



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica

ROBERTA FERRACUTI

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE
EXPERIÊNCIAS DE SUPERVISÃO ACADÊMICA**

São Carlos, SP
2019

ROBERTA FERRACUTI

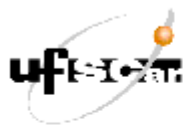
**PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE
EXPERIÊNCIAS DE SUPERVISÃO ACADÊMICA**

Dissertação do MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO
DA CLÍNICA da Universidade
Federal de São Carlos.
Linha de Pesquisa: Gestão do
Trabalho em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole da Silva

SÃO CARLOS, SP

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

Roberta Ferracuti

“PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE EXPERIÊNCIAS DE
SUPERVISÃO ACADÊMICA”

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 31/05/2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de Mattos – FM/ USP - RP

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva – UFSCar

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia de Carvalho – Escola Bahiana de Medicina

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, que através do seu exemplo de dedicação e amor aos estudos e ao ensino, me inspirou e me ajudou a superar barreiras.

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas filhas, que muitas vezes abriram mão da minha presença e mesmo assim não me deixaram desistir.

À minha amiga e ajudante de todas as horas que me deu todo o apoio e possibilidade de concluir minha dissertação, cuidando exemplarmente das minhas filhas e do meu lar.

Aos participantes da pesquisa que compartilharam comigo suas experiências e me proporcionaram os frutos desse trabalho.

Ao meu orientador pela oportunidade de participar desse mestrado, gratidão e reconhecimento.

A toda minha família, irmãs queridas, meus sogros, tias pela força para seguir em frente....

Trajetória pessoal e contextualização com o tema escolhido para a pesquisa

Apesar da minha formação como médica pediatra, sempre tive dificuldade em escolher uma subespecialização e me capacitar somente em um sistema do corpo humano. Após terminar a Residência de Pediatria, fiz especialização multidisciplinar em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família. Foi uma oportunidade de ampliar meus horizontes, tendo contato direto com outros profissionais de saúde e entendo a saúde em outros níveis de atenção.

Apesar de ter me mantido na pediatria, minha grande paixão, percebi as repercussões das minhas condutas em um atendimento individualizado repercutindo em todo um sistema de saúde. Refleti sobre a responsabilidade que um profissional deve ter com seu paciente em sua trajetória na rede de atenção à saúde.

Durante minha prática como pediatra, tive a oportunidade de trabalhar com ensino. No ano de 2014 ingressei no Programa Mais Médicos para o Brasil, com a oportunidade de exercer um trabalho de supervisão, retomando minhas práticas apreendidas durante a especialização em Medicina Social, já que os médicos vinculados ao Projeto estão diretamente vinculados a Estratégia de Saúde da Família, que foi a base da minha especialização.

Minha cidade de formação e atuação profissional foi em Salvador e em 2016 me mudei para São Carlos, SP, onde conheci o Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos. Ingressei no mestrado profissional em 2017, com o projeto sobre Supervisão Acadêmica, onde pude refletir sobre as experiências vividas até então e entender o novo local de atuação no Estado de São Paulo, cenário desse estudo.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 8 |
| RESUMO | 9 |
| 1- INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2- JUSTIFICATIVA..... | 21 |
| 3- HIPÓTESE | 22 |
| 4- OBJETIVOS | 23 |
| 5- METODOLOGIA..... | 24 |
| 6- RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 29 |
| 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| 8- REFERÊNCIAS..... | 50 |
| 9- APÊNDICES..... | 55 |
| 1 - Entrevista ao supervisor..... | 55 |
| 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 56 |
| 3 – Quadros de Análise..... | 58 |

LISTA DE ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

EEP – Encontro de Educação Permanente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESLR – Encontro de Supervisão Locorregional

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

Pro EPS – Programa de Fortalecimento da Educação Permanente em Saúde

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

SP – Supervisão Periódica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A partir da década de 1990, houve um movimento de ampliação do acesso da população brasileira aos cuidados em saúde, principalmente por meio da atenção básica, sendo a Estratégia de Saúde da Família uma proposta adotada pelo governo brasileiro como forma de reorganização do sistema de saúde. Infelizmente, a maioria dos municípios brasileiros encontrou ao longo desse tempo muitas dificuldades na sua implementação, que vão desde a infraestrutura à falta de profissionais, principalmente médicos. Nesse cenário é lançado em 2013 o Programa Mais Médicos no Brasil, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. Para acompanhamento desses novos médicos, temos o tutor e o supervisor acadêmico, profissionais médicos indicados pelas Instituições Supervisoras vinculadas ao Ministério da Educação. A supervisão acadêmica é um dos eixos educacionais do Projeto, e deve desenvolver processos de educação permanente, orientados pela perspectiva da integração ensino-serviço, no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto. Para uma melhor compreensão do processo de supervisão, foi elaborado esse estudo de natureza analítica e abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas para supervisores do Projeto. O foco é o entendimento e repercussões do processo de supervisão como um todo, identificando dificuldades, potencialidades e contribuições na qualificação do profissional médico. Dentre os resultados encontrados destacam-se a importância da compreensão de todos os envolvidos no processo de supervisão (próprios supervisores, médicos, suas respectivas equipes e gestores) sobre o fato da supervisão acadêmica não ser uma mera fiscalização, e sim um instrumento de capacitação contínua. O supervisor, como um interlocutor desse

processo, tem a oportunidade de proporcionar espaço de diálogo, troca de experiências, auxílio na criação de protocolos assistenciais e capacitações.

