eles, numa perspectiva pedagógica facilitadora, utilizando instrumentos específicos para a avaliação e planejamento das atividades.

Finalmente, minha primeira aproximação com o PMMB ocorreu mesmo antes de sua instituição legal, quando trabalhei no Ministério da Saúde (MS), na coordenação-geral de atenção primária à saúde indígena, de 2012 a 2014. Discutíamos sobre a falta de médicos na maioria das equipes de saúde que atuavam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e sobre formas de incentivo específicas para atrair e fixar esses profissionais nas localidades mais remotas, assim como, para qualificar os que se dispusessem a atuar nessas realidades tão diversas e complexas. Durante a elaboração e estruturação do PMM, e com a definição de que este também seria viabilizado para a saúde indígena, passamos a desenhar as necessidades para os cenários dos DSEI.

Logo depois, em 2014, passei a atuar diretamente na área de articulação institucional do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), onde foi estruturada a Coordenação Nacional do PMMB. Minha equipe trabalhava para auxiliar estados e municípios na implementação das ações do Projeto e, juntamente com outras equipes do MS, refletíamos sobre formas de acompanhar, monitorar e avaliar avanços e desafios em relação à qualificação da atenção básica nas diversas

localidades.

Em 2015, passei a residir em Fortaleza e a trabalhar diretamente com a Supervisão Acadêmica do PMMB, como tutora vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). As experiências que tive no MS e na ESP/CE certamente foram fundamentais para a escolha deste objeto e, inevitavelmente, imprimiram o ângulo a partir do qual comecei a enxergar o problema. Contribuiu para isso também as vivências que tive paralelamente, de 2014 a 2016, quando realizei dois cursos de aperfeiçoamento e um curso de especialização, todos relacionados a processos educacionais na saúde, com ênfase em metodologias ativas.

Logo que integrei o grupo de Supervisão Acadêmica da ESP/CE, realizamos um exercício de sistematização das maneiras como cada supervisor estava realizando suas atividades nos diferentes municípios, com o objetivo de pactuarmos atribuições mínimas para essa tarefa. Percebemos diversos entendimentos sobre qual seria o papel da supervisão no PMMB, quais os resultados esperados para o trabalho dos supervisores e como poderiam ser desenvolvidas as atividades de supervisão. Essas indefinições pareciam permear tanto as discussões de nosso grupo, como as de supervisores e tutores de diferentes instituições e, ainda, as dos representantes dos MS e MEC envolvidos no Projeto. Ao analisarmos os documentos e normas estabelecidas, concluímos que não esclareciam suficientemente essas questões.

Nesse sentido, quando iniciei o presente curso de mestrado, estava mobilizada a pensar formas de avaliar, em conjunto com os demais tutores e supervisores, o que já estava sendo realizado pela Supervisão Acadêmica da ESP/CE e da UFC, assim como os impactos da implementação do PMMB na atenção básica dos municípios sob nossa tutoria, de modo a melhor direcionarmos nossas ações. Achei coerente incluir a UFC nesta proposta de análise, pois, além de estar realizando o curso nesta instituição, minhas orientadoras atuavam respectivamente como tutora e assessora pedagógica deste Projeto na universidade, demonstrando ambas grande interesse para a realização desse tipo de pesquisa.

Nas reuniões de orientação para a melhor definição do projeto de pesquisa e a partir das contribuições das disciplinas do curso, estabelecemos que os resultados das avaliações que estávamos propondo deveriam ser úteis para potencializar o trabalho dos próprios supervisores. Para isso, o desenho de pesquisa que nos pareceu mais adequado foi o da pesquisa-ação. Também verificamos que propor esse tipo de pesquisa, de caráter essencialmente voluntário e participativo por parte dos integrantes, ao meu próprio grupo de trabalho, no qual eu atuava como tutora, portanto, com prerrogativa de relação de poder em relação aos supervisores, poderia suscitar uma aceitação “forçada”, o que não era interesse das

pesquisadoras. Dessa forma, decidimos restringir nossa abordagem ao grupo de supervisores da UFC, tendo em vista inclusive o tempo destinado à conclusão do mestrado.

Efetuei a primeira aproximação em relação ao grupo de supervisores da UFC em setembro de 2016, por ocasião da reunião mensal de gestão acadêmica que realizam sistematicamente. Apresentamos (nós pesquisadoras) uma proposta preliminar de investigação que objetivava analisar o desenvolvimento da Supervisão Acadêmica da UFC e verificar como avaliavam o PMMB em relação à qualificação da atenção básica dos municípios que acompanhavam. A partir disso, consegui a autorização dos supervisores para seguir acompanhando suas atividades, com o compromisso de incluir à proposta as aspirações dos mesmos em relação a esta pesquisa.

Percebemos, durante o período até março de 2017, que haviam realizado momentos de reflexão sobre suas práticas e ambicionavam, entre outras coisas: 1) conseguir definir melhor o que realmente o supervisor poderia/ deveria fazer em suas visitas mensais: que tipo de intervenções poderiam/ deveriam realizar (ações pedagógicas essencialmente clínicas, mediação de conflitos, resolução de problemas relacionados à implementação do projeto, ao cumprimento de obrigações e contrapartidas, atividades de planejamento e programação, orientação para a reorganização dos serviços e dos processos de trabalho, etc); e se deveriam direcionar suas ações também aos outros profissionais das equipes e aos gestores (e de que forma), ou só aos médicos do Projeto; 2) realizar um planejamento de suas atividades a médio e longo prazo, de modo a conseguirem acompanhar e avaliar continuamente os resultados de suas atividades e o desempenho dos médicos supervisionados; 3) e realizar uma mostra das atividades que estavam sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde.

Essas observações formaram a base para a redefinição do objeto e dos objetivos do projeto ora apresentados e orientaram a proposição do percurso metodológico pelas pesquisadoras. Estes foram apresentados oficialmente ao grupo de supervisão em duas ocasiões, em março e abril de 2017, inclusive com os marcos teóricos conceituais que respaldaram as escolhas das pesquisadoras. Verificamos, na ocasião, que os supervisores se mostraram bastante motivados para aprimorar suas atuações no âmbito do Projeto e expressaram grande interesse em participar desta pesquisa-ação.

O principal problema identificado, então, foi a falta uma delimitação mais clara em relação ao papel que o supervisor deve assumir neste Projeto e à metodologia de supervisão a ser utilizada. A “abertura” normativa para esse tipo de trabalho em saúde, em si, não foi considerada problemática, pois possibilita as adaptações necessárias às distintas

realidades locais e promove criatividade e reinvenções constantes do agir cotidiano. Entretanto, a falta de um “referencial comum” para nortear as ações de cada supervisor individualmente foi apontada como motivo que dificultava suas práticas cotidianas.

A pergunta em questão diz respeito a: o que os supervisores devem fazer? Para Habermas (1989, pág. 71), “dever fazer algo” implica necessariamente “ter boas razões para fazer algo” e esse tipo de questão se configura como “decisão por ações guiadas por normas ou a escolha das próprias normas de ação”. Em seu entendimento, as normas dependem do estabelecimento de relações interpessoais ordenadas de maneira legítima para serem reproduzidas. Dessa forma, a validade social de uma norma dependeria a longo prazo de ser aceita como válida por aqueles a quem é endereçada. Esse reconhecimento, em contrapartida, se apoiaria na expectativa de que essas possam ser fundamentadas.

A UFC tem acumulado significativa experiência em relação à educação médica e participa deste Projeto desde a sua implementação, em 2013, ofertando curso de especialização e atuando como Instituição Supervisora. Dessa forma, partimos do pressuposto de que o reconhecimento intersubjetivo entre os supervisores das razões pelas quais cada um realiza suas atividades pode contribuir para suscitar momentos de reflexão e entendimentos mútuos acerca do papel do supervisor neste Projeto e sobre as metodologias mais adequadas aos propósitos almejados por eles. Nessa perspectiva, procuramos analisar o desenvolvimento da Supervisão Acadêmica desta universidade, com o intuito de elaborar, em conjunto com os supervisores um plano de ação capaz de refletir as potencialidades de suas atividades pedagógicas.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o desenvolvimento da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) da Universidade Federal do Ceará (UFC), com o intuito de elaborar, em conjunto com os supervisores, um plano de ação que reflita as potencialidades de suas atividades pedagógicas para qualificar a atuação dos profissionais da atenção básica, nos municípios sob sua tutoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender como os supervisores realizam suas atividades de supervisão e o significado que atribuem a elas e ao PMMB;
- Elaborar, em conjunto com os supervisores, um diagnóstico da atuação da Supervisão Acadêmica da UFC, de modo que subsidie a construção de um Plano de Ação;
- Dialogar sobre a possibilidade de novas práticas de supervisão, que além de viáveis e oportunas, contribuam para a qualificação da atuação dos profissionais da atenção básica nos municípios sob tutoria da UFC;
- Propor e desenvolver ações formativas nas reuniões sistemáticas dos supervisores, a partir da construção de um Plano de Ação;
- Promover um processo de reflexão e avaliação das atividades de supervisão e das ações formativas realizadas;
- Analisar de forma integrada durante todo o processo os elementos fundamentais da Supervisão Acadêmica que influenciam a qualificação dos profissionais supervisionados na atenção básica.

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Tendo por objeto um coletivo humano, com o objetivo de compreender e transformar uma realidade, a partir do que nos esclarece Deslandes, Gomes e Minayo (2009, p.14), este estudo se situa no campo das Ciências Sociais e da Saúde e se configura, portanto, como “essencialmente qualitativo”. Para Fraser e Gondim (2004, p.141), “Conhecer as razões e os motivos que dão sentido às aspirações, às crenças, aos valores e às atitudes dos homens em suas interações sociais é o mais importante para as ciências sociais”.

Mercado-Martinez e Bosi (2007), ao analisarem o percurso de constituição das ciências humanas e sociais, evidenciaram a tendência inicial de utilização dos mesmos fundamentos das “ciências naturais e físico-matemáticas”, estas últimas desenvolvidas muito antes e ainda hoje hegemônicas na racionalidade científica moderna. Ressaltaram que existem entre elas, entretanto, diferenças ontológicas e epistemológicas em relação aos seus objetos de conhecimento, demonstrando que possuem racionalidades distintas, necessitando, pois, de abordagens diferenciadas, específicas.

Os autores examinaram também a natureza das críticas e dos questionamentos existentes em relação às perspectivas qualitativas e concluíram que representam mais um diálogo interdisciplinar insuficiente e uma necessidade de demarcação política, do que uma real inferioridade dos postulados das ciências humanas e sociais. Concordando com essas observações, optamos por realizar um caminho metodológico próprio das investigações qualitativas, compartilhando com os supracitados autores a opinião de que os desafios da saúde são complexos e multidimensionais, necessitando, para seu enfrentamento, utilizar, simultaneamente, tanto o “avanço dos conhecimentos e soluções técnicas”, como “um desenvolvimento mais intenso do componente humano, domínio dos estudos qualitativos” (MERCADO-MARTINEZ e BOSI, 2007).

Mercado-Martinez e Bosi (2007) resgatam o conceito de paradigma, a partir da proposta de Kuhn: “sistema de crenças ou visão de mundo que guiam a prática do investigador”. Ressaltam, sobre isso, que os estudos com o objetivo de promover “envolvimento com os atores sociais e a transformação da sociedade”, como se configurou o nosso, podem ser classificados como inseridos no paradigma participativo, de acordo com Denzin e Lincoln (1994).

Neste caso, o investigador interfere no objeto de conhecimento e este, em contrapartida, também modifica-o, de maneira que a interação entre investigador e objeto de conhecimento permite uma reconstrução mútua. Sendo, tanto investigador, como objeto de

conhecimento, historicamente condicionados, “a visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação” (MINAYO, 2001).

Procuramos realmente interagir com os participantes ao longo da pesquisa, não só com o intuito de que fôssemos melhor aceitos pelo grupo, objetivo comum da pesquisa participante, segundo Thiollent (2011), mas também na perspectiva de que os próprios participantes atuassem para identificar os problemas relacionados às suas práticas e para buscar formas de solucioná-los. Esse é um tipo de pesquisa específico, a pesquisa-ação, conforme nos esclarece o autor.

Thiollent (2011) afirma que “toda pesquisa-ação é de tipo participativo” e explica que um dos principais objetivos desse tipo de estudo é possibilitar, aos pesquisadores e participantes, a capacidade de “responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob forma de diretrizes de ação transformadora”. Apresenta, então, a seguinte definição:

a pesquisa ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2011, p. 20).

O real alcance desse tipo de pesquisa seria a “faixa intermediária”, entre o “nível microsocial”, referente aos indivíduos e pequenos grupos e o “nível macrosocial”, relativo à sociedade, aos movimentos e entidades de âmbito nacional e internacional. Diz respeito, portanto, “a uma grande diversidade de atividades de grupos e indivíduos no seio ou à margem de instituições ou coletividades”. A abordagem utilizada é a da interação social, com predominância dos aspectos sociopolíticos, em relação aos psicológicos e existenciais, enfatizando a análise das diferentes formas de ação, buscando explicar as situações concretas (THIOLLENT, 2011).

Para a organização do trabalho, nos orientamos pelo roteiro sugerido também por Thiollent (2011) e realizamos algumas adaptações à nossa realidade no transcórre do processo, procedimento comum nesse tipo de pesquisa, cujo planejamento procura ser flexível.

Dessa forma, buscamos explicitar o tema de uma maneira descritiva, “análise do desenvolvimento da Supervisão Acadêmica do PMMB da UFC”, e de modo a apresentar seu caráter normativo, qual seja, “potencialidades das ações pedagógicas da Supervisão

Acadêmica do PMMB da UFC para qualificar a atuação dos profissionais da atenção básica”.

Segundo Thiollent (2011), a distinção entre esses tipos de formulação é necessária ao definir a temática de uma pesquisa-ação, pois “A ação é obrigatoriamente orientada em função de uma norma”. Concordamos com o autor quando ressalta que a ideia de “melhoria”, em nosso caso “qualificação”, pressupõe o estabelecimento de um “ideal” com o qual se compara a situação atual a ser transformada. Dessa forma, a definição de “melhoria” é relativa, expressando a diferença entre o que é e o que desejamos que seja. Por isso, para o autor: “Na pesquisa-ação, o caráter normativo das propostas é explicitamente reconhecido”; e, na prática, as normas (ou critérios) podem ser substituídas pelas negociações entre os participantes.

Portanto, os métodos da pesquisa foram organizados para identificarmos uma situação atual, a ideia de “ideal” e, em seguida, verificarmos o que é necessário para que se consiga sair da “situação atual” e alcançar o “ideal”, em outras palavras, para construirmos um Plano de Ação. Concordando novamente com Thiollent (2011), acreditamos que na pesquisa-ação “os problemas colocados são inicialmente de ordem prática”, identificados a partir da análise do que precisa ser resolvido para permitir a passagem da “situação atual” para uma situação desejada, aqui chamada “ideal”. A partir dessa análise é que foi realizado um planejamento das ações correspondentes.

4.1 Grupo de Pesquisa

O grupo de pesquisa foi composto pelos dezessete supervisores do Projeto, vinculados à UFC, e pelas três pesquisadoras. Foram incluídos todos os supervisores que se dispuseram a participar das etapas da pesquisa, em qualquer momento ao longo do tempo previsto para sua realização. O cronograma foi pactuado coletivamente em suas reuniões mensais de gestão acadêmica. Por ter se tratado de uma produção de interesse do próprio grupo de supervisão, não utilizamos critérios de exclusão para esta pesquisa.

4.2 Fases da Pesquisa-Ação

Esta pesquisa-ação foi estruturada em quatro fases: exploratória/ planejamento; entrevistas semi-estruturadas; oficinas; e avaliação.

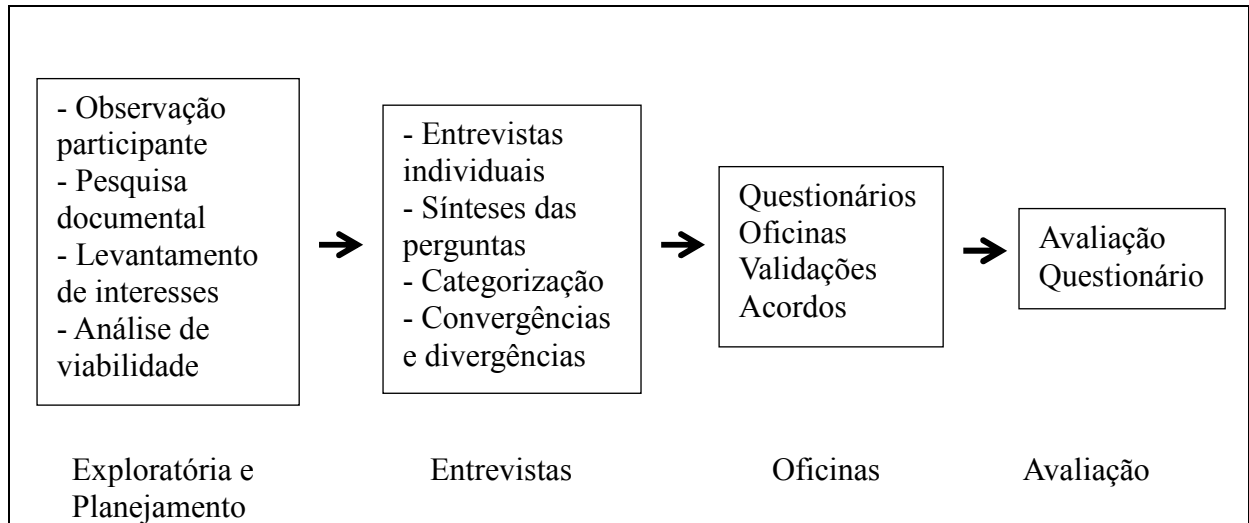


Figura 1: Fases da pesquisa-ação. Elaboração própria.

4.2.1 Fase exploratória e de planejamento

A primeira fase exploratória e de planejamento consistiu na apresentação de uma proposta inicial da pesquisa ao grupo de supervisores. Com o consentimento de todos, começamos a participar das reuniões mensais que realizavam para a gestão acadêmica dos processos de supervisão, realizando observação participante com registro em diário de campo, pesquisa bibliográfica e análise dos documentos da instituição. Dessa forma, ajustamos nossos objetivos iniciais aos objetivos de interesse do grupo e apresentamos uma proposta final para a pesquisa, avaliando a viabilidade para sua realização. Após terem aprovado, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo sido aprovado em fevereiro de 2018, CAAE 79761117.7.0000.5054.

4.2.2 Fase das entrevistas semi-estruturadas

Realizamos, entrevistas com dezesseis supervisores (94,11%), nas duas semanas subsequentes à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, nos locais de preferência indicados por eles e que apresentavam condições acústicas mínimas. Apenas um dos supervisores não conseguiu disponibilizar tempo para essa fase durante o período

considerado.

Entendemos a entrevista aqui como “uma conversação dirigida a um propósito definido”, conforme apresentado por Fraser e Gondim (2004, p.140), a partir dos trabalhos de outros autores (HAGUETE, 2001; LODI, 1991; FLICK, 2002; JOVECHLOVICTCH e BAUER, 2002), cuja técnica na pesquisa qualitativa tem a vantagem de “favorecer a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado”, funcionando como um “texto negociado”. Nesse contexto, optamos por utilizar a entrevista “face a face”, do tipo semi-estruturada, de modo a permitir que os supervisores se sentissem mais à vontade para construir seus discursos e apresentar seus pontos de vista.

Utilizamos um roteiro com 2 (duas) perguntas gerais, formuladas para iniciar a conversa e deixar o entrevistado mais à vontade (“aquecimento”), e outras 6 (seis) perguntas também gerais, conforme disposto no Apêndice B (pág.92), cuja finalidade foi estimular para que falassem sobre: as atividades que desenvolvem; as principais dificuldades/ desafios e o que facilita a supervisão; o papel/ missão da Supervisão Acadêmica no projeto; ações que ainda não fazem, mas que poderiam fazer, e ações que fazem, mas que não deveriam; as necessidades dos supervisores; e as melhorias percebidas nos municípios.

Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento livre e esclarecido dos participantes, e depois transcritas pelas próprias pesquisadoras. O tempo médio das entrevistas foi de 38 (trinta e oito) minutos. A mais curta teve duração de dezesseis minutos e trinta e sete segundos. A mais longa durou uma hora, quarenta e quatro minutos e quarenta e quatro segundos.

Enfatizamos que não tivemos o objetivo de analisar individualmente os supervisores por suas respostas. Por isso, sistematizamos as respostas de todos eles de acordo com os propósitos das perguntas descritos acima e categorizamos as respostas por núcleo de sentido, observando as convergências e divergências em relação aos seus pontos de vista.

Utilizamos os princípios da bricolagem em todo o processo de investigação, como descrito por Kincheloe (2006), citados por Neira e Lippi (2012), ou seja, procuramos incorporar os diferentes pontos de vista a respeito do mesmo fenômeno. Nesse gênero de abordagem, não se procura descobrir verdades, mas entender a sua construção e questionar como os diversos agentes sociais elaboram e executam os discursos hegemônicos. Além disso, as interpretações dos significados e sentidos expressos pelos diferentes sujeitos devem ser “entretecidas”, ou seja, tecidas conjuntamente. As interpretações dos pesquisadores e pesquisados são relacionadas de modo interativo, objetivando a construção coletiva de conhecimentos, baseando-se na epistemologia da complexidade de Morin (2002) (NEIRA e

LIPPI, 2012).

Nesse sentido, as respostas dos supervisores nas entrevistas, assim como as sínteses obtidas na primeira fase, foram sistematizadas e apresentadas nas oficinas, a fim de permitir que fossem analisadas conjuntamente pelos supervisores e pesquisadores. Do mesmo modo, a sistematização de cada oficina foi apresentada na seguinte, possibilitando validar consensos, promover acordos intersubjetivos e negociar compromissos ao longo de todo o processo.

Esclarecemos, por fim, que as perguntas de “aquecimento” e a pergunta nº 6, que aborda as percepções dos supervisores acerca dos resultados da implementação do PMMB nos municípios, não foram utilizadas como subsídio direto nas oficinas (como as demais), mas foram importantes para caracterizar o perfil dos supervisores e para possibilitar um melhor entendimento sobre o significado que eles dão ao PMMB, respectivamente.

4.2.3 Fase das oficinas

Logo no início da primeira oficina, aplicamos um questionário (Apêndice A, pág. 90) que abordou aspectos da identificação pessoal do supervisor, de sua formação acadêmica e das experiências profissionais. Orientamos para que respondessem individualmente, sem a necessidade de identificar-se, e depois colocassem aleatoriamente num envelope pardo que ficou posicionado de forma acessível a todos. Repetimos essa ação na segunda oficina, de forma que todos puderam respondê-lo. Enfatizamos que só procedemos a abertura do envelope para análise após o término da segunda oficina. Preferimos coletar essas informações por questionário, e não durante as entrevistas ou oficinas propriamente ditas, a fim de garantir a confidencialidade dos dados e para não causar nenhum tipo de constrangimento aos supervisores.

Entendemos por oficina neste trabalho o conceito apresentado por Paviani e Fontana (2009): “uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica”. Concordamos com as autoras quando ressaltam que uma oficina “é uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas”, incorporando necessariamente “ação-reflexão”, ou seja, a oficina propicia “apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva”.

Todas as oficinas foram realizadas logo após as reuniões mensais de gestão acadêmica que os supervisores realizavam sistematicamente, nos mesmos locais costumeiros

ou em salas anexas, mais amplas e consideradas mais adequadas para as produções que foram propostas. As apresentações das produções finais pelos supervisores foram gravadas em cada uma das oficinas, após consentimento livre e esclarecido dos participantes, o que facilitou as sistematizações para sua posterior apresentação nas oficinas subsequentes.

Realizamos cinco oficinas que tiveram os seguintes objetivos específicos:

- 1ª oficina – promover uma troca de experiências entre os supervisores sobre como realizam as atividades de supervisão e possibilitar que conhecessem as razões pelas quais cada um realiza suas atividades de determinado modo e não de outros possíveis;
- 2ª oficina - refletir conjuntamente sobre que resultados são esperados das atividades de supervisão e sobre que referenciais teóricos fundamentam suas escolhas;
- 3ª e 4ª oficinas - identificar os problemas relacionados às suas práticas e as propostas de solução;
- 5ª oficina - organizar o plano de ação, com identificação de responsáveis e previsão de prazos.

4.2.4 Fase da avaliação

A sexta oficina da pesquisa serviu para avaliarmos o processo e as produções obtidas, tanto utilizando um instrumento específico (Apêndice A, pág. 90), sem identificação dos supervisores, como solicitando para que falassem abertamente no grupo de discussão coletiva.

4.2 O processo de análise

O objetivo geral desta pesquisa envolveu, na realidade, dois objetivos menores interdependentes: (1) analisar o desenvolvimento da Supervisão Acadêmica; e (2) elaborar conjuntamente com os supervisores um plano de ação. O processo de análise, então, esteve condicionado a fornecer um diagnóstico para subsidiar o plano de ação e, da mesma forma, a elaboração do plano de ação permaneceu orientada pelo processo de análise realizado.

O conceito de análise que utilizamos aqui foi o vinculado ao ponto de vista pragmático de um entendimento mútuo entre interlocutores, a análise pragmática apresentada

por Habermas (2004, pág 63-97). Este conceito foi estruturado a partir da teoria linguística de Humboldt, expressa sinteticamente como: ‘não há mundo senão onde há linguagem’ (HABERMAS, 2004, pág 79).

Para o autor, Humboldt “rompe com os pressupostos básicos da filosofia da linguagem dominante desde Platão até Locke e Condillac” ao apresentar uma “concepção transcendental da linguagem” que estabelece uma conexão entre a construção interna de uma língua e a “imagem de mundo” de cada cultura. Sob esse ponto de vista, a língua torna possível a expressão da forma com que cada comunidade cultural pensa, sente e compreende o mundo, assim como é reflexo de um determinado entendimento de mundo: “Pela semântica da imagem de mundo, uma linguagem estrutura ao mesmo tempo a forma de vida da comunidade linguística; em todo o caso uma reflete a outra”. Essa concepção da linguagem inclui, portanto, tanto a cognição como a cultura (HABERMAS, 2004, pág 66).

Disso resulta uma modificação do entendimento da “tradicional prerrogativa da função cognitiva da linguagem”, pois a língua deixa de ser considerada uma forma de representar objetos e passa a se constituir como “um *medium* do espírito de um povo”, na perspectiva de estruturar “um contexto de sentido intersubjetivamente partilhado, corporificado em expressões culturais e práticas sociais” (HABERMAS, 2004, pág 66, 67). Ainda que atue na representação de fatos, estes só poderiam ser descritos a partir de um entendimento linguístico de mundo, com sua inerente subjetividade expressa, ou seja: “A linguagem só pode cumprir sua função cognitiva em associação com a expressiva” (HABERMAS, 2004, pág 68).

Nesse contexto, Humboldt analisa a função cognitiva da linguagem utilizando tanto o ponto de vista semântico, observando a expressão do modo de vida e pensamento de um povo, como o ponto de vista pragmático, enfatizando os discursos nos quais os interlocutores podem emitir ideias, sensações, concordar, discordar. Na “conversação”, os participantes buscariam um entendimento mútuo, ao mesmo tempo “se *compreender* mutuamente” e “se *entender* a respeito de alguma coisa”. Essa relação entre compreensão linguística e possibilidade de entendimento sobre algo no mundo permitiria o vínculo da função comunicativa da linguagem com uma perspectiva cognitiva (HABERMAS, 2004, pág 69-71).

Dessa forma, Humboldt reconhece que a linguagem pode assumir três diferentes funções (HABERMAS, 2004, pag. 65):

a função cognitiva de formar pensamentos e representar fatos; a função expressiva de exprimir sentimentos e suscitar sensações; por fim, a função comunicativa de comunicar algo, levantar objeções e produzir acordos. [...] (HABERMAS, 2004, pag. 65).

O conceito de análise apresentado por Habermas (2004) se distancia, portanto, do utilizado pela filosofia analítica tradicional e teria origem no movimento de crítica da abordagem hermenêutica, no pós-guerra, que gerou o que ficou conhecido como “virada linguística” e marcou a filosofia da linguagem, em contraposição à filosofia da consciência. Para ele, “a elaboração crítica da abordagem hermenêutica sob a forma de uma pragmática formal não seria possível sem a recepção de estímulos e ideias da tradição analítica”, portanto, considerava essas duas tradições mais complementares do que concorrentes (HABERMAS, 2004, pag. 64).

Ao ressaltar as conclusões de Wittgenstein, o autor destaca que essa “virada” foi possível a partir da concepção de que “compreender” é uma “faculdade prática”, não um processo psíquico. Ele relata também o trabalho de Heidegger que, de outro modo, mas alcançando conclusões semelhantes, promoveu a substituição da perspectiva do observador que percebe os objetos do mundo pela perspectiva do “intérprete, que torna compreensível para si o sentido dos proferimentos e contextos de vida das pessoas” (HABERMAS, 2004, p.78,79).

Para Habermas (1989), então, a hermenêutica pode ser assim entendida:

Toda expressão dotada de sentido – seja um proferimento (verbal e não verbal), um artefato qualquer como, por exemplo, um utensílio, uma instituição ou um documento – pode ser identificada, numa perspectiva bifocal, tanto como uma ocorrência observável, quanto como a objetivação inteligível de um significado. Podemos descrever, explicar ou predizer um ruído que equivalha ao proferimento vocal de uma frase falada, sem ter a menor ideia do que esse proferimento significa. Para captar (e formular) seu significado, é preciso participar de algumas ações comunicativas (reais ou imaginadas) no curso das quais se empregue de tal modo a frase mencionada que ela esteja inteligível para os falantes e ouvintes e para os membros eventualmente presentes da mesma comunidade linguística. [...] (HABERMAS, 1989, pag 39).

Deste modo, o autor condiciona a compreensão do que é dito por um falante à participação no “agir comunicativo”, ou seja, numa situação em que ocorre um proferimento, real ou imaginado, e que uma pessoa ao comunicar-se com outra, expressa o que pensa. Nessa perspectiva, a hermenêutica teria o papel de considerar a “tríplice relação de um proferimento”: “(a) como expressão da intenção de um falante, (b) como expressão para o

estabelecimento de uma relação interpessoal entre falante e ouvinte e (c) como expressão sobre algo no mundo”. Além disso, uma quarta relação que seria inerente à linguagem, “a relação entre um proferimento dado e o conjunto de todos os proferimentos possíveis que poderiam ser feitos na mesma língua” (HABERMAS, 1989).

Portanto, na comunicação cotidiana, o falante se refere ao mesmo tempo a algo no mundo objetivo (que pretende que seja verdade), a algo no mundo social das relações interpessoais (que pretende que seja normativamente correto) e a algo no mundo subjetivo de suas vivências (que pretende que seja reconhecido como sincero). Essas pretensões são colocadas à avaliação crítica dos ouvintes para a promoção de um reconhecimento intersubjetivo e tornam-se capazes de fundamentar “um consenso racionalmente motivado” (HABERMAS, 1989).

Na comunicação para o entendimento mútuo, então, cada falante executa um “ato de fala” e espera que o ouvinte avalie criticamente o conteúdo de seu proferimento, aceitando ou não sua pretensão de validade. Por outro lado, o ouvinte consegue compreender o proferimento quando reconhece o tipo de motivos apresentados, possibilitando um reconhecimento intersubjetivo, e quando identifica as consequências relevantes para a ação, resultantes da aceitação da pretensão de validade. A tomada de posição do ouvinte revela o “sucesso ilocucionário de um ato de fala” (HABERMAS, 2004, pág 92).

Dessa forma, as pretensões de validade, já esclarecidas no contexto de um mundo da vida, são problematizadas pelos participantes. Estes procuram tanto se convencer mutuamente com argumentos, como aprender uns com os outros, passando do agir comunicativo para uma práxis argumentativa. Pela contradição expressa nas diferentes perspectivas do mundo da vida dos participantes de um discurso, os “horizontes de sentido” ou “horizontes de orientações axiológicas” de cada um poderiam ser constantemente ampliados e imbricados entre si, de modo a resultar no estabelecimento de acordos e no reconhecimento de normas (HABERMAS, 2004, pág 92-94).

Habermas (1989, pág 43) ressalta que para compreender o que lhes é dito, o intérprete deve adotar uma postura performativa, de modo a permitir uma orientação mútua por pretensões de validade e um entendimento intersubjetivo. Por isso, para a dimensão hermenêutica da investigação, eles não permanecem numa posição exclusiva de observador, participam, tomam parte nas ações comunicativas, “se vêem envolvidos nas negociações sobre o sentido e a validade dos proferimentos”, empenhando-se num processo de crítica recíproca. Dessa forma, todos os participantes aprendem uns com os outros.

Além disso, os intérpretes dependem de seu entendimento em relação ao contexto,

cujo “pano de fundo de suposições práticas” pode não ser o mesmo que o dos sujeitos da experiência. Nesse sentido, só podem examinar fragmentariamente a “pré-compreensão global da situação hermenêutica” e suas interpretações se mostram, inevitavelmente, descontextualizadas. Tendo em vista que a linguagem cotidiana aborda proferimentos não descritivos e pretensões de validade não cognitivos, é necessário também se apoiar em pretensões de validade adicionais (HABERMAS, 1989, pág 43).

Por ser participante, espera-se que o intérprete consiga explicitar o significado que os falantes empregam em suas asserções, compreensíveis apenas a partir dos processos comunicativos, e não que ele dê um significado às coisas que observa. E, como não é possível isentar-se por completo da emissão de juízos de valor, Habermas (1989) concorda com Charles Taylor e Alvin Goudner ao reconhecerem a impossibilidade de “linguagens axiologicamente neutras no domínio das ciências sociais compreensivas” Habermas (1989, pág 43).

Isso não significa, entretanto, que não se possa obter um “saber tanto objetivo quanto teórico”. Para defender a ideia de que as questões práticas são “passíveis de verdade”, o autor desenvolve o conceito de “posição da imparcialidade negociada”, em que o intérprete deve procurar compreender porque o falante faz “determinadas asserções, observa ou fere determinadas convenções e porque dá expressão a determinadas intenções, disposições, sentimentos e coisas parecidas”. Ou seja, deve averiguar as “razões” porque o falante as consideram, respectivamente, como verdadeiras, corretas ou sinceras. Habermas, portanto, afirma que compreender significa “avaliar as razões” e que ao realizar isso o intérprete recorre a “padrões de racionalidade” que seriam obrigatórios para a ocorrência de qualquer comunicação entre membros de uma mesma comunidade linguística.

Foi com base nesses pressupostos teóricos que procuramos, ao interagir linguisticamente com os supervisores, averiguar as razões porque estes desenvolvem suas atividades de uma maneira específica e não de outras possíveis. Esse exercício produziu o diagnóstico desejado em relação à análise do desenvolvimento da Supervisão Acadêmica da UFC, prevista no primeiro objetivo da pesquisa. Depois, promovemos momentos de reflexão e de entendimentos mútuos entre todos os supervisores sobre a seguinte questão: o que os supervisores vinculados a esse Projeto e à UFC devem fazer? Em nosso entendimento, as discussões e acordos a partir dessa questão possibilitaram nortear o plano de ação também almejado.

Para o autor, esse tipo de questionamento - “o que devo fazer?” - entendido não como “o que quero fazer”, ou “o que vou fazer”, nem sob o ponto de vista utilitarista que a reduz à

questão de “adequação dos meios aos fins”, mas no sentido “que isso ou aquilo seja a coisa correta a fazer, ou a melhor, ou a única” permite que se afirme se isso é verdadeiro ou falso, em outras palavras, esses tipos de argumentos morais são “passíveis de verdade”. Não o tipo de verdade “em sentido estrito”, em que os “enunciados descritivos podem ser verdadeiros ou falsos”, mas no sentido de “verdade moral” ou, mais adequadamente, no sentido de “correção moral” (Habermas, 1989).

Na prática comunicativa cotidiana, portanto, os “conflitos de ação” podem ser resolvidos consensualmente por meio do engajamento dos participantes em argumentações morais, numa atitude reflexiva, com o objetivo de restaurar o consenso perturbado. A “restauração” seria realizada por meio do “reconhecimento intersubjetivo para uma pretensão de validade inicialmente controversa e em seguida desproblematizada ou, então, para uma outra pretensão de validade que veio substituir a primeira”. Esse tipo de acordo se configuraria numa “*vontade comum*” (Habermas, 1989).

Finalmente, o autor relata, sobre isso, que Toulmin procura estudar o tipo de argumento que pode apoiar adequadamente nossas decisões morais, não se atendo à análise semântica, mas “ao modo de fundamentação das proposições normativas, quanto à forma dos argumentos que aduzimos pró ou contra normas e mandamentos” e como identificar se a fundamentação pode ser considerada “boa”. A partir de uma “lógica informal”, pois não seria possível impor (nem dedutivamente, nem por evidências empíricas) um acordo sobre questões teóricas ou moral-práticas, Habermas (1989) utiliza a teoria de argumentação desenvolvida por Toulmin como base para a sua própria.

Dessa forma, optamos por utilizar em nossa pesquisa a análise argumentativa, tendo como referencial a teoria da argumentação de Stephen Toulmin (1958), apresentada por Liakopoulos (2015, p.218-243). O autor especifica o termo argumentação, como sendo afirmações que procuram justificar ou refutar um ponto de vista e esclarece que o objetivo da análise da argumentação é “documentar a maneira como afirmações são estruturadas dentro de um texto discursivo, e avaliar sua solidez” (LIAKOPOULOS, 2015, p.219). Para isso, apresenta a estrutura do argumento numa forma adaptada de Toulmin (1958):

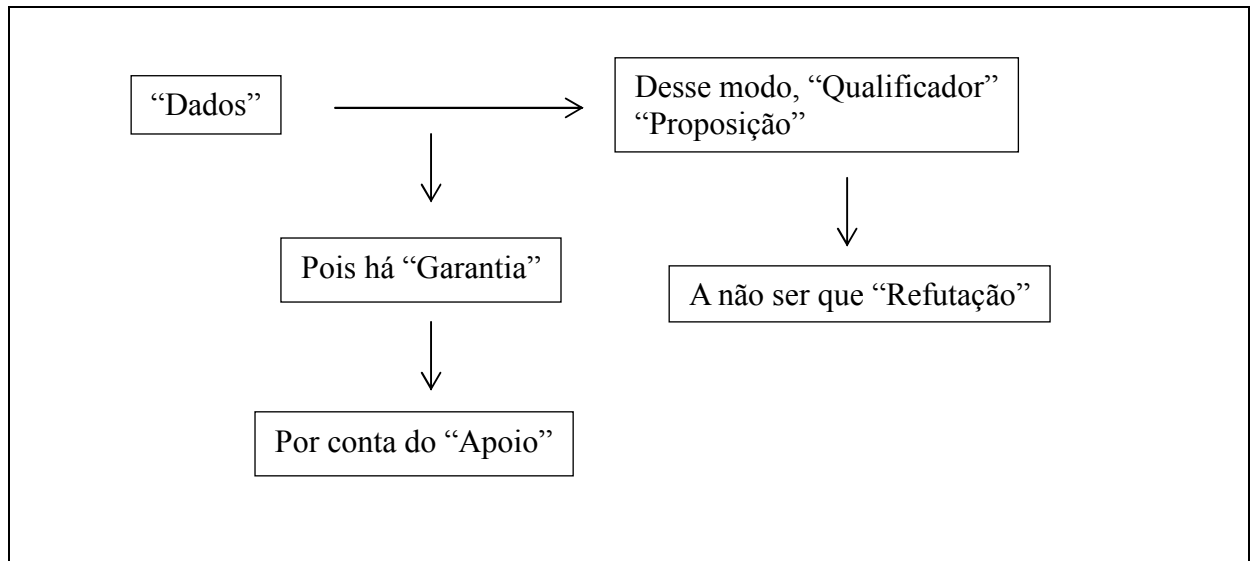


Figura 2: Estrutura do argumento (LIAKOPOULOS, 2015, p.220, adaptada de TOULMIN, 1958).

Nessa perspectiva, o argumento "toma a forma de uma proposição ou de uma conclusão precedida por fatos (dados) que a apoiam". Destacamos que os dados se referem explicitamente aos fatos. A fim de proporcionar a validade do argumento, muitas vezes são empregadas "garantias", que são importantes para justificar o processo de passagem dos dados para proposição. Estas fornecem o raciocínio lógico que conduz à conclusão. Os apoios são definidos como "afirmações categóricas ou fatos (tais como leis)". Podem ser diferenciados dos dados por serem premissas universais, ou seja, podem ser aplicadas a muitos casos, diferentemente dos dados que são particulares, "com um referencial diretamente relacionado com a proposição" (LIAKOPOULOS, 2015, p.220, 221).

Em alguns momentos, há necessidade de especificar a força do processo de passagem dos dados à proposição por meio de uma garantia. Esse tipo de especificação é chamado de "qualificador" e pode ser expresso por palavras como "necessariamente, presumivelmente, provavelmente, etc.". Além disso, o processo de passagem da garantia até a proposição pode ser muitas vezes "condicional (por exemplo, a proposição é provavelmente verdadeira, a menos que...)", referindo-se a situações em que a garantia perde o controle e, neste caso, refutações são utilizadas para mostrar "a exceção da regra que é afirmada no argumento, ou as condições sob as quais o argumento não possui legitimidade" (LIAKOPOULOS, 2015, p.221,227).

Apesar das críticas relacionadas ao modelo das proposições de Toulmin (1958), de que seria demasiadamente simples para a análise de estruturas complexas e que permite diferentes

interpretações dos componentes da argumentação, o autor esclarece que essas dificuldades poderiam ser contornadas considerando o contexto em questão, em nosso caso, o contexto da educação médica. Ademais, ressaltamos que o nosso objetivo se restringiu mais a documentar a maneira como as afirmações foram estruturadas, do que avaliá-las. Preferimos, inclusive, apresentar as garantias e apoios conjuntamente, a fim de ressaltar somente a legitimação que ambos fornecem para o processo de passagem dos dados à proposição (LIAKOPOULOS, 2015).

Nossa unidade de análise foi composta dos textos provenientes das transcrições das entrevistas e das sistematizações das discussões nas oficinas. Os pontos de vista dos supervisores foram sintetizados em parágrafos e posteriormente utilizados como fonte para construção da argumentação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil do grupo de supervisores

Os 17 (dezessete) supervisores apresentaram idade média de 51 anos, sendo 64,73% do sexo masculino, 82,3% vinculados profissionalmente ao setor público e 58,8% com doutorado. Possuíam experiência profissional em docência (76,5%), atenção básica (70,6%), preceptoria/ tutoria (64,7%), apoio técnico (64,7%), metodologias ativas (52,9%), gestão (52,9%), educação à distância (47%) e pesquisa (29,4%).

Quadro 1: perfil profissional dos supervisores.

Formação Profissional	Vinculação profissional
Especialização: 8 (47%) Residência Médica: 13 (76,4%) Mestrado: 13 (76,4%) Doutorado: 10 (58,8%)	Setor público: 14 (82,35%) Setor privado: 3 (17,64%) Terceiro setor: 1 (5,8%)
Especializações	
Medicina de Família e Comunidade Pediatria Ginecologia/ Obstetrícia Clínica Médica Endocrinologia Infectologia Hematologia Psiquiatria Educação Saúde Pública/ Saúde Coletiva	
Atuação profissional Área de atenção à saúde	Atuação profissional Área de gestão dos serviços de saúde
Ambulatório de especialidades: 11 (64,9%) Hospitais: 10 (58,8%) Estratégia Saúde da Família (ESF): 9 (52,9%) Serviços de urgência e emergência: 6 (35,3%) Atenção básica sem ESF: 3 (17,6%) Núcleo de Apoio à Saúde da Família: 2 (11,7%)	Gerente: 5 (29,4%) Diretor: 4 (23,5%) Coordenador: 4 (23,5%) Secretário de saúde: 3 (17,6%)
Atuação profissional Área de educação	Atuação profissional Área de apoio técnico
Docência tradicional: 13 (76,5%)	Saúde coletiva: 4 (23,5%)
Preceptoria/ tutoria prática: 11 (64,7%)	Diagnóstico/ terapêutico: 3 (17,6%)
Metodologias ativas: 9 (52,9%)	Regulação: 3 (17,6%)
Educação à distância: 8 (47%)	Grupos/ equipe técnica: 3 (17,6%)
Pesquisa: 5 (29,4%)	Vigilância em saúde: 2 (11,7%)

Fonte: elaboração própria.

5.2 Sujeitos (atores) envolvidos nas atividades e modelos de supervisão

A análise inicial do modo como os supervisores realizam suas atividades nos revelou dois formatos, principalmente, com características bastante diferentes entre si: atividades que são desenvolvidas nas UBS e atividades realizadas com grupos de médicos participantes fora dos seus ambientes de atuação. Em geral, quando ocorre na UBS, os supervisores abordam individualmente cada médico participante e sua equipe, podendo também incluir gestores e alguns usuários em suas ações. Em casos específicos, entretanto, reúnem grupos de médicos participantes para realizar um modelo de supervisão coletiva, em esquema de rodízio em suas UBS.

Já quando ocorre fora das UBS, os supervisores abordam os médicos participantes coletivamente e, a depender da finalidade das atividades propostas, convidam outros atores dos municípios (demais profissionais das equipes dos médicos participantes, gestores e profissionais de outros serviços da RAS). Para fins de organização dos nossos resultados, denominamos os modelos de supervisão descritos acima como modelo individual na UBS, modelo coletivo na UBS e modelo coletivo fora da UBS, respectivamente.

Ao expormos essas primeiras impressões nas oficinas, cada supervisor foi convidado a apresentar suas razões dialogicamente, a fim de justificar os modelos que adotavam. Procuraram fundamentar, em última análise, a importância de realizar as atividades de supervisão na UBS e, do mesmo modo, a importância de realizar um modelo coletivo de supervisão. Por isso, estruturamos nossas análises acerca das argumentações que apresentaram nos dois quadros abaixo, seguindo os referenciais teóricos que adotamos.

Esclarecemos, oportunamente, que os supervisores não realizam exclusivamente um dos modelos supracitados, em geral, se utilizam destes de modo alternado nos momentos de supervisão. Por isso, as argumentações apresentadas não objetivaram contrapor os diferentes modelos, apenas explicitar os motivos que os justificam.

Apenas alguns supervisores referiram utilizar o modelo coletivo na UBS e em situações particulares. Para esses casos, foram apresentados simultaneamente tanto motivos para a realização das atividades na UBS, como para realização de atividades abordando grupos de médicos participantes.

Quadro 2: argumentações dos supervisores sobre o desenvolvimento das atividades de supervisão nas UBS.