A proposta é uma revisão do modelo de supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e que poderá ser utilizada em outros projetos de qualificação profissional e educação permanente.

Palavras-chaves: Supervisão Acadêmica, Atenção Básica, Educação Permanente.

ABSTRACT

From the 1990s, there was a movement to expand the Brazilian population's access to health care, mainly through basic care, and the Family Health Strategy is a proposal adopted by the Brazilian government as a way of reorganizing the health system. Unfortunately, most of the Brazilian municipalities encountered many difficulties during their implementation, ranging from infrastructure to lack of professionals, mainly physicians. In this scenario, the Mais Médicos Program in Brazil was launched in 2013 as a proposal to advance the solution of Primary Health Care (PHC) problems in the SUS, with measures that intervene in the training, structure and provision of physicians in health services. APS. To follow up these new doctors, we have the tutor and the academic supervisor, medical professionals indicated by the Supervisory Institutions linked to the Ministry of Education. Academic supervision is one of the educational axes of the Project, and should develop permanent education processes, guided by the perspective of the teaching-service integration, in the assistance component of the training of the doctors participating in the project. For a better understanding of the supervision process, this analytical and qualitative approach was developed, with semi-structured interviews for Project supervisors. The focus is the understanding and repercussions of the supervision

process as a whole, identifying difficulties, potentialities and contributions in the qualification of the medical professional.

Among the results, we highlight the importance of the understanding of all involved in the supervision process (supervisors, doctors, their respective teams and managers) about the fact that academic supervision is not a mere supervision, but an instrument of continuous training. The supervisor, as an interlocutor of this process, has the opportunity to provide space for dialogue, exchange of experiences, assistance in creating care protocols and training.

The proposal is a review of the academic oversight model of the Mais Médicos Project for Brazil, which may be used in other professional qualification and continuing education projects.

Keywords: Academic Supervision, Basic Attention, Permanent Education.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública que tem como um dos seus princípios a democratização nas ações e serviços de saúde (Brasil, 2000), possibilitou uma ampliação do acesso da população brasileira aos cuidados em saúde, principalmente por meio da atenção básica, num movimento importante desenvolvido a partir da década de 1990. Infelizmente, mesmo com todas essas mudanças, a maioria dos municípios brasileiros encontrou ao longo da última década muitas dificuldades na sua implementação, que vão desde a infraestrutura à falta de profissionais, principalmente de nível superior e especialmente os médicos, o que vem limitando a oferta de uma atenção integral centrada na Atenção Primária à Saúde – APS. (Costa *et al*, 2015)

No Brasil, o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante os anos de 1990, que foi assumida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente³, mantendo os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, a ESF ampliou a cobertura de 4,4% em 1998 para cerca de 70% em 2017, e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população⁴. Apesar da importante expansão da ESF nos últimos anos, a capacidade de formação de médicos não acompanhou a mesma velocidade, assim como não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde.

A escassez de profissionais com perfil adequado para o cuidado integral, aliada à insuficiência e má distribuição, é uma das principais barreiras para a universalização do acesso em saúde, sendo necessárias medidas que fortaleçam as habilidades e as competências, além da distribuição equitativa dos profissionais nos serviços. Nesse contexto é lançado o Programa Mais Médicos no Brasil, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, em resposta a

um movimento reivindicatório de prefeitos, secretários de saúde e da população, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da APS no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina de 2018, Sudeste é a região com maior razão de médicos por 1.000 habitantes (2,81) contra 1,16, no Norte, e 1,41, no Nordeste. Somente o estado de São Paulo concentra 21,7% da população e 28% do total de médicos do País. Apesar do Estado de São Paulo ter dados mais favoráveis em relação a distribuição de médicos, existem diferenças entre municípios dentro de uma mesma região, como nos que têm população de até 20000 habitantes e os pertencentes a áreas rurais. Nos municípios maiores e com melhor desenvolvimento, há diferenças entre bairros, onde observa-se maior dificuldade de fixação dos médicos nos locais mais periféricos. Segundo Mário Scheffer, coordenador da pesquisa e professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, afirma que mesmo com o maior número de profissionais, as desigualdades permanecem tanto geograficamente quanto no interior do próprio sistema de saúde. “Faltam médicos nos pequenos municípios, nas periferias das grandes cidades e em vários serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) – na atenção primária, em prontos-socorros e em ambulatórios de especialidades.”

A priori, todos os municípios podem aderir ao projeto, contudo, há critérios para isso, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo/muito baixo, 20% de população em extrema pobreza, fazer parte de regiões do Semiárido, Norte com escassez, Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Ribeira; Regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas; Municípios que participaram do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); e Municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário.⁶

De acordo com um estudo quantitativo realizado em 82 municípios do norte do Paraná, poucos municípios possuíam algum critério de adesão (6,1%), mas isso não representou um impedimento para que os demais aderissem ao projeto (75,6%). Os municípios que possuíam menores índices de desenvolvimento humano, que tinham população de mais de cinco mil habitantes, algum critério de adesão e que eram mais afastados, seja da sede da região, seja do município de médio/grande porte mais próximo foram os que mais aderiram ao PMMB⁶.