Dados	Proposições (deste modo provavelmente)
<ul style="list-style-type: none"> - O objetivo da supervisão é promover o aperfeiçoamento dos médicos participantes; - O supervisor deve acompanhar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos médicos participantes; - As normas do Projeto indicam que os médicos devem ser visitados nos seus locais de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - É necessário conhecer o território de adscrição e o local onde os médicos participantes desenvolvem as atividades de integração ensino-serviço; - É importante observar diretamente a atuação do médico participante e de sua equipe; - É importante interagir com todos os integrantes da equipe e com a população.
	Refutações (a não ser que)
	<ul style="list-style-type: none"> - É possível verificar dificuldades e fragilidades, assim como identificar as necessidades educacionais dos médicos participantes e suas equipes por meios diferentes da observação direta; - A distância e a dificuldade de acessibilidade (condições das estradas) de algumas UBS não permitem que sejam realizadas visitas mais frequentes pelos supervisores, pois pela quantidade de supervisionados sob sua responsabilidade, teriam que dispor de muito tempo para essa atividade.
Garantias e apoios (sendo que, porque)	
<ul style="list-style-type: none"> - O supervisor deve avaliar a infra-estrutura da UBS, as condições de trabalho e de atendimento à população, além de acompanhar as atividades desenvolvidas pelos médicos participantes e demais profissionais da equipe; - Os médicos participantes desejam que os supervisores conheçam seus locais de atuação; - Os médicos brasileiros geralmente não relatam suas dúvidas, dificuldades e fragilidades e o supervisor só consegue verificá-las na maioria das vezes pela observação direta das atividades que desenvolvem; - As supervisões nas UBS permitem ao supervisor acompanhar as consultas e visitas domiciliares que os médicos participantes realizam habitualmente, observar diretamente como atendem os usuários, como se comportam, fazer anotações (livres e com check list), tirar suas dúvidas, avaliar o desempenho clínico deles e, depois, fazer um feed back; - Nas UBS é possível realizar atendimento conjuntamente com os médicos participantes (interconsulta/ apoio matricial), de modo a demonstrar modelos ideais de desempenho clínico; - A partir do acompanhamento das consultas que os médicos participantes realizam, é possível elaborar um plano de educação permanente, baseado nas dúvidas, dificuldades e fragilidades identificadas; - Para conseguir auxiliar o desempenho das equipes dos médicos participantes, os supervisores precisam entender como os profissionais desenvolvem suas atividades quotidianamente, como se organizam para atender as necessidades de saúde que chegam à UBS e as que não chegam e como os diferentes atores avaliam esse trabalho; - Os médicos participantes e suas equipes muitas vezes não percebem o que podem fazer melhor e o que pode ser diferente; - As supervisões na UBS possibilitam ao supervisor participar das reuniões de planejamento das equipes, verificar como se organizam e planejam suas atividades, trocar experiências, ajudar na avaliação de seus processos de trabalho; - É preciso motivar e orientar para que os profissionais realizem atividades importantes na AB (territorialização, análise dos indicadores de saúde, diagnóstico da comunidade e identificação dos principais problemas, organização dos processos de trabalho, planejamento das ações, tarefas de dispersão dos Encontros Locorregionais); - É necessário ajudar o médico participante a se integrar na equipe e a resolver problemas relacionais com os demais integrantes e com os gestores; - É importante conhecer como os usuários e demais profissionais das equipes avaliam o médico participante; - Nem todos os supervisores têm especialidade em MFC, então, o acompanhamento do trabalho dos médicos e suas equipes, assim como a troca de experiências com os demais supervisores, possibilita que compreendam melhor como deve ser organizado o processo de trabalho na AB. 	

Fonte: elaboração própria.

Quadro 3: argumentações dos supervisores sobre a realização das atividades coletivas de supervisão.

Dados	Proposições (deste modo provavelmente)
<ul style="list-style-type: none"> - Estão previstos pelo Projeto encontros locorregionais de supervisão; - O trabalho na AB deve ser realizado em equipe; - Os profissionais da AB devem se responsabilizar por sua população adscrita; - A AB deve funcionar de forma integrada aos demais serviços do município, cabendo-lhe o papel de coordenadora do cuidado dos usuários e ordenadora da RAS; - A educação permanente objetiva promover reflexão e transformação das práticas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - O modelo de supervisão coletiva permite otimizar o tempo de supervisão e aprofundar os assuntos abordados; - As atividades em grupo possibilitam a troca de experiências entre os médicos participantes e o desenvolvimento de competências grupais; - O modelo de supervisão coletiva estimula a reflexão, a corresponsabilização e a criatividade; - Em alguns momentos, é necessário reunir os diversos atores que atuam no âmbito da saúde do município a fim de integrar os diversos serviços da RAS. <hr/> <p style="text-align: center;">Refutações (a não ser que)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os modelos coletivos de supervisão podem acabar se tornando programas de treinamento descontextualizados das necessidades práticas cotidianas; - Existem assuntos e problemas pessoais dos médicos participantes que devem ser abordados pelo supervisor individualmente.
Garantias e apoios (sendo que, porque)	
<ul style="list-style-type: none"> - Existem temas de interesse comum e importantes para a estruturação da AB que podem ser objeto das atividades de educação permanente de todos os supervisionados; - O modelo de supervisão coletiva permite o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem direcionadas a grupos, como PBL, TBL, problematização, consultas simuladas, dramatização, etc.; - É possível verificar dificuldades e fragilidades, assim como identificar as necessidades educacionais dos médicos participantes e suas equipes por meios diferentes da observação direta de suas ações; - Os médicos geralmente não se responsabilizam pelos problemas de suas localidades e dos municípios; - Atividades em grupo que estimulam a interação e a troca de experiências para a resolução de problemas comuns tendem a contribuir para a construção de laços grupais, para a reflexão sobre as práticas, para a corresponsabilização e para o desenvolvimento de criatividade na busca de soluções; - Os momentos de discussão e troca de experiências em conjunto entre os médicos participantes ajudou a promover uma maior aceitação dos médicos estrangeiros no grupo de médicos supervisionados e no próprio município; - A modalidade de supervisão coletiva facilita a orientação de tarefas comuns que devem ser realizadas por todos os médicos participantes em suas áreas de atuação: territorialização, diagnóstico de saúde da comunidade, identificação de problemas prioritários, estratégias de intervenção (Projeto de Intervenção do curso de especialização), planejamento das atividades da equipe, tarefas de dispersão dos Encontros Locorregionais, etc; - É necessário orientar os gestores e as equipes supervisionadas quanto à importância de estruturação dos princípios da AB nos serviços e ajudar na gestão e organização dos processos de trabalho das equipes; - Em situações específicas, é possível realizar a supervisão coletiva, com um grupo de médicos participantes, em esquema de rodízio nas UBS, de modo a otimizar o tempo na abordagem tanto de aspectos importantes do ambiente de trabalho, como da interação do grupo para a aprendizagem; - O modelo de supervisão coletiva em rodízio nas UBS permite que cada participante conheça as diferentes realidades dos serviços nos municípios e os múltiplos formatos de trabalho na AB, com seus desafios e possibilidades; - Vários problemas/ dificuldades de uma equipe de saúde da família são comuns às demais equipes do município, o que torna mais eficiente a discussão conjunta a fim de encaminhar propostas integradas de solução aos gestores e ter mais força política para garantir as mudanças necessárias, minimizando as ocorrências de “perseguições” individuais; - O supervisor deve apoiar a integração da AB com os demais serviços da RAS, ajudar a elaboração de planejamentos conjuntos, o monitoramento e avaliação das ações que são realizadas e dos resultados, assim como a realizar novos planejamentos; - Para a construção de planos com participação dos diferentes atores, é necessário mediar os conflitos existentes e coordenar os diferentes interesses, pois esses prejudicam os processos de trabalho das equipes e a integração entre os serviços; - A modalidade de supervisão coletiva facilita a orientação sobre o funcionamento do Projeto aos atores. 	

Fonte: elaboração própria.

5.3 Análise das argumentações dos supervisores sobre o desenvolvimento das atividades de supervisão nas UBS

As argumentações para a realização das atividades de supervisão nas UBS se estruturaram em três principais eixos. Na necessidade do supervisor conhecer o território de adscrição de cada equipe e sua UBS; na importância dada à observação direta da atuação dos médicos e de suas equipes pelo supervisor; e na importância dada à interação do supervisor com os demais profissionais das equipes e usuários. O apoio a essas proposições foi promovido por evidências normativas, por opiniões dos médicos participantes e pelas experiências dos próprios supervisores.

Percebemos que os dados são também empregados como garantias para as proposições, por exemplo, o fato de que as normas do Projeto indicam que a supervisão deve ser realizada nos locais de trabalho do médico participante é utilizado como uma garantia por sua credencial legal.

Na estrutura argumentativa é possível identificar a existência de um apoio que não foi explicitamente colocado pelo grupo de supervisores, deixando que fosse apenas presumido como decorrente de estudos anteriores: “Os médicos brasileiros geralmente não relatam suas dúvidas, dificuldades e fragilidades”. Queriam, com base nisso, justificar que o supervisor precisaria observar diretamente a atuação dos médicos participantes. Em nossa análise bibliográfica, percebemos que Kilminster e Jolly (2000) constataram isso em seus trabalhos com médicos de outras nacionalidades, evidenciando que tanto os estudantes de medicina, como os de pós-graduação apresentam estratégias defensivas para se mostrarem sempre competentes e que isso pode significar perder a oportunidade de aprender. Concluíram que esse tipo de comportamento acarreta consequências negativas para o processo de supervisão.

Duas refutações foram apresentadas às argumentações. A primeira enfatiza a possibilidade do supervisor verificar dificuldades/fragilidades e identificar necessidades educacionais por meios diferentes da observação direta e, dessa forma, expressa a ideia de que não necessitariam estar presencialmente na UBS para isso. Nesse sentido, os supervisores planejaram sistematizar estas diversas maneiras de identificar dificuldades/fragilidades e necessidades educacionais, a fim de compartilharem instrumentos auxiliares para seus trabalhos.

A segunda refutação ressalta a impossibilidade de visitas mais frequentes a algumas UBS específicas, devido à sua distância e dificuldade de acessibilidade. Essa refutação representa, na verdade, uma insatisfação crônica de muitos supervisores: tanto com

o sistema de controle de ajuda de custo/ passagens e diárias disponíveis para a supervisão, pois não permite muitas vezes que o supervisor realize pernoite nos municípios, estimando um tempo de visita de supervisão de cerca de duas horas em cada UBS, considerado insuficiente pela maioria dos supervisores para os propósitos do Projeto; como com a inflexibilidade do Ministério da Educação na cobrança das mesmas metas indistintamente para todos os supervisores (cada supervisor deve acompanhar dez médicos participantes), não respeitando as diferentes realidades locais.

Importante considerar que essas refutações não foram apresentadas no sentido de contrapor a ideia do desenvolvimento de atividades de supervisão na UBS. Procuraram expressar, na verdade, que é possível atingir os propósitos da supervisão também fora da UBS e relatar algumas situações específicas nas quais não é possível a supervisão rotineira na UBS, respectivamente. Elas representam situações nas quais os argumentos deixam de ter legitimidade.

A clareza das argumentações apresentadas, assim como a compreensão e a aceitação destas, dependem da concordância com os seguintes pressupostos implícitos:

- 1) é atribuição do supervisor observar e avaliar a infraestrutura das UBS, as condições de trabalho e de atendimento aos usuários e identificar os problemas existentes;
- 2) é atribuição do supervisor observar e avaliar o desempenho clínico do médico participante durante a realização de consultas, seja na UBS, seja nas visitas domiciliares, como forma de identificar fragilidades, dificuldades, necessidades educacionais e desenvolver ações educativas;
- 3) é atribuição do supervisor observar e avaliar o desempenho do médico participante e de sua equipe, de modo a entender como desenvolvem seus processos de trabalho, a auxiliar na reflexão de suas práticas e sugerir outras formas de atuação, quando necessário;
- 4) é atribuição do supervisor promover a integração dos profissionais das equipes dos médicos participantes para a realização de um trabalho interdisciplinar;
- 5) é atribuição do supervisor verificar como os demais atores locais (demais profissionais da equipe, usuários e gestores) avaliam a atuação do médico participante;
- 6) a observação direta da atuação do médico e sua equipe na UBS pode contribuir para aqueles supervisores, que não têm especialidade em medicina de família e comunidade e/ou vivência profissional na atenção básica, compreendam melhor como de fato o trabalho na AB pode ser desenvolvido com qualidade.

Os pressupostos de 1 a 5 revelam o entendimento que os supervisores têm acerca de suas próprias atribuições no Projeto. Importante ressaltar que eles individualmente não realizam todas essas atribuições descritas, de outro modo, elas representam todas as atribuições que os diferentes supervisores referiram como suas. Portanto, essa produção diz respeito ao grupo de supervisores e não a eles individualmente.

O pressuposto 6 demonstra a razão pela qual alguns supervisores justificaram a importância de realizar a supervisão na UBS, tendo em vista seus próprios processos de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, o de seus supervisionados. De fato, a falta de experiência de alguns supervisores em relação ao trabalho do médico integrado a uma equipe da atenção básica, visto que possuem formações variadas e poucos são médicos de família e comunidade, mobilizou para que muitos deles procurassem tanto estudar mais sobre esse tipo de atuação do médico, como observar na prática o funcionamento das equipes nas UBS.

Por isso, essa ideia exposta no pressuposto 6 se encontra fundamentada pela própria experiência que esses supervisores tiveram no Projeto. Relataram que conseguiram aprender realmente como o médico e suas equipes podem atuar de modo a qualificar a atenção básica ao realizarem as atividades de supervisão nas UBS, comparando o que presenciavam em relação à organização dos processos de trabalho com as normas, documentos e relatos dos demais supervisores.

Para ilustrar o pressuposto 6, selecionamos os seguintes trechos das entrevistas:

[...] porque eu fui conhecer... conhecer o posto, o local onde cada médico trabalha. Então, eu comecei assim... os primeiros meses foi muito de ir no local de trabalho, de conversar com eles, de ver como era a atuação. Porque, dessa forma, eu conseguia entender porque... como era novo pra mim e... o que um fazia, eu não podia dizer que era o errado, né? [...] Quando eu fui a todos, eu mapeei e vi o plano de trabalho de cada um e, vendo como os outros colegas (supervisores) faziam e o que eles referiam, eu fui começar a tirar o que eu achava correto e o que eu não achava correto, né? [...].

[...] e comecei a ler essa questão, pra ver... me inteirar mais sobre a Estratégia de Saúde da Família e sobre a história da proposta... a proposta de médico de família e comunidade... sobre o Programa de Saúde da Família, todas essas questões. Agora, evidentemente que a minha experiência era... era no dia-a-dia de especialista e... na, na prática com a atenção básica, como funcionaria a equipe de saúde da família, eu não tinha nenhuma ideia, né?. Sabia que tinha agente comunitário, essas coisas eu sabia. Mas, como é que funcionava? Eu sabia... eu não sabia nem como seria o modelo ideal de funcionamento. A... felizmente, que no grupo existiam pessoas que tinham experiência. E aí a gente ia trocando, nessas reuniões... trocando ideias [...].”

Os supervisores relataram, por isso, a necessidade de um processo de educação permanente para eles próprios em relação às especificidades do trabalho na atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, de modo que pudessem trocar experiências entre eles e

abordar: as atribuições e competências do médico e da equipe de saúde nesse âmbito de atuação; formas de organização dos processos de trabalho das equipes (acolhimento, classificação de risco, organização das agendas do médico e de outros profissionais para atendimento da demanda espontânea e programada, reuniões de equipe para avaliação e planejamento das ações, etc); os temas básicos a serem trabalhados nas supervisões e critérios para a atualização dos mesmos em cada localidade; as ferramentas clínicas disponíveis ao médico de família e comunidade; como atuar em equipe, entre outros.

Nesse sentido, pactuaram no plano de ação a estruturação de um “curso introdutório básico” em que poderiam tanto trocar experiências sobre esses temas, como discutir formas de realizar atividades pedagógicas com os supervisionados abordando os mesmos assuntos. Além do curso, identificaram que deveriam realizar algumas visitas *in loco* conjuntamente com outros supervisores, a fim de conseguirem resolver problemas locais que demandam competências específicas da medicina de família e comunidade.

Sobre isso, reconheceram as limitações impostas pelo formato de supervisão do Projeto e sugeriram que os supervisores fossem organizados nos territórios de modo a formarem sempre “duplas de supervisores”, com especialistas de medicina de família e comunidade trabalhando em conjunto com especialistas de outras áreas, como já ocorrem em algumas regiões e conforme alguns relatos de experiências exitosas nesse sentido.

Após essas análises iniciais dos argumentos, comparamos cada atribuição pressuposta acima com as definições que encontramos em nosso referencial teórico e, desta forma, foi possível identificar um “papel” correspondente que os supervisores exercem ao realizarem suas atividades de supervisão. Em seguida, procuramos retratar a análise crítica que eles expressaram nas discussões das oficinas em relação a essas atribuições. Por fim, apontamos os problemas e necessidades que identificaram e que subsidiaram a construção do plano de ação. Essas construções foram dispostas nos tópicos abaixo e sintetizadas no Quadro 4, no final deste capítulo.

5.3.1 Pressuposto 1 – o papel de fiscalizador e controlador

A pressuposição de que o supervisor deve observar e avaliar a infraestrutura da UBS, as condições de trabalho e de atendimento aos usuários e identificar os problemas existentes, nos leva a detectar um papel típico de “fiscalizador e controlador”, segundo Nunes (1986) e Reis (2001), pois desenvolvem atividades como “conferir, retificar e informar”. De

fato, além de observar e tentar orientar os ajustes necessários para os médicos, equipes e gestores durante as atividades de supervisão, com base nas normativas existentes, os supervisores informam os achados por meio dos relatórios mensais para outros níveis de gestão do Projeto.

O relatório de primeira visita de supervisão solicita que o supervisor discrimine aspectos da estrutura física da UBS, dos recursos e materiais disponíveis, das condições de abastecimento de medicamentos. Ressaltamos que há uma orientação para que isso seja baseado nas impressões do médico participante e sua equipe, portanto, não na observação direta do supervisor no momento de sua visita. Acreditamos que, dessa maneira, tenta-se evitar uma avaliação pontual do supervisor, que pode não representar a realidade cotidiana.

O relatório de visita de supervisão *in loco*, subsequente, menciona mais superficialmente a necessidade de avaliação dessas questões, ao solicitar que o supervisor indique se o município fornece suporte para o médico participante em relação a: moradia, alimentação e água potável, transporte adequado e seguro, condições de trabalho adequadas, acesso à internet com qualidade.

Um aspecto importante é a atribuição do supervisor, expressa nas normas, de acompanhar e avaliar, juntamente com os gestores, o cumprimento da carga horária de quarenta horas semanais pelos médicos participantes e informar isso nos relatórios mensalmente. Não há indicação de como o supervisor deve coletar ou confirmar esse dado, que na maioria das vezes é obtido perguntando-se ao gestor e ao próprio profissional.

Nas discussões das oficinas, houve o entendimento de que esse tipo de controle é importante para garantir a qualidade da assistência na atenção básica, mas que não deveria ser uma atribuição do supervisor realizar, pois este não está presente no cotidiano dos serviços e só possui meios indiretos para sua verificação. Encaminharam, sobre isso, que o supervisor deveria estimular e orientar para que os próprios gestores implementem e/ou mantenham controles de frequência diária das 32 (trinta e duas) horas destinadas às atividades assistenciais dos médicos participantes, o que idealmente deveria ser realizado para todos os profissionais do município. Além disso, para que cobrem os documentos comprobatórios das 8 (oito) horas semanais destinadas à educação permanente.

Em relação às atividades de educação permanente, no primeiro ciclo formativo a comprovação ocorre pela participação no curso de especialização. No segundo ciclo formativo, principalmente pela realização de cursos à distância, por meio do acesso aos módulos educacionais disponíveis na plataforma do AVASUS. Os supervisores pactuaram que os comprovantes deveriam ser cobrados mensalmente pela instituição supervisora e

arquivadas para fins de prestação de contas aos órgãos de controle.

Os supervisores acordaram, ainda, que as faltas injustificadas dos médicos participantes às atividades mensais de supervisão deveriam ser notificadas pela instituição supervisora a eles, por escrito, e encaminhadas cópias à CCE para as providências previstas no Projeto.

Sobre o desempenho desta atribuição, de um modo geral, apesar de reconhecerem a sua importância, os supervisores relataram que se sentem desconfortáveis em realizar esse tipo de ação, pois dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança com os supervisionados, fundamental para as que as ações pedagógicas que desenvolvem tenham êxito. Além disso, avaliaram que seus registros e considerações sobre as inadequações observadas na infraestrutura das UBS, sobre as condições de alimentação, transporte e moradia, assim como, sobre o descumprimento da carga horária e ausências nas atividades de supervisão obrigatórias não ensejam medidas corretivas por parte da gestão municipal ou da Coordenação do Projeto. Ainda assim, planejaram medidas para melhor estruturar esses relatos e para cobrar respostas dos órgãos competentes via processos na CCE.

5.3.2 Pressuposto 2 – o papel de preceptor

A pressuposição de que o supervisor deve observar e avaliar o desempenho clínico do médico participante durante a realização de consultas, seja na UBS, seja nas visitas domiciliares, como forma de identificar fragilidades, dificuldades, necessidades educacionais e desenvolver ações educativas, nos sugere um papel de “preceptor”, como descrevem Botti e Rego (2006, p.371): “Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas”; “Integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho”. Os autores especificam esse tipo de atuação em “Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho”, almejando o aperfeiçoamento de procedimentos clínicos.

Apesar de desempenharem essas atribuições relativas ao “preceptor”, os supervisores consideram que devem ter um papel diferente deste, pois sua atuação presencial, apenas uma vez por mês, limita a capacidade promover o desenvolvimento de competências clínicas. Para eles, os médicos participantes que não possuem residência em medicina de família e comunidade e necessitam de um apoio clínico mais continuado deveriam, na verdade, se vincularem a esse tipo programa.

Sobre esse tipo de abordagem, identificamos que os supervisores tinham dúvidas

em relação aos métodos que deveriam ser utilizados: (a) se deveriam observar a atuação dos médicos participantes durante a realização de consultas clínicas e anotar livremente ou se deveriam utilizar algum instrumento padronizado para realizar esse registro; (b) se deveriam realizar o feedback de suas observações no momento da consulta, ainda com o paciente presente, de modo que este já pudesse ser beneficiado em alguns aspectos; ou se o feedback deveria ocorrer apenas ao final da consulta, pois estas intervenções poderiam causar constrangimentos ao médico assistente, diminuição de sua autonomia e atrapalhar a relação de confiança entre ele e seu paciente, com conseqüente resistência nas supervisões subseqüentes.

Após dialogarem sobre essas questões, acordaram que deveriam padronizar um instrumento específico entre os supervisores para esse tipo de acompanhamento clínico e, adicionalmente, aprofundar seus conhecimentos sobre “ensino e aprendizagem em ambiente clínico”, a fim de que esse referencial teórico pudesse orientar suas práticas de supervisão.

Os maiores problemas citados, relacionados ao exercício desse papel foram: os médicos participantes têm dificuldade para realizar os diagnósticos diferenciais dos problemas de saúde que atendem e não realizam o manejo clínico conforme os protocolos, diretrizes e orientações do SUS. Para isso, consideraram importante priorizar nas supervisões o tema “abordagem centrada na pessoa” e disponibilizar aos mesmos acesso aos protocolos clínicos, diretrizes e orientações do Ministério da Saúde.

Por fim, com o intuito de subsidiar esse empreendimento, nós pesquisadoras reunimos: diversos instrumentos de avaliação clínica do médico em formação, já utilizados em outros serviços pela supervisão/ preceptoria com finalidade semelhante; textos e vídeos sobre “ensino e aprendizagem em ambiente clínico” e “abordagem centrada na pessoa”; links de acesso aos protocolos clínicos do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado da saúde do Ceará.

Merece um destaque nesse ponto, o papel de “preceptor” exercido por um profissional especialista que, a depender do foco de supervisão, poderia se configurar como um tipo particular, denominado como “apoiador matricial”. A expressão “apoiador matricial” refere-se ao profissional especialista que tem um núcleo de conhecimento e oferece tanto retaguarda assistencial, como suporte técnico pedagógico às equipes de referência e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde de uma população. Tem o objetivo de promover trocas de saber e contribuir com intervenções de modo a aumentar a capacidade resolutiva das equipes de referência e construir projetos terapêuticos integrados. Além disso, pode facilitar o contato das equipes com os sistemas de referência e contrarreferência. Normalmente o foco das atividades está relacionado às situações que

exigem atenção específica ao núcleo de saber do apoiador (CAMPOS e DOMITTI, 2007; SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

No contexto da atenção básica, o apoio matricial aos profissionais das equipes de saúde da família foi estruturado para ser realizado continuamente pelos profissionais dos NASF, com delimitação, portanto, de suas equipes de referência (equipes de saúde da família vinculadas ao NASF). Entretanto, o supervisor que possui uma determinada especialidade também acaba exercendo esse papel de matriciador em suas atividades, tanto ao realizar as consultas conjuntamente com os médicos supervisionados, como ao realizar discussão dos casos acompanhados por eles, auxiliando e construindo conjuntamente um plano de cuidado aos usuários.

5.3.3 Pressuposto 3 – o papel de supervisor

A pressuposição de que o supervisor deve observar e avaliar o desempenho do médico participante e de sua equipe, de modo a entender como desenvolvem seus processos de trabalho, a auxiliar na reflexão de suas práticas e a sugerir outras formas de atuação, quando necessário, nos indica uma aproximação com o papel de “supervisor”, definido por Botti e Rego (2006, p.371): “Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade”; e “Atuar na revisão da prática profissional”. Sua atuação ocorreria tanto em “Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho”, como “Situações fora do ambiente de trabalho), a fim de “proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional”.