Para cumprimento dos objetivos de melhoria da atenção básica, este Programa foi estruturado em três eixos de ação: a) investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde; b) ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica; c) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. (BRASIL, 2013)

Para o incremento do Projeto foram construídas as ações educativas para os médicos participantes definidas na Lei do Projeto (BRASIL, 2013), através de:

1) um processo de aperfeiçoamento em Saúde da Família ou Atenção Básica, que é oferecido em dois ciclos formativos, sendo o primeiro constituído pelo Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv)¹ oferecido pelo Governo Brasileiro e/ou a primeira etapa do Curso de Especialização a Distância, que tem por objetivo a aproximação do médico participante com o Sistema Único de Saúde, com a Atenção Básica e com a realidade do território; O segundo ciclo objetiva propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico participante em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica.

¹ O Módulo de Acolhimento e Avaliação é a primeira etapa preliminar do processo formativo do primeiro ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo como público-alvo médicos ingressantes no Projeto formados no exterior e que não possuem diploma revalidado no Brasil, denominados médicos intercambistas (brasileiros formados no exterior ou estrangeiros) ou cooperados (procedentes da cooperação Brasil/Cuba). Médicos formados no Brasil e com registro no Conselho Federal de Medicina não têm a obrigatoriedade de realizar esta etapa preliminar⁸.

Esses cursos complementares são oferecidos na modalidade da Educação à Distância e vinculados à Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS, criada e mantida pelo Ministério da Saúde, para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde na modalidade de educação a distância, com atividades de ensino, pesquisa e extensão;

2) A Supervisão Acadêmica, desenvolvida pela equipe de supervisão composta por tutores e supervisores: profissionais médicos selecionados pelas Instituições Supervisoras². O tutor presta orientação acadêmica e é responsável pelo planejamento das atividades de supervisão. O supervisor, por sua vez, tem a responsabilidade de realizar a supervisão profissional contínua e permanente de cada médico participante, sendo um dos eixos educacionais do Projeto, e tem como o objetivo integrar ensino-serviço-comunidade. Esta ação encontra-se vinculada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. (BRASIL, 2015).

Segundo Fernandes et al (2004) “A supervisão faz parte do processo educativo onde o supervisor terá como tarefa ajudar o supervisionando a encontrar dentro de si, e com a ajuda dos colegas, algo preexistente que foi sendo acumulado dentro do departamento do conhecimento e que tem que ser drenado para fora de sua cápsula.”³⁰

A supervisão acadêmica vem cada vez mais sendo pensada como uma parceria entre supervisor e supervisionado, construída a partir de vivências no cotidiano do campo profissional.

² **Instituições supervisoras:** as instituições que assinam termo de adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil em cada Estado para desenvolver as ações da supervisão acadêmica. Podem ser: as instituições de educação superior, que ofereçam curso de Medicina; os programas de residência médica em Medicina de Família & Comunidade, de Medicina Preventiva & Social e Clínica Médica, Pediatria, que estejam devidamente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM; as escolas de governo em saúde pública, que possuam no mínimo um programa de residência médica ou de pós-graduação na área de saúde coletiva ou afins; e as secretarias municipais e estaduais de saúde que tenham vínculo com ao menos um programa de residência médica.

Nunes (1986) traz a supervisão contínua como prática necessária de aperfeiçoamento e uma forma estratégica de articulação interinstitucional, trazendo uma demanda diferenciada a ser pensada.³¹

A partir da interação direta e continuada com os médicos, a Supervisão Acadêmica no Projeto Mais Médicos é eixo transversal aos dois Ciclos Formativos, sendo regulamentada por meio de ato específico. Outros Ciclos Formativos poderão ser estruturados conforme a necessidade educacional identificada pelas Coordenações dos Programas de Provisão.

Ainda de acordo com a Portaria MEC nº 585, 15 de junho de 2015, são consideradas também como atividades da Supervisão Acadêmica, o Encontro de Educação Permanente (EEP) para qualificação dos supervisores e tutores; o Encontro de Supervisão Locorregional (ESLR) e a Supervisão Periódica (SP).

O EEP é um espaço pedagógico onde tutor e supervisores tratam das demandas do acompanhamento dos médicos participantes do Projeto e das necessidades de formação dos supervisores *per se*. O ESLR é o momento de encontro presencial dos participantes (tutor, supervisor e médicos) do Projeto, para realização de avaliações periódicas e trocas de saberes e práticas, podendo ser considerado um dispositivo de Educação Permanente em Saúde. Já a Supervisão Periódica (SP) a médicos participantes caracteriza-se pela visita de supervisão nas unidades básicas de saúde, onde devem ser realizadas atividades de cunho pedagógico com o médico e/ou com a equipe de saúde, podendo também ser, por demanda dos profissionais e da gestão municipal, realizado na sede da secretaria municipal de saúde ou local definido para esse fim.

Espera-se que dentre as atribuições do supervisor, se desenvolva processos de educação permanente, que sejam orientados pela perspectiva da integração ensino-serviço, no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto. Neste sentido, o supervisor deve singularizar a vivência dos médicos participantes do Projeto, dando-lhe suporte para o

fortalecimento das competências necessárias para atuação na Atenção Básica (Brasil, 2015).

Para fortalecer a atenção básica, é fundamental que os profissionais que atuam na equipe de saúde estejam integrados no processo de trabalho para construção de uma atenção integrada e humanizada. Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde, de acordo com Ceccim (2005), constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores, entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

O Ministério da Saúde considera a Educação Permanente como uma incorporação do aprender e ensinar no cotidiano, com o objetivo de transformação das práticas profissionais a partir da problematização do processo de trabalho. A atualização técnicocientífica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém vai mais além, buscando a formação integral e contínua do ser humano com um referencial “teórico-metodológico problematizador”, contribuindo para a construção de equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. Essa visão mais abrangente da Educação Permanente, integrando aperfeiçoamento pessoal e interação com o serviço e setores relacionados, passou a ser “uma política pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo que só será possível encontrar trabalhadores que se ajustem as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa”.¹³

Por sua vez, a Educação continuada também vai além de algo pontual, não somente como uma mera atualização do profissional de forma constante. Atualmente já vem sendo entendida como um processo mais amplo. Trata-se de um processo educativo “formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora”.¹⁴

Diante de qualquer processo de aperfeiçoamento existem obstáculos, como a resistência do próprio profissional de saúde, que muitas vezes precisa modificar práticas arraigadas às práticas de trabalho ao longo do tempo. Trata-se de um processo lento, pois envolve disponibilidade dos trabalhadores dos trabalhadores para o diálogo e para as necessidades das pessoas. A Educação continuada vem como instrumento de transformação político-social a partir da compreensão da realidade dos profissionais. Cabe ao docente, a percepção de saberes prévios, para maior envolvimento e integração dos saberes.¹⁴

Percebe-se interesse das instituições em aderir à Política de Educação continuada, por vir ao encontro dos anseios da sociedade que vive uma era de revolução tecnológica associada a graves problemas sociais. A Supervisão Acadêmica vem de encontro com as necessidades atuais, colaborando para o aperfeiçoamento profissional em loco, sem perder de vista o compromisso de viabilizar práticas integradas com a realidade dos profissionais.

No Brasil, com o SUS e os novos desafios assumidos, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. No texto da Constituição Federal (Artigo 200), fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (Lemos, 2016).

Estudo recente desenvolvido sobre o PMMB indica que a tutoria e supervisão acadêmica sobre as atividades produtivas de médicos do provimento emergencial não correspondem a um enfrentamento pedagógico isolado, pois é parte e consequência do desenvolvimento histórico da teoria e da prática. Essa atividade corresponde dialeticamente a movimentos de ruptura, resistência, emancipação e não prescinde da reflexão coletiva sobre os valores eleitos e realizados no agir deliberativo dos sujeitos em ação. (LIMA *et al*, 2016)

Em consonância com a criação do Programa de Fortalecimento da Educação Permanente (PRO EPS-SUS), a partir da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que reconhece a importância do aperfeiçoamento contínuo na qualificação profissional dos trabalhadores no cenário das práticas de trabalho, a supervisão acadêmica assume um papel estratégico ante o fortalecimento desses processos de educação permanente na atenção básica. Trata-se de uma oportunidade oferecida por esse instrumento na reestruturação das práticas de saúde, por meio da integração ensino-serviço-comunidade. A proposta da supervisão acadêmica coincide com alguns dos objetivos gerais do PRO EPS-SUS que é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional para a transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local, assim como um dos objetivos específicos que é contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo. O contato frequente entre supervisor, médico e

equipe de saúde, pode gerar um espaço para o cumprimento desses processos educativos tão pertinentes na proposta de qualificação profissional. Faz-se, então, necessário aproveitar o momento e estudar a Supervisão Acadêmica como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica. Neste sentido, este estudo tem a ideia de levantar, a partir do olhar de supervisores do Projeto, as seguintes questões:

1. Qual tem sido a efetividade da supervisão acadêmica na prática?
2. Quais as dificuldades enfrentadas neste processo e como vencê-las?

Essas indagações surgiram a partir da minha prática como supervisora desse Projeto desde 2014. Considero esse estudo como uma oportunidade de pensar sobre as ações de supervisão de forma reflexiva, fornecendo elementos para um melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas, tendo como proposta, uma revisão crítica do modelo de supervisão acadêmica, possibilitando melhorias em atividades de educação permanente, tão pertinentes na formação e aprimoramento profissional.

2. JUSTIFICATIVA

Um dos maiores impactos do Programa Mais Médicos foi a vinda de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica, o que causou grande reação negativa das entidades médicas, com inúmeras disputas ideológicas e judiciais. Apesar das críticas, o PMM vai além da vinda em caráter emergencial de médicos estrangeiros, propondo também ações estruturantes para o SUS, visando à ampliação do acesso e o fortalecimento do processo de trabalho na Atenção Básica (AB), intervindo na qualidade e na integralidade da atenção e no ordenamento da formação médica (Kemper, 2016).