Importante considerar que os autores diferenciam esse papel de “supervisor” do papel de “preceptor” pelo fato de que este último se preocuparia principalmente com o desenvolvimento de habilidades clínicas, enquanto que o foco do supervisor seria o desenvolvimento do desempenho clínico como um todo. Entendemos, adicionalmente, que o desempenho clínico do médico da atenção básica está necessariamente relacionado ao desempenho da própria equipe e que, por isso, essa atribuição pode ser aproximada ao papel do “supervisor” descrito pelos autores.

Houve consenso de que corresponde à principal atribuição dos supervisores neste Projeto. A maior parte das discussões das oficinas ocorreu na perspectiva de pensar formas de ajudar as equipes na organização de seus processos de trabalho. Para isso, verificaram que o envolvimento dos demais profissionais das equipes e dos gestores nas atividades de

supervisão seria fundamental. Segundo definiram, seria necessário: utilizar um instrumento de avaliação para que as próprias equipes pudessem identificar o que podem fazer melhor ou de modo diferente; e auxiliar na realização de atividades importantes da equipe (territorialização, análise de indicadores, diagnóstico, gestão e organização dos processos de trabalho, planejamento das atividades e tarefas de dispersão).

Inicialmente, planejaram avaliar os instrumentos que já são utilizados pelas equipes de atenção básica, a fim de abordá-los nas atividades de supervisão (AMAQ/PMAQ, QualificaAPSUS, etc). Para auxiliar nas tarefas que as equipes devem desenvolver, programaram: definir roteiro de orientação para guiar a realização da territorialização e o diagnóstico de saúde da comunidade; organizar momentos de apresentações coletivas das territorializações e análise dos indicadores de saúde de cada área e dos municípios; desenvolver formas de acompanhamento do Projeto de Intervenção do curso de especialização; e definir sempre roteiros nos encontros locorregionais para a realização das tarefas de dispersão.

Como subsídios reunimos os materiais pertinentes: os instrumentos de avaliação do desempenho da equipe já padronizados (AMAQ/PMAQ, QualificaAPSUS, etc); e roteiros de orientação da territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade, baseado nos utilizados no curso de medicina e no programa de residência de medicina de família e comunidade. Além disso, realizamos uma reunião com a coordenação do curso de especialização e pactuamos que os supervisores iriam enviar um roteiro de atividades para a territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade, como sugestão para ser incluído no módulo inicial do curso de especialização como atividade obrigatória para os médicos participantes.

5.3.3 Pressuposto 4 – o papel de apoiador institucional

A pressuposição de que o supervisor deve promover a integração dos profissionais das equipes dos médicos participantes para a realização de um trabalho interdisciplinar, nos faz pensar no papel de “apoiador institucional” definido por Campos (2007): um agente externo a um coletivo e que o auxiliaria na utilização do “Método da Roda (ou a Paidéia)”, um método de apoio à gestão democrática (co-gestão) de processos complexos de produção, destinado a ampliar a capacidade de análise e intervenção dos grupos, por meio da definição de tarefas e projetos de intervenção. Atuaria mediando “linhas de comunicação truncadas”, de

forma conjunta com a equipe apoiada, nem adotando uma postura omissa, nem operando à revelia desta. Deve também informar sobre as diretrizes definidas nos níveis superiores.

Os supervisores entendem que essa atribuição representa um aspecto do papel de “supervisor”, descrito no item 5.3.3 acima, mas com foco específico em produzir grupalidade. Nesse sentido, reconheceram que eles próprios precisavam aprofundar seus conhecimentos sobre os temas “aprendizagem de adultos” e “aprendizagem em grupos”, além de desenvolverem competências para mediar conflitos e promover o trabalho em equipe.

Particularmente sobre a mediação de conflitos, os supervisores demonstraram dúvidas se deveriam realmente exercê-la em suas práticas. Mas permaneceram de acordo em relação ao impacto negativo que a não abordagem dos conflitos existentes nos locais geraria para a construção da grupalidade da equipe dos médicos participantes e para a consecução das atividades pedagógicas da supervisão. Por isso, houve um acordo intersubjetivo de que deveriam exercê-la, apesar do reconhecimento de que necessitariam de um processo de qualificação para isso.

Para subsidiar seus projetos, reunimos textos a serem utilizados por eles em suas próprias atividades de educação permanente. Entendemos, entretanto, que necessitam de um processo pedagógico específico a fim de proporcionar a aquisição dessas competências.

5.3.5 Pressuposto 5 – o papel de verificar a avaliação que os diversos atores do Projeto fazem do médico participante

A pressuposição de que o supervisor deve verificar como os demais atores locais (demais profissionais da equipe, usuários e gestores) avaliam a atuação do médico participante, nos parece como inerente ao papel do “supervisor”, descrito no item 5.3.3 acima, fornecendo informações complementares aos demais instrumentos de avaliação propostos.

Os supervisores concordaram que esse tipo de ação é importante para o trabalho que desempenham e pode contribuir para a identificação de aspectos que não conseguiriam de outro modo. Não planejaram estruturar ações para isso, apenas aproveitar os momentos de interação com os diversos atores para essa realização.

Quadro 4: atribuições percebidas pelos supervisores ao desenvolverem suas atividades na UBS.

Atribuições	Objetivos	Metodologia/ Métodos	Papel	Análise crítica dos supervisores
Observar e avaliar a infraestrutura da UBS, as condições de trabalho e de atendimento aos usuários e identificar os problemas existentes.	- Melhoria das condições de trabalho dos profissionais e de atendimento à população.	Relatórios de supervisão.	Fiscalizador e controlador (NUNES, 1986; REIS, 2001)	Apesar da importância desse tipo de ação para a qualificação da AB, estas não ensejam medidas corretivas por parte da gestão municipal ou da Coordenação do Projeto. O papel de fiscalizador dificulta a relação de confiança com os médicos participantes, importante para a realização das atividades pedagógicas.
Observar e avaliar o desempenho clínico do médico participante durante a realização de consultas e promover ações educativas.	- Aperfeiçoamento de competências clínicas (Identificação de necessidades educacionais e elaboração um plano de educação permanente).	Observação (livre ou com instrumento), <i>Feedback</i> , consultas conjuntas (interconsulta/ apoio matricial). Referencial teórico do “ensino e aprendizagem em ambiente clínico”.	Preceptor (Botti e Rego, 2006).	A função do supervisor neste Projeto deve ser diferente da função do preceptor, pois sua atuação presencial, apenas uma vez por mês, limita a capacidade promover o desenvolvimento de competências clínicas. Relataram a necessidade de padronizarem um instrumento para avaliação do desempenho clínico.
Observar e avaliar o desempenho do médico participante e de sua equipe.	- Aperfeiçoamento do desempenho da equipe (entender como desenvolvem seus processos de trabalho; auxiliar na reflexão de suas práticas; e sugerir outras formas de atuação, quando necessário). - Auxílio na realização de tarefas importantes para a equipe.	Territorialização, análise de indicadores, diagnóstico de saúde da comunidade, identificação de problemas prioritários, planejamento das atividades da equipe e tarefas de dispersão dos encontros locais regionais.	Supervisor (Botti e Rego, 2006).	Houve o consenso de que correspondem às suas principais atribuições. A maior parte das discussões ocorreu na perspectiva de aprimorar suas estratégias para isso: momentos de apresentações coletivas das territorializações; acompanhamento do Projeto de Intervenção do curso de especialização; auxílio para a realização de tarefas relacionadas à implementação dos assuntos discutidos nos encontros locais regionais.
Promover a integração dos profissionais das equipes dos médicos participantes para a realização de um trabalho interdisciplinar.	- Construir grupalidade; motivar e auxiliar o desenvolvimento de competências para o trabalho em grupo.	Mediação de conflitos, promoção do trabalho em equipe, aprendizagem de adultos, aprendizagem em grupos.	Apoiador institucional (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2007)	Essa atribuição é desenvolvida de forma complementar ao papel de “supervisor”, pois representa apenas um diferente aspecto do mesmo exercício de atuação focalizado em grupos/ coletivos. Os supervisores relataram dúvidas sobre se deveriam procurar mediar conflitos, mas reconheceram que não há como construir grupalidade sem esse passo.
Verificar como os atores locais avaliam a atuação do médico participante.	- Identificar fragilidades, dificuldades, necessidades educacionais e desenvolver um plano de educação permanente.	Reuniões com os atores e registro livre	Supervisor (Botti e Rego, 2006)	Consideraram importante conhecer a avaliação dos diversos atores e envolver mais equipes e usuários nas atividades de supervisão.

Fonte: elaboração própria.

5.4 Análise das argumentações dos supervisores sobre o desenvolvimento das atividades coletivas de supervisão

De modo complementar à análise desenvolvida no tópico anterior, as argumentações para a realização das atividades coletivas de supervisão são baseadas em quatro linhas de raciocínio lógico. Uma primeira que afirma a importância deste modelo para a troca de experiências e para o desenvolvimento de outras competências necessárias ao médico participante, possibilitadas pela interação em grupo; a segunda linha aborda a ideia de maior eficiência deste modelo, conceito utilizado aqui como descrito por Serapione, Lopes e Silva (2013), significando a capacidade de produzir maiores realizações em menos tempo; a terceira linha destaca que as atividades em grupo estimulam a reflexão, a criatividade e a corresponsabilização pelos problemas de saúde; e a última linha de raciocínio enfatiza a necessidade de reunir profissionais de diferentes serviços da RAS, a fim de promover a integração dos mesmos. O apoio a essas proposições provém basicamente das normas relacionadas ao Projeto e à Política Nacional de Atenção Básica; das experiências dos supervisores; e de evidências de estudos anteriores.

Os dados aqui também foram utilizados como garantia para as proposições: a previsão de encontros coletivos pelo Projeto fornece a legitimação normativa. Infere-se, deste modo, que é reconhecida a importância de modelos coletivos de supervisão, inclusive o Projeto estabelece que devem ser realizados em formato de encontro de supervisão locorregional.

Apesar de não estar previsto nas orientações a realização de modelos coletivos de supervisão durante os momentos de supervisão *in loco*, algumas situações que limitaram o acesso do supervisor a algumas UBS fizeram com que desenvolvessem estratégias de modo a não comprometer a continuidade e a qualidade das atividades. Nessas situações foram realizadas supervisões coletivas em formato de rodízio nas UBS e/ou em formato de reuniões com mais de um supervisor, que contaram ou não com a presença de outros atores. Essas situações são geralmente planejadas e pactuadas com os médicos participantes e com os gestores, estes últimos inclusive participam de muitos dos momentos de supervisão, pelos menos numa parte do tempo que lhes é destinado.

Percebemos duas refutações a essas argumentações que, da mesma forma, não representam contraposições à realização das atividades coletivas, mas ressaltam condições de exceção das regras afirmadas no argumento: quando as atividades coletivas se tornam semelhantes a programas de treinamento, descontextualizados das necessidades práticas

cotidianas; e quando há necessidade do supervisor abordar individualmente os médicos participantes devido a problemas ou assuntos pessoais.

A compreensão e aceitação das fundamentações utilizadas dependem da concordância com os seguintes pressupostos implícitos:

A) é atribuição do supervisor identificar dificuldades/ fragilidades e necessidades educacionais, assim como temas de interesse comum e importantes para a estruturação da atenção básica, a fim de construir um plano de educação permanente para os médicos participantes. Esse deve ser efetivado por meio de troca de experiências e utilização de metodologias ativas (PBL, TBL, consulta simulada, problematização, discussão de casos clínicos, etc);

B) é atribuição do supervisor promover a troca de experiências entre os médicos participantes para a resolução de problemas comuns, de modo a estimular a reflexão sobre suas práticas, a corresponsabilização pelos problemas de saúde de suas áreas e do município, o desenvolvimento de criatividade na busca de soluções e a construção de grupalidade;

C) é atribuição do supervisor apoiar gestores e equipes de saúde para a estruturação dos princípios e diretrizes da atenção básica nos territórios, por meio do desenvolvimento de competências para a gestão e organização dos processos de trabalho;

D) é atribuição do supervisor auxiliar a integração dos diversos serviços dos municípios para a estruturação das RAS;

E) é atribuição do supervisor orientar sobre aspectos do funcionamento do PMMB (obrigações da partes, formas de encaminhar problemas/ dificuldades/ dúvidas que surgem, penalidades, etc).

De modo semelhante, esses pressupostos revelam o entendimento que os supervisores têm acerca de suas próprias atribuições no PMMB. Também aqui, comparamos cada atribuição pressuposta acima com as definições do nosso referencial teórico, procurando identificar um “papel” correspondente e, adicionalmente, apresentamos a análise crítica dos supervisores acerca dessas atribuições, os problemas e necessidades que subsidiaram o plano de ação.

5.4.1 Pressuposto A – o papel de educador

A pressuposição de que o supervisor deve identificar dificuldades/ fragilidades e necessidades educacionais, assim como temas de interesse comum e importantes para a

estruturação da AB, a fim de construir um plano de educação permanente para os médicos participantes, nos faz pensar no papel de “educador”, comum a todos os profissionais que se ocupam de processos de formação em saúde. Portanto, essa atribuição é vista como um aspecto inerente aos demais papéis descritos para o supervisor, indispensável ao seu trabalho neste Projeto.

Foi explicitado anteriormente que os supervisores consideram importante a observação direta da atuação do médico participante na UBS, a fim de identificar suas dificuldades/ fragilidades e necessidades educacionais, pois estes não as relatariam, principalmente em atividades em grupo. Entretanto, reconheceram também que é possível identificá-las por meio de outras estratégias.

As dificuldades/ fragilidades poderiam ser percebidas ao observarem o desempenho dos médicos participantes nas diversas atividades que são realizadas coletivamente: acompanhamento das tarefas de dispersão, nas discussões de casos clínicos, consultas simuladas, PBL, TBL, etc.

Outras necessidades poderiam ser levantadas com base na análise: dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde de cada município e localidade; das demandas que chegam às UBS; das necessidades de saúde que não são atendidas pelas ações da equipe, documentadas pelo médico participante em instrumento específico; dos encaminhamentos realizados a serviços especializados; etc.

O tutorial do “Relatório do Encontro de Supervisão Locorregional” orienta que devem ser desenvolvidas atividades para identificar as experiências assistenciais em saúde da região, podendo ser estruturadas ofertas educacionais em grupo. São sugeridas algumas estratégias pedagógicas, como “discussões de caso, atualizações sobre manejos clínicos, levantamento de necessidades e dificuldades das ações em área, questões interculturais do cuidado”, entre outros.

Nas discussões das oficinas, os supervisores avaliaram que identificar necessidades pedagógicas comuns aos médicos participantes e desenvolver ações educativas de forma coletiva otimiza o tempo de supervisão e permite a troca de experiências entre eles, possibilitando a aprendizagem em grupos. Constataram, todavia, que precisavam desenvolver competências tanto para utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como para abordagens em grupo.

Ainda assim, reconheceram que o tempo de supervisão é bastante limitado para o aprimoramento de fato de competências dos médicos participantes, por isso, consideraram necessário desenvolverem estratégias para realizarem ações educativas à distância. Isso

implicaria não só permanecer disponível aos médicos participantes continuamente por meio de telefone e *internet*, como descrito nas normas do Projeto, mas também conseguirem ser pró-ativos na sugestão de tarefas e mobilização do grupo para discussões.

Nesse sentido, foram propostos: um curso em metodologias ativas de ensino-aprendizagem para os supervisores, aproveitando a expertise de alguns integrantes do grupo de supervisores, ideia que já havia sido sugerida antes do início da pesquisa; e o desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem, que pudesse ofertar fóruns de discussão aos supervisores e médicos participantes, além de uma sala de situação dos municípios e equipes e uma biblioteca para arquivar documentos importantes, vídeos, mapas, etc. Ressaltaram, entretanto, que não adiantaria apenas ter o ambiente virtual de aprendizagem, os supervisores precisariam desenvolver competências tanto para utilizar essas ferramentas, como para conseguir mobilizar os médicos participantes para as ações pedagógicas. Houve consenso de que mobilizar, estimular o educando para o ensino é sempre o maior desafio das estratégias à distância.

A tutoria se propôs a desenvolver esse ambiente virtual de aprendizagem, projeto que se encontra em andamento, e um grupo de supervisores já planeja apresentar uma primeira versão da proposta do curso em metodologias ativas aos demais supervisores.

Para subsidiar esses empreendimentos: sistematizamos as necessidades pedagógicas que os supervisores expressaram nas oficinas, tanto deles próprios, como dos médicos participantes, a fim de auxiliar a estruturação dos temas a serem abordados no referido curso e nas atividades de supervisão que serão planejadas; reunimos materiais didáticos, protocolos, diretrizes clínicas para serem disponibilizados no ambiente virtual; listamos links de acesso a documentos, sites importantes e cursos relacionados às áreas de interesse para serem dispostos também no ambiente virtual; reunimos informações sobre os municípios e equipes a fim de iniciar a proposta de sala de situação.

5.4.2 Pressuposto B – o papel de apoiador institucional

A pressuposição de que o supervisor deve promover a troca de experiências entre os médicos participantes para a resolução de problemas comuns, de modo a estimular a reflexão sobre suas práticas, a corresponsabilização pelos problemas de suas áreas e do município, o desenvolvimento de criatividade na busca de soluções e a construção de grupalidade, nos faz pensar novamente no papel do apoiador institucional, definido por

Campos (2007), já descrito anteriormente. A diferença aqui é que o apoio é ofertado ao grupo de médicos participantes conjuntamente e não a cada um deles individualmente, com os demais integrantes de sua equipe na UBS. Neste caso do pressuposto B, o coletivo a ser apoiado é o grupo de médicos participantes supervisionados. No caso do pressuposto 4, o coletivo apoiado seriam as equipes de saúde dos médicos participantes supervisionados.

Essa pressuposição encontra amparo nas experiências dos próprios supervisores no Projeto, pois puderam verificar como a troca de experiências entre eles possibilitaram reduzir preconceitos, resolver problemas difíceis em suas práticas e gerar uma postura mais compromissada.

Um aspecto bastante abordado nas discussões das oficinas ressaltava como este Projeto foi implementado num contexto de muitas manifestações sociais e grande resistência das entidades médicas brasileiras, o que inclusive motivou estudos específicos sobre isso (GOMES e MERHY, 2016). O retrato disso pôde ser percebido na prática cotidiana dos supervisores, que, entre outras coisas, relataram atitudes discriminatórias em relação aos médicos estrangeiros participantes do projeto, principalmente por parte dos médicos brasileiros. Por isso, identificaram que o supervisor deveria atuar para minimizar desentendimentos, preconceitos e até conflitos, como alguns que chegaram a acontecer de fato e foram inclusive objeto de noticiário na mídia.

Nesse sentido, os supervisores promoveram espaços de troca de experiências entre os médicos participantes nos momentos de supervisão coletiva a fim de analisarem problemas comuns e observaram como isso permitiu que cada um ampliasse o conhecimento sobre aspectos da vida profissional e pessoal em relação aos outros e, conseqüentemente, assumissem posturas mais respeitadas entre eles.

Como exemplo, citamos um exercício de análise do contexto da epidemia de zika, dengue e chikungunya, ocorrida em um dos municípios supervisionados. As experiências relatadas pelos médicos cubanos para a resolução de problemas difíceis em outros países (a maioria deles era proveniente de Cuba, mas haviam atuado em vários outros países) ajudaram os demais médicos participantes a ampliar suas próprias análises e capacidade de intervenção em suas áreas, além de compreenderem melhor as histórias de vida uns dos outros. Como resultado, houve uma maior integração entre os médicos, com relações mais respeitadas entre eles e mais compromissadas para com os problemas do município. Tiveram depois a iniciativa de propor ações para outros serviços de saúde da RAS e para a gestão, auxiliando a minimizar os impactos da epidemia nas localidades.

Outro aspecto considerado nas discussões das oficinas foi a realização de

atividades coletivas em esquema de rodízio nas UBS dos médicos participantes. Os supervisores relataram que esse tipo de atividade permitiu que eles pudessem conhecer a realidade de trabalho uns dos outros, perceber problemas comuns e especificidades na organização dos processos de trabalho na AB. Dessa forma, conseguiram utilizar nas ações educativas tanto as ferramentas de abordagem em grupo, como as ferramentas de abordagem em ambiente clínico. Neste último caso, a atuação do supervisor passa a se aproximar mais dos papéis de “preceptor” e “supervisor”, mencionados anteriormente, a depender do tipo de atividade desenvolvida.

Os supervisores perceberam que essas atividades propiciam maior integração dos médicos com suas equipes, maior responsabilização destes para com os problemas de saúde da comunidade e maior criatividade para superarem os desafios encontrados.

5.4.3 Pressuposto C – o papel de supervisor

A pressuposição de que o supervisor deve apoiar gestores e equipes de saúde para a estruturação dos princípios e diretrizes da atenção básica nos territórios, por meio do desenvolvimento de competências para a gestão e organização dos processos de trabalho, nos remete ao papel de “supervisor”, definido por Botti e Rego (2006, p.371), já discutido quando abordamos o pressuposto 3. O que se pretende com isso, é o aperfeiçoamento do desempenho das equipes supervisionadas.

Da mesma forma como esclarecemos no tópico anterior, a diferença aqui é que o foco de atuação do supervisor se concentra no grupo de médicos participantes coletivamente, podendo ou não envolver os demais integrantes das equipes e gestores. Na verdade, foi consenso de que deveriam procurar envolvê-los, para conseguirem êxito nas modificações das práticas dos profissionais e na estruturação dos processos de trabalho, conforme almejam. As estratégias e planos que pactuaram para isso, entretanto, são os mesmos já descritos no item 5.3.3.

Necessário ressaltar que os supervisores consideraram importante orientar e apoiar os gestores em relação às formas de gestão e organização dos processos de trabalho na atenção básica, principalmente os novos gestores e/ou os que não possuem experiência neste âmbito de atenção. Não chegaram a pactuar nenhuma ação específica, mas ressaltaram a necessidade de planejar formas de parceria com o COSEMS nesse sentido.

5.4.4 Pressuposto D – o papel de articulador

A pressuposição de que o supervisor deve auxiliar a integração dos diversos serviços dos municípios para a estruturação das RAS, nos indica uma aproximação com o papel de “articulador”, como descrito por Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2016): “assessorar gestores e profissionais de saúde desses municípios a analisar a efetividade da atenção básica, e, a partir das necessidades de cada região, incluir propostas de mudança (que vão desde a adesão de programas federais a propostas e pactuações locais) em prol de sua qualificação”. Para isso, procuram ofertar apoio, orientação e informação; facilitam a comunicação interinstitucional; e desempenham um papel político na defesa de um modelo de atenção pautado em uma atenção básica ampliada.

Não houve consenso entre os supervisores de que essa seja realmente uma atribuição do supervisor neste Projeto. Mas reconhecendo sua importância para a qualificação da atenção básica e, tendo em vista os resultados positivos que foram obtidos pela atuação de alguns supervisores nesse sentido, pactuaram ações com esse propósito. Essas ações consistem basicamente em utilizar as tarefas de territorialização, que devem ser realizadas pelos médicos participantes e suas equipes, de modo a fomentar reuniões com todos os atores locais (equipes supervisionadas, profissionais de diversos outros serviços e gestores). O objetivo é problematizar situações reais e realizar um diagnóstico conjunto das situações abordadas. Os supervisores procuram, nessa oportunidade, coordenar os interesses de cada parte para a construção de um plano local, mediando os conflitos que surgem no processo.

Nas discussões das oficinas, os supervisores demonstraram preocupação com a possibilidade desse tipo de atividade ocasionar dependência por parte dos atores locais. Por isso, salientaram a importância de que o foco dos supervisores ao realizarem esse tipo de ação deveria ser procurar desenvolver as competências necessárias entre os diversos atores para que eles conseguissem realizar esse tipo de pactuação por si mesmos, almejando não serem mais necessários em situações futuras do município. Para isso, reconheceram que necessitariam de capacitações específicas com abordagem de grupo, mediação de conflitos, entre outros.

5.4.5 Pressuposto E – o papel de representante do Projeto Mais Médicos para o Brasil

A pressuposição de que o supervisor deve orientar sobre aspectos do funcionamento do PMMB (obrigações da partes, formas de encaminhar problemas/ dificuldades/ dúvidas que surgem, penalidades, etc), nos indica uma aproximação com o papel dos representantes do Projeto.