Dentre as ações estruturantes, temos a proposta de capacitação da prática médica, que visa acompanhar e avaliar os médicos participantes, para que se desenvolvam ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Desta forma o programa garante a presença do supervisor, um profissional médico, que acompanha o processo de trabalho e deve suprir as dificuldades que este profissional poderia encontrar durante as atividades práticas.

De acordo com a portaria/MEC nº 585 de 15/06/2015, o processo de supervisão é responsável pelo fortalecimento da educação permanente, da interação ensino-serviço, da atenção básica, da formação dos profissionais nas redes de atenção à saúde e da articulação dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil. (Rodrigues, 2015).

O Brasil vem passando por mudanças no cenário político, e em novembro de 2018 houve a saída dos médicos cubanos do programa e no mês de agosto de 2019 foi lançado o Programa “Médicos pelo Brasil” em substituição ao Programa Mais Médicos voltado para médicos brasileiros e estrangeiros com diplomas validados. O formato de acompanhamento desses profissionais ainda está em definição. Apesar dos inúmeros desafios para consolidação dos profissionais de saúde nos serviços, considera-se a reflexão sobre a supervisão acadêmica como importante instrumento de educação permanente.

3. HIPÓTESE

A supervisão acadêmica é um importante instrumento para a educação permanente em favor do SUS, que ainda carece de suficiente autonomia e valorização institucional para o adequado cumprimento do seu papel na educação permanente e de instrumento de fortalecimento da atenção básica.

Em contrapartida, faz-se necessário qualificação e comprometimento por parte do supervisor, para que haja valorização do seu trabalho. Além disso, é de extrema importância o trabalho constante do supervisor de aproximação com todos os envolvidos nesse processo, mostrando a supervisão não como uma forma de fiscalização e sim de parceria, trazendo novas perspectivas de trabalho e reconhecimento por parte dos gestores, médicos e respectivas equipes envolvidas no processo de supervisão.

4. OBJETIVOS

- Analisar as impressões dos supervisores acadêmicos sobre a atuação dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- Identificar as dificuldades e avanços do processo de supervisão acadêmica do PMMB;
- Discutir as perspectivas de melhoria do processo de supervisão acadêmica do Projeto.

5. METODOLOGIA

Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo de natureza analítica e abordagem qualitativa.

Cenário de estudo

Municípios de São Carlos, Matão, Dourado, Ibitinga, Porto Ferreira, Ribeirão Preto pertencentes ao Departamento Regional de Saúde III do Estado de São Paulo.

Coleta de dados

Foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas, com duração de aproximadamente 1 hora, tendo como sujeitos de pesquisa supervisores com tempo de vínculo entre 1 a 4 anos de participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, através de perguntas fechadas e abertas, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (Minayo,2008). As entrevistas foram realizadas nos locais de atuação dos supervisores entrevistados (Universidade e postos de saúde).

No apêndice 1 consta a entrevista ao supervisor, contendo dados de identificação opcionais referente ao vínculo com Instituição Supervisora, tempo de vínculo com o Programa, dado necessário para inclusão na pesquisa, e impressões sobre atuação dos médicos, dificuldades, avanços e sugestões sobre melhorias no processo de supervisão.

Foi realizada uma seleção intencional, que adotou como critérios ser supervisor do Projeto, atuar na Universidade Federal de São Carlos, o tempo mínimo de permanência do profissional no Projeto de 1 (hum) ano e disponibilidade de participar da entrevista presencialmente. O foco da entrevista

foi o entendimento e repercussões do processo de supervisão como um todo, sem ater-se ao desempenho individual do supervisor.

Aspectos Éticos:

A identificação dos participantes não foi divulgada na pesquisa, com total respeito ao sigilo, sendo as iniciais e dados para contato utilizados apenas para fins de reconhecimento do entrevistado. A finalidade é estabelecer risco mínimo aos participantes, no que se refere a aplicação das entrevistas, de forma a não ser invasiva à intimidade do indivíduo. A participação foi voluntária, tendo o participante o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa. Antes da aplicação das entrevistas, os supervisores foram esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa e foi solicitada autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice 2)

O Projeto foi enviado ao comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos-SP como parte integrante do projeto “Analisando o Projeto Mais Médicos para o Brasil: o caso da região nordeste do Estado de São Paulo”, sendo aprovado na data de 27/11/2018, sob o número 02923418.0.0000.5504.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada a partir da técnica da **Análise Temática**, tendo como referência a técnica a análise de conteúdo, baseada em Bardin (1979)²¹:

- 1) **Pré-análise**, realizada através inicialmente de uma leitura completa do material (leitura flutuante) com a finalidade de ter contato direto e intenso com as informações coletadas em campo, com apreensão de uma forma global das idéias principais e os seus significados gerais. Nesta fase, surgiram muitas lembranças das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito que auxiliaram na condução deste procedimento.²²

- 2) **Exploração do material**: A descrição analítica, a segunda fase do método de análise de conteúdo, o material que constitui o corpus foi submetido a um estudo aprofundado, orientado este, em princípio, pelas hipóteses e referenciais teóricos. De toda esta análise surgiram quadros de referências. Houve busca de sínteses coincidentes e divergentes de idéias, ou de concepções "neutras", isto é, que não estejam especificamente unidas a alguma teoria (Triviños, 1992).²³

- 3) **Recorte das unidades temáticas**, que consiste em descobrir os núcleos de sentido (SANTANA; NASCIMENTO, 2010). A partir da ideia central de cada pergunta e dos objetivos da pesquisa, o material foi separado em três unidades temáticas, que conformam as categorias. Essas foram formadas a partir dos objetivos desse estudo:
- a) Percepção dos supervisores sobre atuação dos médicos.
 - b) Dificuldades e avanços encontrados no trabalho com o médico, com a equipe de saúde e com a gestão municipal.
 - c) Melhorias para o processo de supervisão.

As respostas foram organizadas em duas tabelas (Apêndice 3). A primeira consta as respostas agrupadas a partir de cada núcleo de sentido, ou seja, a idéia central de cada pergunta descrita acima, seguida da elaboração de uma síntese das cinco entrevistas para cada quesito.

Na segunda tabela, as respostas foram agrupadas de acordo com um núcleo comum (convergências) e idéias satélites (divergências ou diferenças e complementariedades).²³

O foco das respostas foram as atividades de supervisão em loco, ou seja, os encontros mensais entre supervisores e médicos. As demais atividades de supervisão que são encontro locorregional e a supervisão periódica não foram abordados. Provavelmente tal fato ocorreu pelo teor das perguntas, mais voltadas para análise da atuação dos médicos e ações que envolvem diretamente o contato entre supervisores, médicos e suas respectivas equipes e gestores.

O material passou por uma organização e categorização, sendo utilizada a análise de temas, que consiste em extrair do texto as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

Na etapa seguinte, foi formado o corpus, ou seja, o conjunto de documentos a serem submetidos ao processo analítico. Foram aplicados os critérios de **exaustividade** (material coletado relacionados ao recorte temporal e analítico do estudo e as dimensões teóricas que o orientam); **pertinência** (fonte de análise coerente com o objeto de estudo); **representatividade** (rigor da amostra como parte representativa do universo inicial); **homogeneidade** (atenta para coerência do material empírico relacionado ao objeto de estudo, os roteiros que orientam a coleta de dados, e os sujeitos que fazem parte da pesquisa).

3) Tratamento e interpretação dos resultados

Após os dados terem sido categorizados e quantificados, foi aprofundada e ampliada a leitura, na busca de uma análise crítica e reflexiva sobre os dados empíricos da pesquisa.

A partir desse momento, as hipóteses iniciais foram relacionadas com as hipóteses emergentes, assim como as teorias relacionadas ao tema. Essa releitura deve contemplar todos os aspectos levantados no roteiro e que sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho. ²³

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo trata dos resultados da análise das entrevistas. Nele estão sistematizadas as sínteses do material empírico, coletado a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com o conjunto dos supervisores selecionados. Foram utilizados quadros de análise (Apêndice 3) nos quais se identificaram as idéias centrais (convergências), diferenças e complementariedades, agrupadas de acordo com núcleos temáticos que conformam as categorias analíticas deste estudo.

6.1– Impressões sobre a atuação dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

A atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família é um quesito fundamental para o bom funcionamento da mesma e para a obtenção dos resultados esperados para a atenção básica. O processo de trabalho desses profissionais está regulamentado pela Política Nacional da Atenção Básica, que define como responsabilidades dos profissionais médico realizar a atenção à saúde seja através de consultas ou atividades em grupo na UBS, domicílio e/ou espaços comunitários, em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas bem como normativas técnicas estabelecidas pelos gestores, observadas as disposições legais.

Ainda segundo o documento, também compete ao médico realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe. Encaminhar o paciente para a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito. Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde em conjunto com os outros membros da equipe²⁴.

A supervisão acadêmica, como parte do processo de acompanhamento desse processo de trabalho, e responsável pela integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015), contribui realizando junto ao profissional médico discussões de casos, revisão de prontuário, auxílio na elaboração de projetos terapêuticos, inclusive com a possibilidade de participação com outros profissionais da equipe, além da atuação com a gestão municipal com revisão dos fluxos de atendimento e protocolos. Essas atribuições do supervisor convergem com as atribuições do médico, citadas no Programa Nacional da Atenção Básica.

A análise do material empírico deste estudo revelou que existem diferenças de condutas entre os médicos: muitos que reproduzem práticas rotineiras como um atendimento restrito a queixa conduta, visão medicalizadora, falta de gerenciamento do tempo para realização de atividades educativas e de promoção a saúde, principalmente em médicos alocados em unidades básicas tradicionais. Já outros desejam trazer contribuições a atenção básica e aprimoramento.

“Existem diferenças entre os médicos: os que reproduzem práticas e os que desejam mudança e aprimoramento ” (Entrevistado 1)

“Há médicos dispostos a atender na atenção básica, que se identificam com a proposta e querem contribuir com o serviço”. (Entrevistado 3)

“Em geral, na UBS não se consegue estabelecer objetivos da atenção primária. Os atendimentos são restritos na queixa e conduta, com alta demanda espontânea e visão medicalizadora. “ (Entrevistado 4)

As condutas na maioria das vezes centrada no médico e na doença fundamenta-se no modelo biomédico, considerado avançado durante muito tempo (até a década de 1970). A saúde era ainda considerada como “ausência de doença” e teve como marco conceitual o modelo capitalista norte-americano, modelo flexneriano, que adota uma visão especializada e por sua vez fragmentada da medicina, como justificativa o aprimoramento científico sobre cada sistema orgânico.