Apesar dos supervisores considerarem que essa atribuição deveria ser realizada pela Coordenação Nacional do Projeto, seus representantes estaduais e pelos gestores (estadual e municipais), reconhecem que os problemas advindos do desconhecimento do funcionamento do Projeto inviabilizam as atividades de supervisão. Desta forma, pactuaram que atuar para isso deve se constituir numa tarefa primordial.

Nesse sentido, identificaram a necessidade de reunir as orientações e informações sobre o projeto, dispersas em vários documentos, em um tipo de manual direcionado tanto para gestores, como para os médicos participantes. Adicionalmente, concordaram que serviriam também para auxiliar suas próprias atividades.

Além disso, planejaram realizar processos de acolhimento presencial, tanto aos novos gestores, como aos novos médicos participantes, a fim de entregar esse material e, ao mesmo tempo apresentarem: uma contextualização inicial do Projeto; aspectos importantes de seu funcionamento e que são objeto de dúvidas, conflitos, problemas; formas de encaminhamento dos problemas e contato dos responsáveis no Ceará; penalidades previstas para os casos de descumprimento das obrigações; forma de organização da Supervisão Acadêmica da UFC e do curso de especialização, etc.

Concordaram ainda que deveriam estimular os gestores municipais a realizarem também acolhimentos locais com os médicos participantes, a fim de abordar a situação de saúde do município e das áreas onde iriam atuar.

Para subsidiar esse trabalho, apresentamos uma proposta inicial de manual com as perspectivas descritas para avaliação dos supervisores (ANEXO 1).

Quadro 5: Atribuições percebidas pelos supervisores ao desenvolverem suas atividades coletivamente.

Atribuições	Objetivos	Metodologia/ Métodos	Papel	Análise crítica dos supervisores
Identificar necessidades educacionais e elaborar um plano de educação permanente para os médicos participantes.	Desenvolver atividades educativas mais participativas, motivadoras.	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem direcionadas a grupos (PBL, TBL, consulta simulada, problematização, discussão de casos clínicos, etc).	Educador, representa uma atribuição comum a todos os demais papéis.	Houve consenso de que é uma atribuição inerente e indispensável à supervisão. Reconheceram a necessidade de desenvolverem competências para a utilização de metodologias ativas, aprendizagem em grupo e processos de ensino à distância.
Estimular a troca de experiências para a resolução de problemas comuns.	Propiciar o desenvolvimento da criatividade na busca de soluções, construir grupalidade e motivar para que se responsabilizem pelos problemas de sua área e do município.	Problematização de situações reais e elaboração de planos de ação; visitas em esquema de rodízio nas UBS dos médicos participantes.	Apoiador institucional (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2007)	Houve consenso de que é uma atribuição inerente à supervisão. Reconheceram a necessidade de desenvolverem competências para aprendizagem de adultos e aprendizagem em grupos.
Apoiar gestores e equipes de saúde para a estruturação dos princípios e diretrizes da AB nos territórios.	Desenvolver competências entre os atores para a gestão e organização dos processos de trabalho da AB nos municípios.	Territorialização, diagnóstico de saúde da comunidade, identificação de problemas prioritários, estratégias de intervenção, planejamento das atividades da equipe, tarefas de dispersão dos encontros locais.	Supervisor (Botti e Rego, 2006)	Houve consenso de que o supervisor deve procurar desenvolver competências não só do médico participante, mas também dos demais integrantes da equipe e dos gestores, pois a qualificação dos processos da AB dependem da atuação integrada dos atores. Reconheceram a necessidade de pensar formas de apoio aos gestores, em parceria com o COSEMS.
Auxiliar a estruturação das RAS nos municípios.	Contribuir para que os médicos participantes e demais atores locais consigam integrar os diferentes serviços e propiciar maior resolutividade aos usuários.	Reunião dos atores (equipes supervisionadas, profissionais dos diversos serviços, gestores), problematização, mediação de conflitos interpessoais, coordenação de diferentes interesses e perspectivas para a construção de planos de ação.	Apoiador institucional (CAMPOS, 2007) Articulador (DORICCI, GUANAES-LORENZI e PEREIRA, 2016)	Não houve consenso de que essa seja realmente uma atribuição do supervisor, mas reconhecendo sua importância, pactuaram ações nesse sentido. Acordaram que o foco de atuação do supervisor deve ser auxiliar o desenvolvimento das competências necessárias para realizarem essas pactuações, de modo a produzir autonomia. Reconheceram, entretanto, que eles próprios precisam de uma capacitação para isso.
Orientar sobre aspectos do funcionamento do PMMB (obrigações de cada ator, formas de encaminhar problemas/ dificuldades/ dúvidas, penalidades, etc.).	Minimizar as dificuldades de implementação do Projeto e os conflitos interpessoais por desconhecimento do seu funcionamento e obrigação de cada ator.	Reuniões periódicas com os médicos participantes; eventos com os gestores.	Representante do Projeto no município.	Consideram que essa é uma atribuição da Coordenação Nacional do Projeto e dos gestores, mas como na prática os problemas advindos da falta de esclarecimento inviabilizam a supervisão, concordaram em planejar ações nesse sentido, como produzir documentos orientadores, estruturar acolhimento aos médicos.

Fonte: elaboração própria.

5.5 Análise da avaliação da pesquisa-ação pelos supervisores

Participaram da oficina de avaliação 15 (quinze) dos 17 (dezesete) supervisores (88,2%). Estes foram orientados a responderem um questionário de avaliação (Anexo 1) abordando aspectos do processo vivido durante a realização da pesquisa-ação, tanto na entrevista individual, como nas oficinas anteriores. Suas respostas foram sistematizadas abaixo (Quadro 6).

A maior parte dos supervisores consideraram que as discussões realizadas nas oficinas possibilitaram um grande entendimento acerca de como os demais supervisores da UFC estavam desenvolvendo suas atividades (66,6%) e uma grande reflexão coletiva acerca de novas possibilidades de ação (53,3%).

Sobre a organização das oficinas, destacaram como pontos positivos principalmente a clareza dos objetivos propostos, a organização e pertinência dos temas, a realização de troca de experiências entre os supervisores, ter possibilitado conhecer como estão sendo desenvolvidas as atividades de supervisão pelo conjunto de supervisores e compreender melhor o funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o auxílio possibilitado à reflexão das próprias práticas e de novas possibilidades de fazer supervisão.

Dentre os pontos negativos, o mais citado foi o pouco tempo disponibilizado às discussões, o que teria comprometido a maior participação dos supervisores. As oficinas ocorreram sempre logo após as reuniões mensais ordinárias do grupo de supervisores e teve duração média de uma hora e trinta minutos, conforme definido no planejamento inicial. Além disso, foram também destacados como pontos negativos a falta de objetividade, a utilização de textos longos e de metodologias mais passivas que não fomentavam a participação, grande conteúdo para ser avaliado e apresentado, falta de continuidade entre as oficinas e dificuldade para acompanhar as decisões tomadas e os projetos de intervenção.

Apesar da objetividade das atividades ter sido elogiada por alguns supervisores, outros a relacionaram aos aspectos negativos da pesquisa. De fato, reconhecemos que a inexperiência da pesquisadora principal em relação ao tratamento dos produtos das entrevistas individuais para subsidiar as oficinas, além do excesso de cuidado para manter a fidelidade da produção dos supervisores, pode ter comprometido a objetividade das atividades, com oferta de textos longos, fruto da sistematização das respostas dos supervisores. Os supervisores algumas vezes foram convidados a analisarem essa produção e identificarem aspectos que não deveriam fazer parte da produção coletiva, permanecendo apenas como apontamentos

individuais.

Outro ponto negativo comentado diz respeito à continuidade entre as oficinas e dificuldade de acompanhamento do que era produzido pelo grupo, principalmente porque alguns supervisores não conseguiram participar de todos os encontros. As pesquisadoras tomaram a decisão de não enviar os produtos das oficinas por email, de modo que as análises pudessem ser realizadas apenas coletivamente e presencialmente nas oficinas. Isso parece ter gerado a sensação de descontinuidade e comprometido o acompanhamento e a participação de alguns supervisores.

Por fim, os supervisores, em sua maioria, relataram que modificaram em algum aspecto suas concepções de supervisão no decorrer da pesquisa e modificaram ou pensam em modificar suas maneiras de realizar as atividades de supervisão. Destacamos que, comparativamente, essa vivência da pesquisa nos pareceu ter sido mais significativa para os supervisores que atuam profissionalmente em áreas diferentes da atenção básica e de processos educativos em saúde.

Quadro 6: avaliação da pesquisa-ação pelos supervisores.

Com relação à capacidade de proporcionar um melhor entendimento acerca de como os demais supervisores da UFC desenvolvem suas atividades	Com relação à capacidade de proporcionar reflexão coletiva acerca de novas possibilidades de ação
<p>Não possibilitaram nenhum entendimento: 0 (0%); Possibilitaram um pequeno entendimento: 1 (6,6%); Possibilitaram um moderado entendimento: 3 (20%); Possibilitaram um grande entendimento: 10 (66,6); Possibilitaram entender perfeitamente: 1 (6,6%).</p>	<p>Não possibilitaram nenhuma reflexão: 0 (0%); Possibilitaram uma pequena reflexão: 2 (13,3%); Possibilitaram uma moderada reflexão: 2 (13,3%); Possibilitaram uma grande reflexão: 8 (53,3%); Possibilitaram uma perfeita reflexão: 1 (6,6%).</p>
Com relação à organização das oficinas (metodologias utilizadas, recursos empregados, disposição e desenvolvimento das atividades)	
<p>Pontos positivos: clareza dos objetivos; muito bem sedimentadas, embasadas; dinâmica e objetiva; estabeleceu uma visão geral de como está a supervisão; abriu novas perspectivas de supervisão; trabalhar a coletividade; troca de experiências entre as diversas especialidades; compreensão sobre o funcionamento do PMMB na UFC; objetivos claros e boa explicação do trabalho; metodologias utilizadas, temas escolhidos; ajudou para refletir sobre a própria prática e conhecer as dos demais supervisores; organização, temas pertinentes; muito adequada; aproveitar o momento da reunião com supervisores; troca de experiências no grupo; visão da possibilidade de nossas formas de fazer; local, ordenação, insumos utilizados; a metodologia utilizada foi muito feliz quando conseguiu apresentar seus objetivos em reuniões com todos os supervisores e proporcionou o engajamento de todos os supervisores, as entrevistas individuais, as trocas de experiências entre os supervisores; a participação ativa de alguns supervisores; a maneira dinâmica como a facilitadora conduziu as oficinas; trabalho em grupos propiciando uma maior integração; discussão entre os participantes; reunir supervisores para refletir sobre o PMM.</p> <p>Pontos negativos: tempo reduzido para as discussões; uso de metodologias passivas; pouco tempo para o trabalho/ discussão; pouco tempo; diversidade de supervisores; dificuldade de estar presente em todos os encontros devido a outras obrigações; tempo disponível para melhor participação; dificuldade de acompanhamento das decisões tomadas, dos projetos de intervenção; não vi; consumir tempo das reuniões dos supervisores/ tutores; falta de objetividade com longos textos nas apresentações de power point e impressos; pouco tempo; às vezes essas trocas de experiências entre os supervisores podem ocupar mais espaço nas reuniões mensais; a inserção das oficinas presenciais dentro da reunião de supervisão (o assunto é muito importante); grande conteúdo para ser avaliado e apresentado; certa falta de continuidade entre as oficinas; metodologia não forneceu participação mais abrangente do conjunto de supervisores, concentrando-se em alguns supervisores.</p> <p>O que poderia ter sido diferente: utilizar metodologias ativas para o envolvimento dos supervisores; fazer oficinas em dia diferente da reunião; continuar o processo; gestão estratégica do projeto, com gestão mais adequada do MS e governo (inexistente, pelo visto); ausência de realizações e correções efetivas do PMMB; classificar as atribuições dos supervisores por ordem de importância/ prioridade; adequar/ contrapor o tempo para realizar a supervisão e o volume/ variedade das atividades propostas; ser mais objetivo, claro e focar no mais importante (“menos é mais”), o estudo foi muito prolongado e detalhado e senti falta de algo mais condensado e palpável tipo “takeaway messages”; talvez organizar melhor o tempo das oficinas; o tempo das trocas de experiências poderia ser maior; o planejamento de tempo/ local para a realização dos encontros presenciais; um resumo mais didático dos principais resultados das oficinas antes do início da seguinte; envio dos resultados por email; metodologias ativas que estabelecessem a participação de todos.</p>	
Como sua concepção de supervisão mudou no decorrer da pesquisa	
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de novas ferramentas de avaliação na supervisão; melhor abordagem de problemas com os gestores dos municípios. - Acredito que houve uma conscientização da necessidade de sistematização/ planejamento/ uniformidade do processo de supervisão; o planejamento da visita de campo melhorou através da confecção de um roteiro e da definição de objetivos. - Na medida em que os supervisores tenham aproveitado experiências dos outros, a partir das atividades coletivas das oficinas. - Mudou muito! Otimização da supervisão; tarefas a serem desenvolvidas pelos supervisionados. - Passei a aplicar sugestões dadas pelos colegas supervisores. - Na medida em que foi possível ver a estrutura de supervisão de outrem e do grupo, foi possível refletir acerca da minha própria supervisão e pinçar ideias para incorporar a essa nova forma de fazer. Serve para dar um certo sentimento de adequação da supervisão ao poder ter minha forma de fazer frente aos outros. - Integração com os outros supervisores, uniformizando alguns procedimentos, incluindo formas de avaliação clínica dos médicos. 	

- Sem dúvida mudou. Permitiu ampliar as atividades de supervisão e de monitoria, como discussão de casos clínicos, como a medicina de saúde se organiza para os diversos problemas clínicos e administrativos, etc.
- Indiscutível, maior experiência com a vivência e compartilhamento dos colegas supervisores e sugestões e problemas vivenciados pelos bolsistas. Nova abordagem de problemas vinculados à gestão da clínica e aperfeiçoamento de habilidades e competências dos colegas bolsistas.
- Melhorar de acordo com as experiências dos colegas.
- Mudou de forma bastante positiva, com melhor conhecimento e compreensão do trabalho dos supervisores, que me direcionaram a uma autorreflexão sobre a minha supervisão. Otimizar a educação permanente e supervisão nos municípios.
- Muito pouco.
- Acho que houve pouco impacto na minha forma de atuar.
- Não mudei. Acho que o processo continua heterogêneo, sem ativação de mudança.
- Mudou porque possibilitou uma visão mais ampliada do processo e desencadeou uma outra avaliação.

Como modificou ou pensa em modificar sua maneira de realizar as atividades de supervisão

- Acredito ser importante o desenvolvimento de atividades de educação continuada da equipe a partir dos problemas específicos do município.
- Acredito que esse trabalho proporcionou uma grande revisão e reavaliação das atividades de supervisão como um todo; pretendo continuar um processo de melhora nas atividades como descrito na questão acima, além de aperfeiçoar as ações à distância; e melhorar as parcerias com as gestões locais.
- Já mudei as visitas de maneira a unir os supervisores em um mesmo local; tarefas a serem desenvolvidas pelos supervisionados.
- Passei a acompanhar mais o atendimento do médico na UBS.
- Tentar introduzir cada vez mais metodologias ativas, focar em planejamento, envolver mais a gestão, longitudinalizar as tarefas de dispersão da localregional.
- Avaliar/ monitorar o desempenho dos médicos e da gestão, a partir de pontos de vista da comunidade/ lideranças comunitárias.
- Discutir as relações de trabalho na equipe de saúde; discutir protocolos, as questões da demanda espontânea/ programada, a educação continuada; fazer os médicos e as equipes refletirem sobre sua prática.
- Definindo metas claras, indicadores de desempenho e reavaliações frequentes.
- Já modifiquei. Estou fazendo reuniões onde não permitimos que as lamentações predominem, priorizando ações positivas encontradas. Levando médicos que obtiveram bons resultados a mostrarem seu trabalho e da sua equipe aos demais.
- Penso que o processo de supervisão é dinâmico e está sempre tensionando à mudanças e reflexões, por isso a importância da pesquisa que irá transformar qualitativamente as supervisões como um todo.
- Maior contato com a gestão. Maior contato com a equipe de PSF. Contato com os usuários.
- Acredito que a partir de uma proposta de supervisão mais padronizada, modificaria qualquer aspecto de forma a melhorar o processo de trabalho da supervisão enquanto instituição.
- Não modifiquei.
- Sim, vide respostas anteriores.
- Abrangendo mais a equipe de saúde e a população. Incrementou a integração com os supervisionados por EAD para complementar assuntos abordados presencialmente durante as supervisões *in loco*.

Fonte: elaboração própria.

6 CONCLUSÃO

A análise que efetuamos nesta pesquisa permitiu que compreendêssemos como os supervisores da UFC, vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, vêm desenvolvendo suas atividades e as razões pelas quais realizam de determinado modo e não de outros possíveis.

Além disso, possibilitou que identificássemos as diversas atribuições e papéis que eles desempenham em suas práticas cotidianas, o que em nosso entendimento, retratam seus esforços para tornar a supervisão a mais participativa possível, modificando seus conteúdos e procedimentos de acordo com as necessidades detectadas em cada contexto local. Estas necessidades estiveram relacionadas não apenas com os médicos participantes, mas também com os demais atores envolvidos na assistência à saúde nas regiões e com as características de cada município. De outro modo, percebemos que a prática de supervisão se modifica também conforme as habilidades e características individuais de cada supervisor (seu perfil).

Sob o ponto de vista dos supervisores da UFC, vários elementos da supervisão acadêmica deste Projeto podem influenciar para a qualificação da atuação dos profissionais da atenção básica:

1) Ao desempenharem um papel de “fiscalizador e controlador”, os supervisores acadêmicos contribuem para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento aos usuários nas UBS dos médicos participantes, ajudando a identificar os problemas existentes e encaminhando propostas de solução. Todavia, os produtos de suas ações não têm sido considerados para modificar aspectos do Projeto e da organização da atenção básica nos municípios;

2) Ao desempenharem um papel de “preceptor”, os supervisores acadêmicos possibilitam o aprimoramento de habilidades clínicas dos médicos participantes;

3) Ao desempenharem um papel de “supervisor”, os supervisores acadêmicos ajudam a melhorar o desempenho geral da equipe de atenção básica do médico participante;

4) Ao desempenharem um papel de “apoiador institucional”, os supervisores acadêmicos facilitam a construção de grupalidade entre os profissionais da atenção básica, mediando “linhas de comunicação truncadas” e conflitos, possibilitando o trabalho interdisciplinar em equipe, estimulando a reflexão sobre suas práticas, a corresponsabilização pelos problemas de suas áreas e do município, o desenvolvimento de criatividade na busca de soluções para os problemas difíceis;

5) Ao desempenharem um papel típico de “educador”, os supervisores acadêmicos constroem um plano de educação permanente para os médicos participantes, baseado em suas necessidades de aprendizagem, de modo a utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estratégias de educação à distância;

6) Ao desempenharem um papel de “articulador”, os supervisores acadêmicos promovem a integração dos diversos profissionais, gestores e serviços dos municípios para a estruturação das RAS, procurando desenvolver as competências necessárias para isso entre os diversos atores locais;

7) Ao desempenharem um papel de “representante do Projeto Mais Médicos para o Brasil”, os supervisores acadêmicos orientam sobre aspectos fundamentais do funcionamento do PMMB e auxiliam a implementação do mesmo nos municípios, propiciando o êxito de seus resultados.

O desempenho desses diferentes papéis requerem a aquisição de competências além das adquiridas nos processos usuais de formação médica, como foi ressaltado diversas vezes pelos supervisores.

A pesquisa suscitou o conteúdo cognitivo das discussões morais acerca do que os supervisores deveriam fazer e isso possibilitou que se entendessem mutuamente e que negociassem compromissos, retratados depois no plano de ação. O plano de ação construído retratou, finalmente, tanto as reflexões dos supervisores acerca das potencialidades da supervisão para fortalecer a atenção básica e a educação permanente, como as necessidades pedagógicas gerais do grupo de supervisores.

Sobre os momentos da pesquisa, os supervisores avaliaram que as discussões realizadas nas oficinas possibilitaram um grande entendimento acerca de como os demais supervisores da UFC estavam desenvolvendo suas atividades e uma grande reflexão coletiva acerca de novas possibilidades de ação. Além disso, permitiram que modificassem em algum aspecto suas próprias concepções de supervisão e seus planejamentos de atividades.

Esperamos, em última análise, que os produtos desta pesquisa possam auxiliar os supervisores deste Projeto na identificação de possibilidades de ação frente aos diferentes contextos locais nos quais atuam e possam fornecer alguns subsídios para suas práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Maria de Fátima B. **Supervisão e avaliação institucional:** construindo um caminho que reafirme o caráter público da educação. In: CAMPOS, E. N., et. al. Saberes pedagógicos e atividade docente. São Paulo: Cortez, 1999. p.177-204.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, 2011, 32(1): 25-40. Disponível em <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes:** um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 104p. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/2582>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor:** quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008. v. 3, n. 3, p. 363-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: MS, 2006. v.4. 60p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Edição nº 14. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: MS, 2009. v.9. 64p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010.** Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). Brasília: MS, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Lei/L12202.htm>. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil. 1.ed. Brasília: MS, 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 01 de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.206, de 12 de setembro de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno.39.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **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. Brasília: MEC, 2015a. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=23581-port28-maismedicos-01out-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Brasília: MS, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos, 2 anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS, 2015c. Disponível em:

<http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017a.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cartilha-Mais-Medicos-Versao-Eletronica.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para a análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 3.3d. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTRO, Thiago Figueiredo. **Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos**. Campinas, São Paulo, 2015. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/sus-31136>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CASTRO, Thiago Figueiredo; MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. **Grupos Balint-Paidéia: uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos**. Tempus, actas de saúde colet, 2015, 9(4): 137-149. dez. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1734>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**. Ed Ática, São Paulo, 2000. p.320-321.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011**. Publicada no DOU nº 82, de 02/05/2011. Brasília: CNS, 2011. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil, cenários e indicadores de distribuição**. São Paulo: CREMESP, CFM, vol.2, 2013. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CORRÊA, Vanilda Cândida Costa; PEREIRA, Maria Marta do Couto. **A supervisão pedagógica e a sua importância na formação continuada de professores**. PERQUIRERE, Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão, 2011, n.8, v.1, p.160-187, jul. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/50270/a_supervisao_pedagogica_e_sua_importancia.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

COSTA, Rômulo. **Ceará terá todas as vagas do Mais Médicos preenchidas em novo edital**. Jornal O Povo, online, 27 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/01/ceara-tera-todas-as-vagas-do-mais-medicos-preenchidas-em-novo-edital.html>>. Acesso em: 27 out. 2017.

DAVINI, Maria Cristina. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: MS, 2009. v.9. 64p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

DE JOU, Graciela Inchausti de; SPERB, Tânia Mara. **A Metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2006, 19(2): 177-185.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

DIAS, Henrique Sant' Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. **A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 2013, 18(6): 1613-1624.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, 2004, v.14, n.28, p.139-152, maio-ago. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004>. Acesso em: 24 abr. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Paulo Freire, São Paulo, Paz e Terra, 2011. 143p.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristina Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; MAAS, Lucas Wan Der; CAMPOS, Luis Antônio Bonolo de. **Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária**. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (org.). O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p.171-186.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe:** módulo político gestor. UNASUS, 2009. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

KILMINSTER, S. M; JOLLY, B. C. **Effective supervision in clinical practice settings:** a literature review. Medical Education, 2000. v.34. p. 827-840. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012933>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MATUI, Jiron. **Construtivismo:** teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna, 1995. 247p.

MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Introdução:** notas para um debate. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. pp 23-71.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NEIRA, Marcos Garcia; LIPPI, Bruno Gonçalves. **Tecendo a colcha de retalhos:** a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. Porto Alegre: Educação e Realidade, 2012. v.37, n.2, p.607-625, maio-ago. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 24 abr. 2017.