“Após a reforma do ensino médico americano, a partir do início do século XX, e a publicação do relatório Flexner, o Brasil foi gradativamente transformando seu currículo num progressivo deslocamento do modelo de referência de educação médica francês para o norte-americano sob a influência crescente das concepções marcadamente positivistas (Nunes 2010; Kemp, Edler, 2004). Essa transformação culminou com a reforma Universitária de 1968, na qual o modelo de ensino médico adotado foi, declaradamente, o modelo flexneriano (Machado, 1997), mas que refletia uma tendência expressa nas escolas médicas brasileiras desde a década de 1940 (Azevedo, 2012).”²⁵

O modelo biomédico adota uma lógica unicausal, também designada lógica linear, procurando-se identificar uma causa a qual, por determinação mecânica, unidirecional e progressiva, explicaria o fenômeno do adoecer, direcionando a explicação a se tornar universal ²⁶.

As consequências diretas desse processo se manifestam no privilégio de investimentos em ações curativas, hospitalocêntricas, com ênfase desproporcional no uso de tecnologias duras (equipamentos, logística, normatizações etc.) (Merhy, 2000). Associado a isso, observa-se um consequente descuido com práticas integrais e com o trabalho interdisciplinar

em rede²⁵. Essa abordagem muito aceita pelos profissionais e pela própria sociedade, estimula a medicalização como solução para doenças e consequente forma de busca pela saúde.

A partir da Reforma Sanitária Brasileira, que teve início na década de 1970 e teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, concebeu-se o conceito de integralidade, que traz a perspectiva de atendimento profissional, considerando o indivíduo nas suas dimensões biológicas, sociais e culturais, assim como o aspecto de continuidade no atendimento nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.²⁷ Essa mudança de paradigma tem ocorrido de forma gradual, porém com avanços, inclusive com repercussões na grade curricular na formação de diversas faculdades de medicina em todo o país.

A partir da década de 1990, observou-se movimentos de mudança na formação médica, buscando enfrentar e oferecer alternativas para os projetos hegemônicos junto às práticas de saúde cotidianas. O Programa de Saúde da Família trouxe um novo formato organizativo a rede básica e consequentemente permeou vários debates no campo da saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, movimentos como a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) e entidades como a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), a DENEM (Direção Executiva de Estudantes de Medicina) e a Rede Unida influenciaram a construção de políticas do Ministério da Saúde, buscando formular uma pauta que contribua para as mudanças no ensino médico.²⁵

“Novas diretrizes curriculares são aprovadas a partir de 2001, com o intuito de produzirem impacto na formação médica, buscando qualificar a formação e contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS. A resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina define princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos médicos.

Preconiza que cada profissional deva assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, e que seja capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Recomenda, no artigo 3º, que o curso de graduação em Medicina tenha como egresso um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2001a).²⁵

O artigo Adler MS & Gallian DMC (2014)³¹ faz uma análise de publicações sobre instituições de ensino em Medicina no Brasil que integram Práticas do SUS à grade curricular. A literatura revisada desenha um cenário positivo para o treinamento de alunos de Medicina no SUS, destacando a integração entre docentes e profissionais de saúde como um caminho para a formação médica atua.

Contudo, na prática existe ainda um longo caminho de mudança de paradigma:

“As experiências apresentadas pelas publicações demonstram que, apesar do esforço em realizar as reformas no SUS, as mudanças necessárias não se darão somente pelo fato de a academia utilizar a rede pública para o ensino, e isto não implica melhorias da graduação ou dos serviços. É necessário integrar academia-serviço-comunidade mediante espaços conjuntos de

aprendizagem com infraestrutura adequada e desenvolver projetos e ações sob novos paradigmas de atenção e cuidado à saúde., onde o graduando de Medicina possa compreender o seu papel no serviço de saúde. Além disso, cabe mencionar neste contexto o ainda escasso número de pesquisas e publicações sobre experiências concretas de integração ensino-serviço no período estudado e que se apresenta como um fator relevante para o aprimoramento deste processo. Esta pesquisa, apesar de suas limitações, apresenta um momento de transformação do ensino médico em nosso país, no qual a proximidade entre academia e SUS se mostra necessária ao aprendizado responsivo às DCN, integrando graduandos de Medicina, docentes e profissionais do SUS para o objetivo maior: o cuidado integral do paciente”³¹

“Existe grande dificuldade por partes dos médicos em fazer diferente, porém quando se ampliava a discussão, havia vontade de mudança. ”
(Entrevistado 4)

Apesar das recentes mudanças na grade curricular, o tensionamento de modelos de assistência ainda é grande. Existe forte influência da indústria farmacêutica e de tecnologias nas práticas médicas, aliada a expectativa dos usuários em usufruir dessas ferramentas.