NEVES, Nedy M.B.C.; NEVES, Flávia B.C.S.; BITENCOURT, Almir G.V. **Ensino Médico no Brasil:** origens e transformações. Gaz méd. Bahia, 2005, 75(2): 162-168. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 1986, 2(4): 466-476.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.** Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008:** cuidados de saúde primários, agora mais que nunca. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em:

<http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PAVIANI, Neires Maria Soldatelli; FONTANA, Niura Maria. **Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência.** Caxias do Sul: Conjectura, maio/ago., 2009. v.14, n.2, p.77-88.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORENCIO, Alexandre Ramos. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** Rio de Janeiro: RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, ago., 2012. v.6, n.2, Sup. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PINTO, Hêider Aurélio. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade.** 2014. 226f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/108955>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PINTO, Hêider Aurélio; SALES, Mozart Julio Tabosa; OLIVEIRA, Felipe Proença de; BRIZOLARA, Regina; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros; SANTOS, Jerzey Timóteo dos. **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, 2014. n.51, p. 105-120. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2017.

REIS, Cláudia da Costa Leite. A supervisão no Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades. 2001. 109p. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/5301/2/498.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

RIBEIRO, Célia. **Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(1): 109-116.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. 2007. 307f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Como fazer pesquisa-ação?** 2003. Disponível em: <<http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisaacao.htm>>.

SANTANA, Vilma Sousa; CASTILHO, Euclides Ayres de. **Pontuações sobre ética na saúde coletiva.** Rev Assoc Med Bras, 2011, 57(3): 249-255.

SILVA, Graziela Triches da. Supervisor pedagógico: formador ou fiscalizador? Revista de Educação, Ciência e Cultura, 2013, 18(2), jul-dez. Disponível em: <<http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/viewFile/1278/1020>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005, sep, 83(3): 457-502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em: 19 jan. 2019.

THE LANCET. **Série-Saúde no Brasil, maio de 2011**. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil entre 1991 e 2010, relatório final**. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20\(Rel.Final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado%20de%20trabalho%20das%20profissoes%20de%20nivel%20superior%20no%20Brasil%20(Rel.Final).pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2016.

VASCONCELLOS, Celso dos S. **Metodologia dialética em sala de aula**. In: Revista de Educação AEC. Brasília: abril de 1992 (n.83).

VASCONCELOS, Clara; PRAIA, João Félix; ALMEIDA, Leandro S. **Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências**: da instrução à aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2003, 7(1): 11-19. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100002>. Acesso em: 10 nov. 2016.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Supervisores Acadêmicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Caro(a) supervisor(a),

Este questionário é um dos instrumentos para a coleta de dados da pesquisa “Análise do desenvolvimento da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil da Universidade Federal do Ceará e reflexão sobre as potencialidades de suas atividades pedagógicas”. Pretende reunir informações para caracterizar o perfil dos supervisores da UFC. Para isso, solicitamos gentilmente contar com sua especial colaboração para o preenchimento dos itens solicitados. Ressaltamos que não é necessário identificar-se e, ainda, que todos os dados que eventualmente possam identificá-lo serão mantidos em total sigilo ético.

Agradecemos sua colaboração!

Mariana Amorim Alencar - Mestranda de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará.

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota - Orientadora.

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa - Coorientadora.

Perfil do Supervisor

Sexo: () masculino () feminino

Idade em anos completos: _____

Vinculação profissional: () setor público () setor privado () terceiro setor () outro _____

Ano de conclusão do curso de Medicina: _____

Pós-graduação:

() Lato Sensu (especialização) em _____. Ano de conclusão: _____

() Residência Médica em _____. Ano de conclusão: _____

() Mestrado em _____. Ano de conclusão: _____

() Doutorado em _____. Ano de conclusão: _____

() Pós-Doutorado em _____. Ano de conclusão: _____

Atuação profissional na área de atenção à saúde:

() Estratégia da Saúde da Família. Quantos anos: _____

() Atenção Básica sem Estratégia da Saúde da Família. Quantos anos: _____

() Atenção Especializada Ambulatorial. Quantos anos: _____

() Atenção Especializada Hospitalar. Quantos anos: _____

() Serviço de Urgência e Emergência. Quantos anos: _____

() Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Quantos anos: _____

Atuação profissional na área de gestão de serviços de saúde:

- () Gerente. Quantos anos: _____ () Coordenador. Quantos anos: _____
() Diretor. Quantos anos: _____ () Secretário de saúde. Quantos anos: _____
() Outros _____ . Quantos anos: _____

Atuação profissional na área de educação (outros diferentes do PMMB):

- () Docência tradicional. Quantos anos: _____ () com metodologias ativas. Quantos anos: _____
() Educação à distância. Quantos anos: _____ () Pesquisa em serviço. Quantos anos: _____
() Atividades de preceptoria e/ou tutoria em cenários de prática. Quantos anos: _____

Atuação profissional na área de apoio técnico à atenção à saúde (outros diferentes do PMMB):

- () Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Quantos anos: _____
() Assistência Farmacêutica. Quantos anos: _____
() Vigilância em Saúde. Quantos anos: _____
() Regulação de serviços de saúde. Quantos anos: _____
() Saúde Coletiva. Quantos anos: _____
() Grupos/ equipes técnicas. Quantos anos: _____
() Outros _____ .

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Supervisores Acadêmicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aquecimento: Há quanto tempo participa deste Projeto? Como foi a sua inserção como supervisor?

- 1) Fale um pouco sobre as atividades que você desenvolve como supervisor(a).
(o que faz, como faz, que resultados você espera produzir com sua ação/ objetivos)
- 2) Quais as principais dificuldades/ desafios para realizar as atividades de supervisão? E o que facilita?
- 3) Em sua opinião, qual o papel/missão da Supervisão Acadêmica neste Projeto?
- 4) Pensando neste papel da supervisão, existem ações que os supervisores da UFC ainda não fazem, mas que poderiam fazer? E ações que os supervisores da UFC fazem, mas que você não considera papel da supervisão realizar?
- 5) O que poderia ser feito para auxiliar o trabalho dos supervisores? De que necessitam (incluindo recursos de qualquer natureza, necessidades pedagógicas, etc.)?
- 6) Você percebe alguma melhoria nos municípios depois da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil? Identifica algum aspecto negativo?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

A partir do processo vivido durante a realização da pesquisa-ação, na entrevista individual e nas discussões realizadas com os demais supervisores durante as oficinas, responda o seguinte:

A) Em sua opinião, as discussões das oficinas possibilitaram a você entender melhor como os demais supervisores da UFC têm desenvolvido suas atividades? Escolha, entre 1 e 5, o número que melhor expressa sua resposta.

- 1 - Se as discussões das oficinas não possibilitaram nenhum entendimento sobre como os demais supervisores desenvolvem suas atividades;
- 2 - Se as discussões das oficinas possibilitaram um pequeno entendimento sobre como os demais supervisores desenvolvem suas atividades;
- 3 - Se as discussões das oficinas possibilitaram um moderado entendimento sobre como os demais supervisores desenvolvem suas atividades;
- 4 - Se as discussões das oficinas possibilitaram um grande entendimento sobre como os demais supervisores desenvolvem suas atividades;
- 5 - Se as discussões das oficinas possibilitaram compreender perfeitamente como os demais supervisores desenvolvem suas atividades.

B) Em sua opinião, as discussões das oficinas possibilitaram ao grupo de supervisores da UFC refletir coletivamente sobre novas possibilidades de ações?

- 1 - Se as discussões das oficinas não possibilitaram nenhuma reflexão coletiva sobre novas possibilidades de ações;
- 2 - Se as discussões das oficinas possibilitaram uma pequena reflexão coletiva sobre novas possibilidades de ações;
- 3 - Se as discussões das oficinas possibilitaram uma moderada reflexão coletiva sobre novas possibilidades de ações;
- 4 - Se as discussões das oficinas possibilitaram uma grande reflexão coletiva sobre novas possibilidades de ações;
- 5 - Se as discussões das oficinas possibilitaram uma perfeita reflexão coletiva sobre novas possibilidades de ações.

C) Como você avalia a organização das oficinas (metodologias utilizadas, recursos empregados, disposição e desenvolvimento das atividades)? Cite pontos positivos, pontos negativos e o que poderia ter sido realizado de forma diferente.

Pontos positivos:

Pontos negativos:

O que poderia ter sido diferente:

D) Você acha que sua concepção de supervisão mudou no decorrer desse processo? De que forma? Cite exemplos.

E) Você já modificou ou pensa em modificar em algum aspecto a sua maneira de realizar as atividades de supervisão? De que forma? Cite exemplos.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) por Mariana Amorim Alencar para participar da pesquisa intitulada “Análise do desenvolvimento da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil da Universidade Federal do Ceará (UFC) e reflexão sobre as potencialidades de suas ações pedagógicas”. Você foi selecionado por ser supervisor(a) deste Projeto e não deve participar contra a sua vontade. A qualquer momento poderá recusar a continuar participando e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos deste estudo são: analisar o desenvolvimento da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil da UFC, dialogar sobre a possibilidade de novas práticas e construir, em conjunto com os supervisores, um plano de ação que reflita as potencialidades de suas atividades pedagógicas para qualificar a atuação dos profissionais da atenção básica, nos municípios sob sua tutoria. Sua participação nesta pesquisa-ação consistirá em participar de uma entrevista abordando 6 (seis) perguntas gerais, com duração média de 30 (trinta) minutos, em local de sua preferência; de seis oficinas, com duração prevista de uma hora e trinta minutos cada, que serão realizadas logo após as reuniões de supervisão da UFC; e preencher um questionário, logo nas primeiras oficinas. Os riscos relacionados com sua participação são decorrentes de possíveis constrangimentos que as perguntas elaboradas pelos pesquisadores podem ocasionar. Entretanto, você tem o direito de não se manifestar em qualquer momento da pesquisa ou de recusar a continuar participando, sem isso acarretar qualquer prejuízo para você. Os benefícios relacionados com sua participação consiste em colaborar para a melhoria do Plano de Supervisão da UFC e poder refletir em grupo sobre suas próprias ações. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação: analisaremos as informações como um todo, não isoladamente, e resumiremos a informar que se trata do grupo de supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil da UFC.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Mariana Amorim Alencar Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Oito de Setembro, 1213, Varjota, Fortaleza-CE, CEP 60.175-210 Telefone para contato: (85)98161-8182; Email: sorriso24@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Mariana Amorim Alencar

Data

Assinatura

(pesquisador e profissional que aplicou o TCLE)

ANEXO 1 – MANUAL PARA OS MÉDICOS PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

MANUAL PARA OS MÉDICOS PARTICIPANTES

FUNCIONAMENTO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO CEARÁ

FORTALEZA

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

MANUAL PARA OS MÉDICOS PARTICIPANTES
FUNCIONAMENTO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO CEARÁ

Sejam bem-vindos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Estado do Ceará! Esse Projeto constitui uma das ações prioritárias do Programa Mais Médicos e tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da promoção de aperfeiçoamento dos médicos na atenção básica. Deste modo, busca combinar atenção à saúde das populações de áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e processos de formação e qualificação do conjunto de profissionais envolvidos, em atividades de integração ensino-serviço.

Você foi alocado em um município que se encontra sob tutoria da Universidade Federal do Ceará (UFC), Instituição Supervisora que tem a missão de ofertar suporte para o fortalecimento das competências necessárias ao desenvolvimento de suas ações na atenção básica. Para isso, a UFC busca coordenar e articular as suas ofertas de aperfeiçoamento relacionadas ao Projeto, como o curso de especialização de saúde da família e as atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na atenção básica.

A Supervisão Acadêmica é integrada pelos seguintes atores sociais: você, médico participante (bolsista); o supervisor acadêmico (profissional médico responsável pela realização de sua supervisão profissional contínua e permanente); o tutor acadêmico (profissional médico responsável pela gestão acadêmica e elaboração do plano de trabalho da supervisão); o gestor do município ao qual você foi alocado, que firmou o Termo de Adesão ao Projeto; e o representante do Ministério da Educação no Estado do Ceará.

Para a realização das atividades de supervisão, que são obrigatórias neste Projeto, estão previstos encontros de supervisão periódica (mensalmente, no município), encontros de supervisão locorregional (trimestralmente, em um município da região de saúde) e encontros de gestão acadêmica (entre supervisores e tutores, para a qualificação das ações de supervisão). Os momentos de supervisão devem ser viabilizados e pactuados pelos supervisores, gestores e vocês, médicos participantes.

Atualmente, a equipe da UFC conta com 17 (dezesete) supervisores e 2 (tutores), atuando em 4 (quatro) regiões de saúde do estado do Ceará, em 23 (vinte e três) municípios. A coordenação, orientação e execução das atividades do Projeto no Ceará é realizada pela Comissão Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil (CCE).

Sua função neste Projeto é participar de processos de aperfeiçoamento médico, na lógica da Política de Educação Permanente em Saúde, e, concomitantemente, realizar atividades assistenciais de forma integrada a uma equipe de atenção básica, portanto, atuando segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Para isso, a equipe da UFC e da CCE irá procurar fornecer os subsídios necessários para te auxiliar nesse processo. Desejamos uma experiência significativa tanto à sua prática profissional, como à dos demais profissionais de sua equipe de saúde e às populações assistidas por você.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO, VALIDAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO.....	03
2	PAGAMENTO DA BOLSA FORMAÇÃO.....	03
3	CADASTRO NO CNES, VÍNCULO À EQUIPE E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NO ESUS/SISAB.....	04
4	AJUDA DE CUSTO.....	05
5	CONTRAPARTIDAS MUNICIPAIS.....	06
5.1	Moradia.....	06
5.2	Alimentação e água potável.....	06
5.3	Recepção e deslocamento.....	07
5.4	Descumprimento das contrapartidas municipais.....	07
6	PERCURSO EDUCACIONAL.....	07
6.1	Acolhimento municipal e primeiras atividades.....	08
6.2	Médicos intercambistas – emissão do RMS, exercício da medicina e restrições.....	09
6.3	Ciclos formativos.....	10
6.3.1	<i>Primeiro Ciclo Formativo.....</i>	11
6.3.2	<i>Segundo Ciclo Formativo.....</i>	14
6.3.3	<i>Programa Telessaúde Brasil Redes e Rede Universitária de Telemedicina.....</i>	15
6.4	Recesso.....	17
6.5	Descumprimento da carga horária mínima mensal.....	17
6.6	Afastamento dos médicos participantes.....	18
6.7	Penalidades previstas ao médico participante em caso de descumprimento de suas obrigações.....	20
7	DESLIGAMENTO DO MÉDICO PARTICIPANTE DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.....	21

1) APRESENTAÇÃO, VALIDAÇÃO e HOMOLOGAÇÃO

Após o processo de seleção e confirmação de sua adesão ao Projeto, você precisa se apresentar ao gestor, no município ao qual foi alocado, durante a data prevista no cronograma de atividades, disponível no endereço eletrônico <http://www.maismedicos.saude.gov.br>. Leve todos os documentos exigidos no Edital de Seleção que você participou. Neste momento, o gestor irá verificar a sua documentação e confirmar a validação de sua vaga no Sistema de Gerenciamento de Programa (SGP). Você deverá iniciar as atividades de integração ensino-serviço no dia indicado também no referido cronograma e, nesta oportunidade, o gestor municipal irá finalmente homologar sua adesão ao Projeto via SGP.

Verifique se a homologação foi devidamente realizada pelo gestor municipal, com o registro da data correta do início de suas atividades, pois esse passo é importante para a sua correta vinculação ao Projeto e implicará no pagamento de sua bolsa-formação e no acesso ao sistema de informações da atenção básica, e-SUSAB/SISAB ou e-SUS Mais Médicos/SISAB (confirmar que foi retirado em todos os municípios).

Logo que inicie suas atividades, acesse o SGP, no mesmo endereço eletrônico citado anteriormente, e atualize seus dados pessoais, profissionais, bancários e de contato (especialmente endereço residencial e e-mail). Você deve mantê-los atualizados durante toda sua participação neste Projeto, evitando assim eventuais prejuízos.

2) PAGAMENTO DA BOLSA-FORMAÇÃO

Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do Projeto, será concedida a você uma bolsa-formação, conforme o parágrafo 1º, do artigo 22, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. O valor mensal da referida bolsa-formação é atualizado continuamente por meio de Portarias específicas, objeto de acordo entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), podendo ser consultadas no endereço eletrônico <http://www.maismedicos.saude.gov.br>.

A atualização no sistema SGP dos dados mencionados no item 1 é fundamental para que o seu cadastro no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) seja realizado com sucesso. É por meio dele que será efetivado o pagamento de sua bolsa-formação. O preenchimento incorreto ou a ausência de qualquer dos dados solicitados poderá acarretar atrasos no pagamento ou o não recebimento da bolsa.

Certifique-se de preencher os números da agência bancária e da conta corrente. Observe que só serão aceitas as contas do Banco do Brasil ou da Caixa Econômica Federal, com a titularidade exclusiva do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo permitido realizar o pagamento para contas conjuntas ou poupanças.

A inclusão do profissional no SIAPE poderá não ocorrer no prazo regular, pois a data de fechamento do sistema é determinada pelo Ministério do Planejamento. Neste caso, sanadas as pendências cadastrais, a tentativa de inclusão seguirá nos meses subsequentes, até que seja efetivada com sucesso, viabilizando os pagamentos relacionados à sua participação no Projeto.

Será utilizada para o pagamento da primeira bolsa-formação a data de início das atividades, informadas pelo gestor municipal exclusivamente no SGP, no ato da sua homologação. Por isso, foi sugerido acima que você acompanhe e verifique esse registro, evitando prejuízos. Por se tratar de benefício federal, após efetivada a inclusão no SIAPE, o pagamento da bolsa-formação será creditado em modalidade “conta-salário”, vinculada à sua conta-corrente. Caso não consiga visualizar o crédito correspondente, deverá solicitar pessoalmente ou por telefone, junto à sua agência bancária, a transferência da conta-salário para a conta corrente. As bolsas dos meses subsequentes serão creditadas automaticamente na conta corrente.

Para ter acesso aos contracheques e declarações de rendimentos para efeito de Imposto de Renda, você deve realizar o cadastramento no endereço eletrônico <http://www.servidor.gov.br>. Caso necessite realizar alterações e/ou desbloqueio de senha, entre em contato por meio do e-mail: cosap.atendimento@saude.gov.br.

3) CADASTRO NO CNES, VÍNCULO À EQUIPE E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NO E-SUS/SISAB

O gestor municipal deve inseri-lo(a) em uma equipe de atenção básica nova ou em uma equipe antiga que estava sem médico, desde que se torne completa a partir de sua vinculação, nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica, nos termos da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando os critérios de distribuição estabelecidos pelo Projeto. Como especificado nesta Portaria, a equipe de saúde da família deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo também fazer parte o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido localmente pelo gestor, com base no número populacional, respeitando critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

Seguindo as normas das Portarias Nº 3.462, de 11 de novembro de 2010, e Nº 838, de 26 de julho de 2013, assim como as competências estabelecidas no inciso V, do artigo 10º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, o gestor municipal também deverá inscrevê-lo no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atuará. Assim, sua equipe terá um número específico, o Identificador Nacional de Equipes (INE) e o conhecimento deste permite acesso aos relatórios relativos às suas atividades, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como os relatórios do SCNES (www.cnes.saude.gov.br), dos indicadores de saúde relacionados ao PMAQ (http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq; http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos), entre outros.

Você tem a responsabilidade de registrar mensalmente as atividades de integração ensino-serviço que desenvolver nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no âmbito do Projeto, e as informações de saúde da população adscrita à sua equipe no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio do e-SUSAB/SISAB, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 2.395, de 5 de novembro de 2014. O e-SUS Mais Médicos/SISAB poderá ser utilizado exclusivamente pelos médicos que atuam nos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI).

O registro mencionado acima deve ser efetuado até o 20º (vigésimo) dia do mês posterior à competência em que foram realizadas as respectivas atividades. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) recomenda, por meio de Nota Técnica do dia 20 de agosto de 2015, que você mesmo realize a digitação da sua produção referente aos atendimentos que realizar, ressaltando que se trata de uma responsabilidade sua, não dos demais profissionais de sua equipe.

Em seguida, por um prazo de 10 (dez) dias, do 1º (primeiro) até o 10º (décimo) dia de cada mês posterior ao do registro, essas informações serão analisadas e validadas pelo gestor municipal, por meio do SGP, para fins de confirmação da veracidade do registro. Caso seja identificada divergência entre as informações que você registrou e sua efetiva atuação no Projeto, o gestor poderá apontar “ressalva” no próprio SGP. Neste caso, a Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil enviará a você uma notificação solicitando que se manifeste a respeito, num prazo máximo de 5 (cinco) dias. Após análise de seus argumentos, decidirá sobre a matéria e se verificado descumprimento de suas obrigações, poderá aplicar as penalidades cabíveis, como suspensão ou, se reiteradas ocorrências, desligamento do Projeto, conforme previsto no artigo 4º, da Portaria nº 2.395, de 5 de novembro de 2014:

“Art. 4º Na hipótese de descumprimento do dever previsto no ‘caput’ do art. 3º, o médico participante ficará sujeito à aplicação de penalidade de:

I - suspensão por:

- a) 12 (doze) dias, quando da ocorrência de descumprimento por 2 (dois) meses, consecutivos ou não;
- b) 24 (vinte e quatro) dias, quando da ocorrência de reiteração do descumprimento de que trata a alínea ‘a’ por mais de 2 (dois) meses, consecutivos ou não; e
- c) 36 (trinta e seis) dias, quando da ocorrência de reiteração pela segunda vez do descumprimento de que trata a alínea ‘a’ por mais de 2 (dois) meses, consecutivos ou não.

II - desligamento do Projeto, no caso de ocorrência de reiteração pela terceira vez do descumprimento de que trata a alínea ‘a’ do inciso I por mais de 2 (dois) meses, consecutivos ou não.”

Nesta eventualidade, a critério da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil e após sua anuência, a penalidade de suspensão das atividades relativas ao Projeto poderá ser alternativamente aplicada como suspensão do recebimento do valor da bolsa-formação, na base de 50% (cinquenta por cento) do valor diário da bolsa-formação para cada dia de suspensão aplicado, desde que você continue a desenvolver normalmente todas as atividades do Projeto.

Sempre que não houver dados a registrar, você precisa apresentar uma justificativa no SGP, a partir do 21º (vigésimo primeiro) ao 30º (trigésimo) dia do mês subsequente às atividades que deveriam ser realizadas. Nos períodos em que estiver afastado(a) das atividades, é obrigatório que justifique, em todas as competências enquanto durar o afastamento. Caso tenha dúvidas, envie um e-mail para esus.maismedicos@saude.gov.br.

4) AJUDA DE CUSTO

A fim de compensar suas despesas de instalação, caso você não resida no município em que irá atuar, considerando seu domicílio declarado quando da realização de sua inscrição no Edital de Seleção, o Ministério da Saúde concederá ajuda de custo, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 03 (três) bolsas-formação, conforme disposto na Portaria Interministerial nº1.369, de 8 de julho de 2013, artigo 22º, parágrafo 4º:

“O valor da ajuda de custo de que trata o parágrafo 3º observará a localização dos municípios participantes do Projeto, divididas nas seguintes faixas:

I - Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;

II - Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante; e

III - Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal, e Municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante.”.

O valor de cada bolsa mencionada corresponde ao valor de 1 (uma) bolsa-formação. Por isso, se você realizou mudança de domicílio em razão do município em que foi alocado pelo Projeto, tem direito a receber o valor de 2 (duas) bolsas-formação, visto que se encontra na Região Nordeste. Para isso, deve requerer o pagamento da ajuda de custo no sistema SGP, por meio do endereço eletrônico <http://www.maismedicos.saude.gov.br>, e comprovar a realização de mudança de domicílio, nos termos citados. Dessa forma, a ajuda de custo será paga em duas parcelas: a primeira, no primeiro mês de participação no Projeto, corresponde a 70% do valor total; a segunda, no sexto mês de participação no Projeto, corresponde a 30% do valor total.

Na hipótese do desligamento voluntário do Projeto em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser exigida a você a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo, acrescidos de atualização monetária, além de outras medidas previstas em Lei, conforme Portaria Interministerial nº 1.493 de 18 de julho de 2013.

5) CONTRAPARTIDAS MUNICIPAIS

As obrigações municipais de fornecimento de moradia, deslocamento, alimentação e água potável se encontram normatizadas nos Termos de Adesão e Compromisso pactuados entre os Municípios aderentes e o Ministério da Saúde (Editais de Chamada Pública), assim como na Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, acrescentada pela Portaria nº 60, de 10 de abril de 2015 e alterada pela Portaria nº 300, de 05 de outubro de 2017.

5.1. Moradia

Se você já reside no município em que foi alocado pelo Projeto ou solicitou transferência do PROVAB e permanece atuando no mesmo município, não tem direito assegurado para o recebimento de auxílio moradia.

Em contrapartida, caso tenha realizado mudança de domicílio por ter sido alocado em outro município pelo Projeto, o gestor municipal deve assegurar a você o fornecimento de moradia, com padrão suficiente para sua acomodação e de seus familiares, respeitando as condições mínimas de habitabilidade, especificamente infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água, optando dentre as seguintes modalidades:

- Imóvel físico - alugado ou do patrimônio do ente federado;
- Recurso pecuniário para locação de imóvel - com valor mínimo de R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) e máximo de 2.750,00 (dois mil, setecentos e cinquenta reais), podendo o gestor adotar valor superior, conforme realidade do mercado imobiliário local e mediante comprovação com 3 (três) cotações de custo no mercado imobiliário do município;
- Acomodação em hotel ou pousada - para esta situação específica, deve haver um acordo entre você e o gestor. Caso esta seja a opção pactuada, você deve assinar um termo de anuência relatando aceitá-la, em detrimento das anteriores. Se você estiver acompanhado de familiar esta modalidade não deve ser priorizada.

Nas situações de recebimento do recurso pecuniário, é recomendado que guarde os comprovantes de sua utilização exclusiva com despesas relacionadas à moradia, pois isso pode ser solicitado a você em algum momento. A ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação, referida no item anterior, pode ser utilizada para ajustar a moradia fornecida às suas necessidades.

5.2. Alimentação e Água Potável

Da mesma forma que o fornecimento de moradia, o fornecimento de alimentação pelo gestor não é obrigatório se você solicitou transferência do PROVAB e permanece atuando no mesmo município. Consta como exceção, entretanto, as situações em que “a aquisição com recursos próprios seja impossível à capacidade de resolução do médico”, para os casos de transferência do PROVAB.

O fornecimento de alimentação poderá ser realizado mediante pecúnia, com valor entre R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) e R\$770,00 (setecentos e setenta reais), ou *in natura*. Nesta última opção, recomenda-se que o gestor municipal observe o “Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável”, do Ministério da Saúde. Além disso, deve ser disponibilizado água potável no decorrer das suas atividades no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

5.3. Recepção e Deslocamento

No momento de sua chegada para o início das atividades no Projeto, conforme previsto no cronograma do edital de adesão em que se inscreveu, disponível no endereço eletrônico <http://www.maismedicos.saude.gov.br>, você deverá ser recepcionado por representante de um dos entes federados participantes do Projeto. Quando na capital, geralmente o Estado assume essa responsabilidade e providencia seu deslocamento ao município em que foi alocado. Quando no município, um gestor local deverá recebê-lo e garantir sua moradia, se for o caso, conforme descrito acima.

Nas situações específicas em que a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil viabiliza seu deslocamento diretamente ao aeroporto mais próximo do município em que foi alocado, frequentemente é o gestor municipal quem providencia sua recepção e deslocamento.

Caso você desenvolva as atividades de integração ensino-serviço em locais considerados de difícil acesso, o município deve disponibilizar adicionalmente transporte adequado e seguro para seu deslocamento rotineiro.

5.4. Descumprimento das Contrapartidas Municipais

Qualquer descumprimento das obrigações descritas acima por parte dos gestores municipais pode ser comunicado à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio do e-mail contrapartidas@saude.gov.br.

As denúncias serão analisadas e o município será notificado para se manifestar acerca dos fatos alegados, num prazo de 5 (cinco) dias. Transcorrido esse período, com ou sem resposta, a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil decidirá sobre a(s) penalidade(s) aplicável(eis), podendo recomendar ao ente a adoção de providências para a regularização de inadimplência e/ou, inclusive, aplicar as seguintes penalidades, isolada ou cumuladamente, em caráter provisório ou definitivo, conforme os incisos do artigo 19º, da Portaria nº 300, de 05 de outubro de 2017:

- “I - bloqueio de vagas para a alocação de novos médicos;
- II - remanejamento dos profissionais alocados;
- III - descredenciamento do ente federativo do Projeto.”

Caso seja recomendada a adoção de providências pelo município, estas deverão ser efetivadas no prazo de 15 (quinze) dias a contar da decisão, prorrogável uma única vez, por igual período. Se as providências determinadas não forem efetivadas pelo município, este poderá ser descredenciado do Projeto. Nas situações de reincidência no descumprimento das contrapartidas, a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderá aplicar, de imediato, no momento mesmo da notificação, a aplicação das penalidades previstas, citadas acima.

Na hipótese de descredenciamento do município em que foi alocado, você será remanejado para outro município participante do Projeto, preferencialmente na mesma região de saúde.

6) PERCURSO EDUCACIONAL

As ações educativas do Projeto serão desenvolvidas no âmbito da atenção básica, tendo o cotidiano das unidades de saúde e do território de atuação de sua equipe como ambiente essencial para a construção do saber da prática profissional.

Os dispositivos legais que regulamentam seu percurso educacional neste Projeto, além do Edital de Seleção em que você se inscreveu e o Termo de Adesão que assinou, são, entre outros:

- Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015, que dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências;
- Resolução nº 02, de 26 de outubro de 2015 (DOU de 27/10/2015, nº 205, Seção 1, página 42), de que dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências;
- Resolução nº 03, de 02 de outubro de 2015 (DOU de 09/11/2015, nº 213, Seção 1, página 46), retificada para “Resolução nº 03, de 06 de novembro de 2015” pelo DOU de 09/05/2016, Seção 01, página 106, que dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- Resolução nº 03, de 06 de maio de 2016 (DOU de 09/05/2016, Seção 01, página 106), que altera o parágrafo 2º, do artigo 5º, da Resolução Nº 02, de 26 de outubro de 2015;
- Resolução nº 04, de 06 de maio de 2016 (DOU de 09/05/2016, Seção 01, página 106), que altera o artigo 2º, da Resolução nº 03, de 06 de novembro de 2015;
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências.

A finalidade das ações educativas consiste em buscar fomentar o aperfeiçoamento de modo que o egresso médico desenvolva competências profissionais relacionadas aos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, previstos na Política Nacional de Atenção Básica.

A proposta pedagógica está estruturada em ciclos formativos, organizada por eixos e apoiada em ferramentas de aprendizagem, podendo desenvolver-se em ambiente presencial e/ou à distância, conforme detalhado abaixo.

6.1. Acolhimento Municipal e Primeiras Atividades

A maior parte dos gestores municipais organiza uma espécie de acolhimento, assim que recebe novos médicos participantes (bolsistas) do Projeto. Nesse momento, normalmente são apresentadas as equipes dos serviços de saúde locais e da gestão, os dados gerais e indicadores de saúde do município, da área de atuação de sua equipe e de outras, os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o cuidado integral dos usuários, os fluxos e as formas de referência e contrarreferência de usuários nos diversos serviços de saúde, etc. Essas informações são importantes para facilitar seu conhecimento sobre o

território no qual sua equipe irá atuar e para subsidiar o planejamento das atividades que irão desenvolver.

Conforme disposto na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o gestor municipal deve definir o território de responsabilidade de cada equipe e esta deve conhecer seu território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. É importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é dinâmico, vivo.

Por isso, sugerimos que a atividade de territorialização seja realizada logo no início de sua participação no Projeto, conjuntamente com todos os integrantes de sua equipe. Além de viabilizar o planejamento e a organização de seus processos de trabalho com foco nas necessidades dos usuários, possibilitará a utilização mais efetiva dos recursos disponíveis e uma melhor comunicação entre os profissionais e os serviços. Adicionalmente, facilitará a realização de tarefas específicas e a elaboração do Projeto de Intervenção, relacionados ao curso de especialização que será detalhado mais adiante.

Se esse tipo de acolhimento não for realizado logo que você ingresse o Projeto, solicite estas informações ao gestor municipal e aos demais integrantes de sua equipe e pactue com eles tempo na agenda da equipe para a realização desta atividade. Adicionalmente, procure programar com os gestores visitas às diversas localidades e serviços de saúde existentes no município (centros diagnósticos, centros de especialidades, NASF, CAPS, UPA, hospitais, setores da secretaria municipal de saúde e coordenações diversas) a fim de conhecer os equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponíveis e suas formas de organização, realizando, quando necessário, reuniões internas (entre os integrantes de sua equipe) e externas (com representantes de usuários, e com os gestores e demais profissionais da RAS). Caso tenha dúvidas ou dificuldade para realizar essas atividades e pactuações, solicite auxílio ao seu supervisor.

Oportunamente você deverá ser convidado(a) para participar de um acolhimento específico da UFC. Além de apresentar nossa equipe de tutores e supervisores e nos colocar à disposição para suas dúvidas, forneceremos orientações gerais sobre o Projeto, sobre o que é esperado de sua atuação na atenção básica, sobre as funções dos diversos atores e sobre como funcionará a sua supervisão acadêmica ao longo desse processo.

6.2. Médicos Intercambistas - Emissão do RMS, Exercício da Medicina e Restrições

Se você é um médico intercambista (formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior) vinculado ao Projeto, fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período. O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário aos seus dependentes legais, incluindo companheiro(a), pelo prazo de validade do seu próprio

visto. Neste caso, seus dependentes legais poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Você deve aguardar a emissão do número de seu Registro Único pelo Ministério da Saúde (RMS) para o exercício da medicina, antes de iniciar as atividades assistenciais do Projeto. Com o número do seu RMS publicado, enquanto não confeccionada a carteira de identificação, você poderá atuar no Projeto com fundamento em declaração expedida pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme o parágrafo 3º, do artigo 8º, da Portaria nº 2.477, de 22 de outubro de 2013.

O RMS autoriza que você exerça a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, ou seja, apenas nas atividades de integração ensino-serviço da atenção básica do município em foi alocado, como disposto no artigo 2º, do Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013. Assim como os demais médicos brasileiros, estará sujeito à fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona em sua área de atuação.

De acordo com a Resolução - RDC nº 52, de 14 de novembro de 2013, o RMS emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 16º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, é informação apta a substituir o número da inscrição no CRM em notificações de receitas, receitas de controle especial, prescrições de antimicrobianos ou em quaisquer outras situações onde tal número de inscrição seja exigido pelas normas sanitárias.

Sobre a emissão de atestados, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu em 2014 a Circular CFM nº 126/2014-SEJUR, de 28 de julho de 2014, informando que os médicos intercambistas não poderiam fazer atestados, seja de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas e/ou do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico. Sob alegação de que os médicos intercambistas não possuem registro nos Conselhos de Medicina, somente no Ministério da Saúde, e que são estudantes sob supervisão, ressaltou que os atestados apenas seriam válidos com a assinatura do supervisor.

O Ministério da Saúde, então, solicitou parecer jurídico acerca das referidas restrições quanto à atuação dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e, em resposta, foi publicado o Parecer nº 061/2014/DECOR/CGU/AGU, no DOU nº 240, do dia 11 de dezembro de 2014, no Seção 1, página 2, junto com os despachos de aprovação dos órgãos competentes e, por fim, aprovação da Presidência da República. O referido Parecer ressaltou que os médicos intercambistas detêm habilitação legal para, exclusivamente em atividades de integração ensino-serviço, no âmbito da atenção básica em saúde, realizar todos os atos privativos de médicos, desde que observada a área de abrangência do projeto, conforme artigos 4º e 5º, da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dessa forma, concluiu que são plenamente válidos, perante a lei, as requisições de exames de qualquer natureza, os atestados médicos de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas e também de óbitos, a prescrição de medicamentos, inclusive psicotrópicos, bem como a realização de laudos por parte dos intercambistas, sem a necessidade da assinatura do respectivo supervisor ou do tutor acadêmico. Destacou, em contrapartida, que não possuem permissão legal para atuar na condição de “Perito Médico Previdenciário” ou “Perito Médico Judicial”.

O Parecer em questão ressaltou o caráter infralegal dos atos normativos do CFM e inferiu que “a esfera de atuação dos supervisores e do tutores acadêmicos se restringe, em síntese às funções de coordenação, monitoramento, instrução e avaliação, não adentrando, portanto, ao exercício da Medicina por parte dos médicos intercambistas no âmbito do Projeto”. Citou o entendimento constante no Parecer nº 051/2013/DF-COR/CGU/AGU, de que os médicos supervisores e tutores acadêmicos não são corresponsáveis pelos atos praticados no exercício da Medicina pelos médicos participantes do Projeto e que estes respondem, pessoal e subjetivamente, por suas ações e omissões que caracterizem atos ilícitos.

Mesmo em face do referido Parecer, o CFM reafirmou as restrições assinaladas anteriormente no Despacho SEJUR nº 483/ 2014, de 19 de dezembro de 2014, alegando que “a emissão de atestados de saúde por profissionais intercambistas não vincula sua aceitação/homologação pelos médicos devidamente registrados nos Conselhos de Medicina”, pois isso extrapolaria o âmbito de atuação no Programa Mais Médicos, e conclui que o Ministério da Saúde não possui competência legal para determinar norma de conduta ética e técnica dos demais médicos brasileiros. Mais recentemente, no Despacho SEJUR nº 096/2017, de 07 de fevereiro de 2017, o CFM reafirma novamente não haver autorização legal para que o médico intercambista emita atestado médico.

Diante do exposto, aguardamos orientações mais claras por parte do Ministério da Saúde acerca das emissões de atestados e laudos pelos médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

6.3. Ciclos Formativos

Estão previstos dois ciclos formativos na proposta pedagógica do Projeto. O primeiro ciclo formativo é composto pelos eixos educacionais: especialização em saúde da família e Supervisão Acadêmica. Após a conclusão do curso de especialização, se você continuar no Projeto, deverá realizar o 2º ciclo formativo, como orientado no Informe nº 01, de 03 de janeiro de 2018, que é constituído pelos eixos: aperfeiçoamento e extensão e Supervisão Acadêmica.

Você só poderá acessar diretamente o 2º ciclo formativo, sem necessariamente cursar o 1º ciclo, se for egresso dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e/ou tenha perfil de formação mais adequado a esse ciclo formativo, por decisão da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Perceba que a Supervisão Acadêmica se constitui como eixo transversal aos dois ciclos formativos e tem a função de fornecer acompanhamento e apoio às suas condutas clínicas, bem como ao processo de desenvolvimento de suas atividades de integração ensino-serviço junto à equipe de saúde da família.

Tanto o gestor municipal, como o supervisor deverão acompanhar e avaliar a execução de suas atividades de integração ensino-serviço na atenção básica, além de fiscalizar o cumprimento da carga horária obrigatória de 40 horas semanais previstas no Projeto,

ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, conforme a definição de competências estabelecidas no artigo 10º, inciso VI, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.

De acordo com o Informe nº 02, de 15 de janeiro de 2017, suas atividades de integração ensino-serviço devem seguir obrigatoriamente a seguinte distribuição:

- 32 (trinta e duas) horas semanais de atividades práticas de atenção à saúde da população nas Unidades Básicas de Saúde com a Supervisão Acadêmica;
- 8 (oito) horas semanais de atividades voltadas aos estudos acadêmicos, no primeiro ciclo, destinadas ao Curso de Especialização em Saúde da Família e, no segundo ciclo, destinadas às atividades de aperfeiçoamento e extensão.

ATENÇÃO: você deve utilizar as 8 horas semanais exclusivamente para as atividades do curso de especialização ou atividades de aperfeiçoamento e extensão. É um período reservado para que você se aprimore e ofereça mais qualidade ao serviço de Atenção Básica. Não é permitido outras atividades durante as 40 horas semanais destinadas ao Projeto e pactuadas com o gestor municipal.

Para comprovar sua participação nas atividades práticas da atenção básica, aconselhamos que procure seu gestor municipal a fim de conhecer os instrumentos de controle da carga horária dos profissionais de saúde da atenção básica, como o sistema de ponto eletrônico com leitura digital, disponível em alguns municípios, e a folha de ponto manual. Qualquer que for o sistema utilizado, você deverá ser cadastrado, da mesma forma que os demais profissionais, e observar as orientações para o registro diário de suas atividades. Esse registro constitui a forma de comprovação perante os órgãos de controle de que você realiza suas atividades no Projeto, conforme previsto nas normas vigentes. Caso o município não disponha de controle de ponto de seus profissionais contratados, solicite o auxílio de seu supervisor para que pactuem com o gestor municipal uma forma específica de controle de sua carga horária no projeto, de modo que sua participação fique adequadamente registrada e que problemas futuros possam ser evitados.

Sua frequência no curso de especialização ficará registrada na plataforma do curso, por meio da qual será também avaliado seu desempenho neste eixo. Nas atividades de aperfeiçoamento e extensão, as plataformas dos cursos autoinstrucionais ofertados fornecem certificado de participação quando de sua conclusão e esses poderão ser utilizados para comprovar sua frequência neste eixo. Outras informações podem ser consultadas abaixo, nos tópicos correspondentes.

Você deve sempre informar ao seu supervisor, gestor municipal, Instituições de Ensino Superior e Ministério da Saúde em caso de atestado de saúde, licença maternidade ou qualquer outra necessidade de afastamento das atividades. Se você é intercambista, deve informar também ao assessor da OPAS/OMS no Ceará. O período de recesso deve ser pactuado com o gestor municipal e supervisor e comunicado, da mesma forma, às demais instituições listadas acima.

Todas as ações educacionais são submetidas à Coordenação-Geral de Execução de Ações Pedagógicas (CGEAP), do Ministério da Saúde. Diante de qualquer intercorrência, a área poderá ser acionada por meio do endereço eletrônico: coped.depreps@saude.gov.br.

6.3.1. Primeiro Ciclo Formativo

Quando o profissional entra no Projeto, tendo sido cadastrado e homologado pelo gestor no sistema, ocorre a interoperabilidade entre o SGP e o WEBPORTFÓLIO da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que é o sistema por meio do qual a UFC obtém informações para disponibilizar a você o curso de especialização e a Supervisão Acadêmica. As informações sobre os procedimentos necessários para que você se matricule no curso e as instruções para que acesse ao webportfólio serão encaminhadas para o seu e-mail (o mesmo que você cadastrou no SGP).

Você deve preencher e postar o Relatório de Primeiras Impressões (RPI), no webportfólio, logo no primeiro mês de atividade no território.

- **Curso de Especialização**

O Curso de Especialização em Saúde da Família é desenvolvido na modalidade semi-presencial pelo Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde (NUTEDS/UFC), vinculado à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Tem o objetivo de fazer com que você desenvolva conhecimentos, habilidades e competências necessárias ao melhor desempenho de suas funções, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde prestada à população.

Os períodos de matrícula ocorrem, geralmente, nos meses de fevereiro a abril e nos meses de agosto a outubro, seguindo calendário específico que será enviado a você por e-mail, juntamente com todas as informações para a confirmação da matrícula. É importante que você confirme sua matrícula, observando as instruções encaminhadas. Após a realização da matrícula, você receberá um e-mail de confirmação contendo o calendário de encontros presenciais, o convite para a aula inaugural (especificando data, horário e local), oportunidade em que serão apresentadas as orientações detalhadas sobre o curso, e o link de acesso à plataforma de educação à distância (Moodle EAD) para acessar o curso.

Verifique com regularidade sua caixa de mensagens e mantenha todos os seus dados cadastrais atualizados no SGP, em especial o endereço residencial e de e-mail, pois consiste no principal meio de comunicação com a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil e com as Instituições Educacionais. Qualquer dúvida ou problema, entre em contato com o NUTEDS/UFC pelo telefone (85) 3366-8055.

Os cursos na modalidade lato senso de pós-graduação têm carga horária mínima de 360 horas, prevendo momentos presenciais, elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). Seu desempenho será avaliado pela frequência, realização das atividades propostas e apresentação do TCC.

Não se esqueça de que uma eventual reprovação/ abandono no curso de especialização pode acarretar seu desligamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

- **Supervisão Acadêmica**

Eixo educacional transversal a todo o período de sua participação no Projeto, a Supervisão Acadêmica é responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da sua formação. Tem a função de singularizar sua vivência, ofertando suporte para o fortalecimento das competências necessárias ao desenvolvimento das ações da Atenção Básica.

A Política Nacional de Educação Permanente, cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, define a educação permanente como aprendizagem no trabalho, ou seja, o aprender e o ensinar acontecem no cotidiano das pessoas e organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade do trabalho em saúde, levando em consideração necessariamente os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm. Propõe que as atividades de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas nas necessidades de saúde das pessoas e populações. Para isso, é fundamental que a equipe de saúde realize a atividade de territorialização, conforme ressaltado anteriormente no item 6.1.

Suas atribuições como médico participante do Projeto, inserido numa equipe de atenção básica, e as diretrizes para a organização da atenção básica se encontram definidas na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Envolve a realização de ações de saúde individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais se assume a responsabilidade sanitária.

Importante ressaltar que em suas atividades de integração ensino-serviço é proibida qualquer exclusão de assistência à saúde de pessoas baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. A atenção básica deve funcionar como porta de entrada preferencial do usuário no SUS, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e resolvendo a maior parte delas (com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve-duras e duras, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde na RAS, a fim de garantir a integralidade da atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso, fortalecendo o planejamento ascendente.

Dessa forma, a Supervisão Acadêmica estrutura suas ofertas educacionais na perspectiva de auxiliar que você desempenhe suas atribuições no âmbito da atenção básica e consiga organizar, juntamente com os demais integrantes de sua equipe, outros profissionais de saúde da RAS e gestores, as ações e serviços da atenção básica no município onde atua, na

lógica da educação permanente em saúde. Como disposto nos incisos V e VIII, do artigo nº 24, da Portaria Interministerial 1.369, de 8 de outubro de 2013, você deve atender com presteza e urbanidade o usuário do SUS e tratar com urbanidade os demais profissionais da área da saúde e administrativos, supervisores, tutores e colaboradores do Projeto.

A gestão municipal deve fornecer condições adequadas para o exercício de suas atividades, conforme exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades, observando a competência definida no inciso IV, do artigo 10º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de outubro de 2013. Em caso de infra-estrutura inadequada para a execução das ações do Projeto, o gestor deve aderir ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde (como disposto no inciso V, do artigo 11º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de outubro de 2013), a fim de adquirir financiamento para realizar as adequações necessárias.

São integrantes da Supervisão Acadêmica: você, médico participante (bolsista); o supervisor acadêmico (profissional médico responsável pelo acompanhamento contínuo e longitudinal de suas atividades de integração ensino-serviço, juntamente com o gestor do município onde atua); o tutor acadêmico (profissional médico responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor); o gestor municipal que firmou o Termo de Adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil; e o representante do Ministério da Educação no Ceará.

Estão previstos alguns momentos de supervisão que devem ser pactuados entre você, seu supervisor e o gestor de seu município, sendo sua presença obrigatória: a supervisão periódica, caracterizada por uma visita mensal in loco do supervisor e acompanhamento longitudinal; e o Encontro de Supervisão Locorregional, a cada três meses, com presença dos participantes do Projeto de uma determinada região de saúde. De modo a atestar sua participação nesses momentos de supervisão, assine a lista de frequência que estará disponível com seu supervisor.

Além disso, ocorre mensalmente um Encontro de Educação Permanente entre supervisores e tutores da UFC para a qualificação das ações e gestão acadêmica, a fim de tratar do acompanhamento do conjunto de médicos participantes sob suas responsabilidades e das necessidades de educação permanente.

Seu supervisor fornecerá apoio às suas condutas clínicas e às demais atividades junto à sua equipe de saúde da família, problematizando sua realidade e compartilhando conhecimentos a partir da vivência que possui. Para isso, além das visitas periódicas in loco e dos Encontros de Supervisão Locorregional, ele estará disponível para você por meio de telefone e “internet”. Também deverá aplicar instrumentos para avaliação de seu desempenho a fim de identificar necessidades de aprendizagem.

O tutor irá coordenar as atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e gestores do SUS. Indicará, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia para acompanhamento e avaliação, monitorando todo esse processo de modo a garantir sua

continuidade e a integrar as atividades do curso de especialização com as atividades de integração ensino-serviço.

Você deve cumprir as instruções dos supervisores, respeitando as regras definidas pela Coordenação do Projeto, assim como observar as orientações dos tutores acadêmicos, de acordo com o disposto nos incisos III e IV, do artigo 24º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.

Em caso de descumprimento das obrigações do Projeto por parte de qualquer integrante, são previstas as penalidades cabíveis, conforme detalhado nos itens 5.4 (pág. 07) e 6.7 (pág. 20).

6.3.2. Segundo Ciclo Formativo

- **Aperfeiçoamento e Extensão**

Esse eixo é composto por módulos educacionais que foram elaborados e certificados por instituições de ensino que compõem a UNA-SUS: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São ofertados em modalidade de Educação à Distância (EAD), têm caráter autoinstrucional e estão disponíveis em Ambiente Virtual de Aprendizagem, ofertados na Plataforma AVASUS (UFRN), podendo ser acessados pelo link <https://avasus.ufrn.br> e pelo Saite Store (UFMA) por meio do link <https://www.saitestore.unasus.ufma.br/#/index>.

Ao ingressar o eixo Aperfeiçoamento e Extensão, você receberá um e-mail da instituição de ensino informando sua matrícula, demais orientações quanto à disponibilidade de módulos educacionais e ao acesso do AVASUS ou SAITE STORE. Cada profissional é matriculado em apenas uma instituição (UFMA ou UFRN). Porém, qualquer cidadão, mesmo que não seja participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, pode ter acesso e realizar os cursos disponíveis na plataforma. Uma vez realizado o cadastro no AVASUS, em algum momento a Universidade provavelmente entrará em contato para notificá-lo de algum curso pendente. Os cursos ofertados não acarretam nenhum custo para os participantes.

Os módulos educacionais são apresentados com temáticas variadas, relacionadas às questões clínicas e de organização do processo de trabalho, a fim de apoiar o desenvolvimento de competências profissionais de forma a complementar os conhecimentos desenvolvidos durante o curso de especialização. São compostos por conteúdos multimídia (textos, áudios, vídeos, etc) e com carga horária reduzida e variável, de duração até 60 horas.

Para a regularidade no eixo Aperfeiçoamento e Extensão será exigido, em caráter obrigatório, o cumprimento mínimo de 30 (trinta) horas em módulos educacionais em cada mês, sendo que a realização de carga horária maior em um mês não desobriga que o médico realize novas 30 (trinta) horas no mês subsequente, conforme previsto na Resolução nº 03, de 06 de novembro de 2015.

A fim de comprovar suas atividades educacionais neste eixo, ao finalizar cada curso na plataforma em que foi inscrito, a Universidade correspondente disponibiliza um certificado de

conclusão do curso que pode ser impresso e entregue ao supervisor e ao gestor municipal. Aconselhamos que mantenha um arquivo pessoal com as cópias dos certificados para a devida apresentação, se solicitado pelo Projeto ou por órgãos de controle.

- **Supervisão Acadêmica**

Durante a oferta dos módulos educacionais, as ações de Supervisão Acadêmica permanecerão ocorrendo da mesma forma como desenvolvidas durante a oferta do curso de especialização.

Para que o objetivo de aprofundar os seus conhecimentos em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica do 2º Ciclo Formativo seja alcançado, é necessário que ocorra a articulação permanente das ações desenvolvidas no eixo Aperfeiçoamento e Extensão com o eixo Supervisão Acadêmica. Sendo assim, seu supervisor acadêmico deverá apoiá-lo na elaboração do plano pedagógico que orientará a escolha dos módulos e itinerários formativos a serem cursados, com base nas necessidades identificadas no processo de supervisão, de acordo com as orientações do Informe nº 02, de 15 de janeiro de 2017.

Para a elaboração do plano pedagógico, poderão ser utilizados os espaços destinados aos Encontros de Supervisão Locorregionais. Todos os tutores e supervisores terão acesso aos módulos educacionais e, portanto, aos cursos ofertados, seus temas e respectivos conteúdos abordados. Ademais, o AVASUS (UFRN) e o SAITE STORE (UFMA) disponibilizarão fóruns de discussão no ambiente virtual que possibilitam a interação entre os tutores e supervisores e também entre os participantes de cada módulo educacional. Essas ferramentas, além de possibilitar a troca de saberes e experiências, contribuem para a potencialização da supervisão enquanto estratégia pedagógica para a integração ensino-serviço.

Lembre-se de que sua participação é obrigatória nos momentos de supervisão e que você deve atestar sua participação nesses momentos assinando a lista de frequência que estará disponível com seu supervisor. Além disso, deve cumprir as instruções dos supervisores, respeitando as regras definidas pela Coordenação do Projeto, assim como observar as orientações dos tutores acadêmicos, de acordo com o disposto nos incisos III e IV, do artigo 24º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.

6.3.3. Programa Telessaúde Brasil Redes e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)

O Programa Telessaúde Brasil Redes foi instituído pela Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007 e redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Especificamente na atenção básica, tem o objetivo de integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do País com centros universitários de referência para melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, diminuindo o custo de saúde por meio da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e pelo aumento de atividades de prevenção de doenças. Para isso, procura integrar ensino e serviço utilizando as ferramentas das Tecnologias Digitais da Informação e das

Comunicações (TDIC). É constituído por Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regional, que ofertam serviços específicos para profissionais e trabalhadores do SUS.

A Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) visa apoiar projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos interinstitucionais. Dispõe de infraestrutura de alta capacidade do backbone nacional da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), a rede IPÊ, e das Redes Comunitárias Metropolitanas de Educação e Pesquisa (Redecomep). Por meio do link da RPN com a Rede Clara (Cooperação Latino-Americana de Redes Avançadas) as instituições participantes contam com a colaboração de redes parceiras na América Latina, Europa, Japão, Austrália e nos Estados Unidos. A iniciativa provê a infraestrutura de serviços de comunicação, assim como equipamentos de informática e comunicação para grupos de pesquisa, promovendo integração e conectividade, viabilizando a implantação de sistemas de análise de imagens médicas com diagnósticos remotos, que pode contribuir muito para a carência de especialistas, além de proporcionar treinamento e capacitação de profissionais da área médica sem deslocamento para os centros de referência.

Conforme o parágrafo único, do artigo 21 da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, deverá ser assegurado aos médicos participantes acesso à inscrição em serviços de Telessaúde para a execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto. Contribui para isso o “Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica”, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, instituído pela Portaria nº 2.554 de 28 outubro de 2011, com a finalidade de informatizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), fornecendo equipamentos de informática e garantia de conectividade e uso de tecnologias de informação.

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica objetiva ampliar a resolutividade desses serviços e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde, de forma a melhorar a qualidade do atendimento, aumentar o escopo de ações ofertadas pelas equipes, promover mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho. Nesse sentido, busca desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica na perspectiva da educação para o trabalho, por meio da oferta de Teleducação, Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa, Telediagnóstico.

No Ceará, o Núcleo de Telessaúde funciona nas dependências do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância em Saúde (NUTEDS/UFC) e pode ser acessado por meio do endereço eletrônico <http://telessaude.nuteds.ufc.br>. Atua em três frentes (informações disponíveis no endereço eletrônico <http://www.nuteds.ufc.br/o-nucleo/>, acesso no dia 06/07/2018, às 10:40h):

- 1) Teleducação: atividades educacionais à distância (conferências, aulas, cursos) ministrados por meio de tecnologias de informação e comunicação para apoiar a qualificação de estudantes, profissionais e trabalhadores da área da saúde. Ao todo 18 cursos de capacitação já foram abertos e podem ser consultados por meio do endereço eletrônico acima. O canal do NUTEDS/UFC no youtube disponibiliza também gratuitamente um repositório multimídia com cerca de 150 aulas para apoiar ações de educação continuada e permanente na

área de saúde, podendo ser acessado pelo endereço eletrônico <https://www.youtube.com/user/unasusufc/playlists>.

2) Teleconsultoria: esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas a processos de trabalho no formato de pergunta e resposta entre os profissionais de saúde. A teleconsultoria pode ocorrer de forma síncrona (realizada em tempo real, geralmente por chat, webconferência, videoconferência ou serviço telefônico), atualmente disponibilizada apenas pelo Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul para todo o Brasil (informações no quadro X, abaixo) ou de forma assíncrona (realizada por meio de mensagens offline que devem ser respondidas em até 72 horas), disponível no Ceará nas especialidades de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, cirurgia de cabeça e pescoço, ginecologia, enfermagem, infectologia, odontologia, pediatria. Atende mais de 150 municípios cearenses (inserir quadro com os municípios atendidos);

Teleconsultoria síncrona - Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul

Canal: 0800 644 6543

Atendimento: de segunda-feira a sexta-feira, das 8 horas às 17:30 horas (horário de Brasília).

Funcionamento: as dúvidas sobre diagnóstico e tratamento são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, baseadas nas melhores evidências científicas. Podem acessar esse serviço médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos das diversas modalidades das equipes de saúde da família. Todas as teleconsultorias por telefone são gravadas a fim de possibilitar a qualificação das ações, embora seja ressaltado a garantia de confidencialidade e segurança dos dados apresentados.

Mais informações podem ser acessadas por meio do endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/0800-644-6543/>.

Teleconsultoria assíncrona - Núcleo de Telessaúde do Ceará

Funcionamento: é preciso realizar um cadastro no sistema pelo endereço eletrônico <https://ufc.unasus.gov.br/telessaude/>.

Telefones de contato: (85) 3366-8055, 3366-8654.

3) Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal. Possibilita a realização de exames com emissão de laudo à distância. Atualmente o Ceará disponibiliza a “Telecardiologia” para 30 municípios em diversas regiões do Ceará (inserir quadro com os municípios atendidos), contando com 4 (quatro) cardiologistas que realizam eletrocardiogramas.

A segunda opinião formativa é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da

atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias. As melhores teleconsultorias são selecionadas por critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS e publicadas no Portal BVS APS, por meio do endereço eletrônico <http://aps.bvs.br>. Os produtos da elaboração de segunda opinião formativa são disponibilizados por temas das áreas temáticas de interesse, por categoria profissionais e pelos Núcleos de Telessaúde disponíveis no País.

6.4. Recesso

É assegurado a você, sem prejuízo da percepção da bolsa-formação, 30 (trinta dias) de recesso por ano de participação no Projeto, como estabelecido na Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.

6.5. Descumprimento da Carga Horária Mínima Mensal

Sua ausência nas atividades de integração ensino-serviço do Projeto, sem prévia autorização do gestor municipal ou do supervisor, constitui “ausência injustificada” e poderá ensejar a aplicação das seguintes penalidades, isolada ou cumulativamente, nos termos da Resolução nº 01, de 12 de fevereiro de 2014: advertência; e desligamento do Projeto.

A ausência injustificada será atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo tutor acadêmico ou pelo supervisor acadêmico do médico participante, com a descrição dos fatos, para fins de envio à Comissão Estadual e à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Em caso de ausência injustificada de suas atividades a partir de 4 (quatro) horas até 2 (dois) dias úteis, será aplicada a penalidade de advertência, comunicação formal quanto ao descumprimento de qualquer obrigação ou, ainda, realização de qualquer ação vedada pelas normas do Projeto, por ofício ou mediante provocação pela Comissão Estadual do Projeto, conforme disposto no artigo nº 27, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, e artigo 4º, incisos III e IV, da Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013. A Comissão Estadual instaurará procedimento administrativo, notificando-o(a) por e-mail (cadastrado no Projeto), a fim de assegurar o seu direito ao contraditório e à ampla defesa, a ser exercido no prazo de 5 (cinco) dias. Se frustrada a notificação por e-mail, será realizada por edital publicado na imprensa oficial. A Comissão Estadual do Projeto, então, apresentará manifestação a respeito da conduta a ser imputada a você, de forma motivada, decidindo acerca de eventual aplicação de penalidade. A instauração de procedimentos de apuração de irregularidades deverá ser comunicada à Coordenação do Projeto no prazo de 30 (trinta) dias contando da data de sua conclusão para fins de registro no “histórico do médico”.

Poderá ser realizado o desconto do valor recebido a título de bolsa-formação, acrescido de atualização monetária, correspondente ao período de ausência injustificada, nas seguintes hipóteses: cumulativamente com a aplicação da penalidade de advertência; e caso

haja indícios de que você deu causa ou concorreu para o fato impeditivo à sua participação no Projeto, a depender da gravidade do caso.

Nos casos de ausência injustificada de suas atividades por período superior a 2 (dois) dias, bem como em virtude do recebimento de 3 (três) penalidades de advertência, será aplicada a penalidade de desligamento do Projeto, que extingue seu vínculo com o Projeto, de ofício ou mediante provocação, pela Coordenação do Projeto. A Coordenação do Projeto instaurará procedimento administrativo, notificando-o(a) por e-mail (cadastrado no Projeto), a fim de assegurar o seu direito ao contraditório e à ampla defesa, a ser exercido no prazo de 48 (quarenta e oito) horas (conforme Retificação, publicada no DOU nº32, do dia 14/02/2014, Seção 1, página 37). Se frustrada a notificação por e-mail, será realizada por edital publicado na imprensa oficial.

Cabe ao gestor municipal, ou ao tutor acadêmico ou ao supervisor acadêmico informar à Comissão Estadual do Projeto e à Coordenação do Projeto a ocorrência de ausência injustificada de suas atividades por período superior a 48 (quarenta e oito) horas. Informada, a Coordenação do Projeto irá diligenciar para preservar as atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto na localidade em que esteja alocado e comunicará o fato: aos órgãos de segurança para a averiguação necessária à garantia de sua integridade física; e à OPAS/OMS, se você é intercambista selecionado por meio de instrumento de cooperação.

Na hipótese de desligamento do Projeto, além do desconto do valor recebido a título de bolsa-formação, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária. Após o desligamento do projeto, procede-se conforme especificado no item 7 (pág. 21).

6.6. Afastamentos dos Médicos Participantes

Nos casos em que você, por motivo alheio à sua vontade, não puder cumprir com todas as obrigações decorrentes de sua participação no Projeto, a Coordenação do Projeto poderá o(a) afastar, enquanto perdurar o fato impeditivo, como disposto no parágrafo 1º, do artigo 23º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Nestas situações, o afastamento implicará o não pagamento da bolsa-formação, salvo nas hipóteses estabelecidas pelo artigo 3º, Portaria Interministerial nº 499, de 30 de abril de 2015:

- “I - condições de saúde pessoal que gerem incapacidade física ou mental temporária;
- II - condições de saúde de dependente legal do médico participante que necessite de amparo deste, em razão de incapacidade física ou mental temporária; e
- III - óbito de dependente legal do médico participante.”

Diante disso, você deverá apresentar o pedido de afastamento por escrito, por ato próprio ou de terceiro por você autorizado, quando impedido de fazê-lo pessoalmente, perante o gestor municipal de saúde ou, sendo intercambista selecionado por instrumento de cooperação firmado com a OPAS/OMS, perante o gestor municipal de saúde e o assessor da OPAS/OMS em atuação no estado. O pedido de afastamento deve ser acompanhado de relatório médico, com especificação dos dias de afastamento da atividade e indicação do

código de doença, conforme tabela de classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde - CID10. São considerados seus dependentes legais: cônjuge ou companheiro(a), mediante comprovação nos termos da legislação de origem ou do Brasil; filho(a) ou enteado(a), assim como menor que, mediante autorização judicial, viva sob sua guarda e sustento, mediante apresentação de documento comprobatório dessa condição nos termos da legislação do país de origem ou do Brasil; e os pais (Portaria Interministerial nº 499, de 30 de abril de 2015).

Cabe ao gestor municipal o encaminhamento imediato, por escrito, do requerimento do médico, acompanhado do relatório médico (cópia autenticada), à Coordenação do Projeto, via Correios (com Aviso de Recebimento) e também digitalizados para o endereço eletrônico licencas.provimento@saude.gov.br (anexando ao e-mail o comprovante de postagem da cópia autenticada nos Correios, com a seguinte informação no campo “Assunto”: “ATESTADO MÉDICO/LICENÇA”). Quando se tratar de médicos selecionados pelo Termo de Cooperação o encaminhamento deverá ser feito ao assessor da OPAS/OMS que tem a responsabilidade de tomar as providências necessárias junto ao Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS, conforme o artigo 6º, da Portaria Interministerial nº 499, de 30 de abril de 2015.

Os pedidos de afastamento serão deliberados, motivadamente: pela Coordenação Nacional do Projeto, se você não foi selecionado por meio de instrumento de cooperação com organismos internacionais; ou pelo Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS, se você é médico intercambista selecionado por meio de instrumento de cooperação firmado com a OPAS/OMS.

No caso de óbito de seu dependente legal, o afastamento poderá ser concedido por um período máximo de 10 (dez) dias, incluindo o tempo de deslocamento para a cidade ou país em que se encontre o dependente falecido e o retorno ao município de formação no Projeto, sem prejuízo da bolsa-formação. Nestes casos, você deverá comprovar a dependência legal, bem como o fato motivador do afastamento.

O afastamento, nas condições de saúde pessoal (próprias) ou de seu dependente legal, especificadas acima, poderá ser concedido por até 15 (quinze) dias, sem prejuízo da bolsa-formação, inclusive com autorização de saída e retorno do Brasil, de acordo com o relatório médico, com indicação de diagnóstico da condição de sua saúde ou de seu dependente e respectivo código de doença, CID10. Esse prazo pode ser prorrogado por mais quinze dias se você é médico intercambista selecionado por meio de instrumento de cooperação firmado com a OPAS/OMS, desde que devidamente comprovada a necessidade de prorrogação por meio de relatório médico que deverá ser encaminhado por esta Organização ao Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS, ficando, no entanto, suspenso o pagamento da bolsa-formação.

Nas situações em que o afastamento deva ser superior a 15 (quinze) dias, se você possui habilitação para o exercício da Medicina no Brasil ou tem habilitação para o exercício da Medicina no exterior, mas não foi selecionado por meio de instrumento de cooperação internacional, deverá tomar as providências necessárias para requerimento e concessão de benefício previdenciário junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Conforme o artigo nº 20, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, todos os médicos participantes do Projeto enquadram-se como segurado obrigatório do Regime Geral

de Previdência Social (RGPS), na qualidade de contribuinte individual, exceto os médicos intercambistas selecionados por meio de instrumento de cooperação com a OPAS/OMS, que possuem cobertura secretária específica, e os que são filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil. Neste último caso, destacamos que o requerimento para a concessão de benefício previdenciário também deverá ser providenciado junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme orientado acima.

Em qualquer das hipóteses de afastamento por tempo superior a 30 (trinta) dias, poderá ocorrer sua substituição por outro profissional do Projeto e se promoverá o trancamento de sua matrícula no curso de especialização, assegurada a reposição das atividades acadêmicas, quando cessado o afastamento. Se você é médico intercambista selecionado por meio de instrumento de cooperação com a OPAS/OMS e o seu afastamento está previsto por um período de 15 (quinze) a 30 (trinta) dias, o Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS analisará a necessidade de seu repatriamento. Se o período for superior a 30 (trinta) dias, será efetivado seu repatriamento pela Coordenação Nacional do Projeto, procedendo-se, de imediato, a comunicação da OPAS/OMS, da Comissão Estadual do Projeto e da gestão municipal de saúde, sem necessidade de deliberação do Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS.

Se o seu afastamento for classificado como “com retorno definido”, quando for possível a previsão da data do seu retorno às ações de aperfeiçoamento, você deverá retomar nesta data as atividades no município em que foi alocado. Caso contrário, se seu afastamento for “sem retorno definido”, quando não for possível precisar a data de seu retorno às ações de aperfeiçoamento, você será substituído por outro profissional do Projeto, durante o período de afastamento, passando a integrar um cadastro de reserva e terá seu RMS suspenso até que cesse o motivo do afastamento, quando retornará ao Projeto com alocação em município com vaga disponível.

A Coordenação Nacional do Projeto ou o Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS, conforme respectivas competências, poderá deliberar pelo seu desligamento do Projeto quando identificar que sua condição de saúde demanda tratamento excessivamente prolongado e prejudica de forma substancial as ações de aperfeiçoamento.

Caso haja indícios de que você deu causa ou concorreu para o fato impeditivo que deu origem à solicitação de afastamento, a Coordenação do Projeto instaurará procedimento de apuração, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa, e decidirá sobre a eventual aplicação das medidas administrativas correspondentes.

Outras informações podem ser consultadas no “Manual da Previdência Social para os Participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil”, com acesso pelo endereço eletrônico: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Manual-da-Previdencia-Mais-Medicos-02.pdf>.

6.7. Penalidades previstas ao médico participante em caso de descumprimento de suas obrigações

Conforme disposto no artigo 26º, da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, se você descumprir as condições, atribuições, deveres ou incorrer nas vedações previstas no Projeto poderá ensejar as seguintes penalidades, aplicáveis isolada ou cumulativamente, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida: advertência; suspensão; e desligamento do Projeto, com cancelamento do registro provisório expedido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e do registro de estrangeiro, se for o caso.

A penalidade de advertência será aplicada diretamente pela Comissão Estadual do Projeto, de ofício ou mediante provocação, assegurado seu direito ao contraditório e à ampla defesa, nos casos de inobservância a qualquer dos deveres previstos no artigo 24º, da Portaria supracitada e nos casos das ações dispostas nos incisos I, II, III e VI, do artigo 25º, desta mesma Portaria, podendo ser cumulada com outras penalidades mais gravosas. A repetição de qualquer das práticas sujeitas à penalidade de advertência poderá ensejar a aplicação de penalidade mais gravosa. A instauração de procedimentos de apuração de irregularidades deverá ser comunicada à Coordenação do Projeto no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data de sua conclusão para fins de registro no “histórico do médico”.

As penalidades de suspensão e desligamento do Projeto serão aplicadas pela Coordenação do Projeto, de ofício ou mediante provocação, assegurado seu direito ao contraditório e à ampla defesa, sendo obrigatória a apresentação pelo supervisor de relatório, documentos e manifestação quanto à conduta imputada a você, para fins de decisão acerca de eventual aplicação de penalidade. Caso você não observe o disposto nos incisos IV e V, do artigo 25º, ficará sujeito à penalidade de suspensão e, dependendo da gravidade da infração, poderá acarretar a aplicação direta da penalidade de desligamento. A repetição de qualquer das práticas sujeitas à penalidade de suspensão poderá ensejar a aplicação de penalidade de desligamento.

Na hipótese da aplicação das penalidades de advertência e suspensão, poderá ser realizado desconto do valor recebido a título de bolsa-formação, acrescido de atualização monetária. Esse desconto será realizado cumulativamente com a aplicação de penalidade de advertência, caso você se ausente das atividades a serem realizadas durante as ações de aperfeiçoamento sem prévia autorização do gestor municipal ou do supervisor. A depender da gravidade do caso, também poderá ser realizado esse desconto e solicitado a restituição dos valores recebidos a título de bolsa-formação, se houver indícios de que você deu causa ou concorreu para fato impeditivo que motivar seu afastamento das atividades do Projeto.

Na hipótese de suspensão, o pagamento da bolsa-formação deverá ser suspenso pelo período de duração da penalidade aplicada.

Se você é médico intercambista, não deve exercer a Medicina fora das ações de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto. Caso desrespeite essa vedação, poderá ser solicitado a restituição dos valores recebidos a título de bolsa-formação, sem prejuízo da aplicação da penalidade de desligamento do Projeto.

Na hipótese de aplicação da penalidade de desligamento, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa-formação, ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária. A Coordenação do Projeto comunicará seu desligamento ao Conselho Regional do Medicina do Ceará e ao Ministério da Justiça.

Além dos casos previstos na Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, outras infrações dispostas em outros regulamentos e normas, assim como no termo de adesão e compromisso, também estarão sujeitas à aplicação das penalidades descritas acima. O supervisor deverá comunicar imediatamente à Coordenação do Projeto a prática de qualquer infração.

7. Desligamento do Médico Participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Na hipótese de seu desligamento voluntário do Projeto em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária, além de outras medidas previstas em lei, como disposto na Portaria Interministerial nº 1.493, de 18 de julho de 2013.

Se você é um médico intercambista, seu desligamento implicará o cancelamento do seu registro único (RMS) e da respectiva carteira de identificação. Após publicado o respectivo ato normativo, você receberá uma notificação solicitando a restituição à Coordenação do Projeto da carteira de identificação. O Ministério da Saúde comunicará seu desligamento ao CRM e ao Ministério da justiça.