“Recursos técnico-científicos ditos “de ponta” passam a ser, cada vez mais, demandados pelos profissionais com anuência de usuários. Potencializa-se, aqui, a entrada em um círculo vicioso que, muitas vezes, não é coerente com práticas que busquem produzir saúde. O alto custo destas tecnologias onera o sistema público e, indiretamente, constitui um estímulo à expansão do setor suplementar da

saúde. Médicos, empresas privadas (e, em muitos casos, do setor estatal) e o complexo industrial consolidam, neste processo, uma aliança que tem um forte impacto sobre a formação e sobre as práticas dos médicos. Estas forças do mercado tensionam o campo de práticas e colocam em questão o compromisso ético com a produção da saúde que, em nível discursivo, constitui um dos pilares da profissão médica (Machado, 1997).²⁵

“Há uma preocupação dos médicos em solicitar procedimentos e exames como uma atitude defensiva”. (Entrevistado 4)

As diferentes condutas entre os profissionais provavelmente resultam dessa transição de modelo assistencial no qual vivemos.

“Este projeto tecnoassistencial, embora hegemônico, disputa sentidos com outros projetos societários e sanitários. Entre estes, destacamos, no Brasil, o projeto contra-hegemônico da Saúde Coletiva brasileira, que, embora apresente no seu interior distintas posições, é possível apontar, como tendência, a busca de um projeto tecnoassistencial que busca resistir e reinventar as práticas de produção da saúde e o sentido da formação e do fazer médico. Esses princípios fazem referência ao que se entende como processo saúde-doença, o objeto de ação e as bases para as políticas de formação de pessoal na área da saúde.”²⁵

A estruturação do PMMB prevê a contratação de profissionais médicos brasileiros e estrangeiros, sendo esta última categoria dividida em intercambistas (brasileiros formados no exterior ou estrangeiros) e cooperados (procedentes da

cooperação Brasil/Cuba). Os médicos, em geral, são inseridos em processos educacionais e de acompanhamento que permite à supervisão monitorar suas dificuldades e bons resultados.

Em relação aos médicos cubanos, percebeu-se uma dificuldade inicial em relação a linguagem, diferenças socioculturais, e de condutas médicas (muitas vezes levando a erros de prescrição, principalmente em médicos inexperientes), superadas com o tempo na maior parte dos casos. Entre os médicos mais experientes, foram observados bons resultados na assistência. Por outro lado, também foi identificado influência do modelo vigente interferindo na prática original de médicos cubanos. Ainda em relação a eles, há um perfil maior para seguimento de regras e receio de sair do Programa, comparado aos médicos brasileiros.

“Inicialmente os médicos cubanos apresentaram resistências sociais, dificuldades com a linguagem, porém melhorado após algum tempo. ”

(Entrevistado 4)

“A gestão deveria ter explorado o perfil dos cubanos perante a atenção, porém o modelo existente acabou influenciando na conduta dos próprios cubanos, muitas vezes ‘ sugados’ pelo modelo brasileiro “

(Entrevistado 1)

A solicitação dos médicos, principalmente brasileiros por parte da supervisão, é maior em relação ao fluxo da rede de assistência.

“Os médicos brasileiros solicitam menos ajuda em questões clínicas. Eles têm mais dificuldades em relação à rede de atendimento”. (Entrevistado 5)

Uma participante entrevistada relata interferência das limitações estruturais dos municípios nas práticas assistenciais.

“As limitações estruturais também interferem no desempenho dos médicos, mesmo naqueles com excelente formação”. (Entrevistado 2)

Foi ressaltada a interferência direta de uma boa gestão municipal e capacitação contínua em resultados positivos nas práticas assistenciais.

“Existe uma grande dificuldade de lidar com municípios que empregam mal os recursos e não compreendem o objetivo do Programa”. (Entrevistado 2)

“Há uma influência direta da gestão no desempenho dos médicos”. (Entrevistado 2)

“Há diferentes perfis entre os médicos recém-formados: uns conseguem trazer a experiência prática da faculdade, enquanto outros ainda bem inseguros com procedimentos básicos. É fundamental o apoio dos supervisores e do município, através de capacitações contínuas e disponibilidade de médicos mais experientes.” (Entrevistado 3)

6.2 – Dificuldades e avanços encontrados no trabalho com o médico, com a equipe de saúde e com a gestão municipal

O processo de supervisão pode ser descrito como um instrumento de qualificação profissional, a partir do contato entre supervisor e médico participante. Nesses encontros são discutidos dificuldade no processo de trabalho, condutas, encaminhamentos, discussão de temas relevantes para a

prática médica, propostas para atividades em grupos, e que pode também contar com a participação de outros representantes da equipe e gestores.

Dessa forma, os objetivos da supervisão em relação ao fortalecimento da educação permanente, integração ensino-serviço, formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e articulação dos eixos educacionais do Projeto são atingidos.

Em relação a supervisão propriamente dita, foi relatado que geralmente não há preparo prévio dos médicos para os encontros, na maioria das vezes tomados pelo trabalho e cobrança de realização de volume de consultas exigido pela gestão municipal.

“Em relação aos médicos lotados na UBS observa-se dificuldade de trabalhar em equipe, pouco envolvimento dos médicos em atividades coletivas e também maior dificuldade no encontro de supervisão devido à grande demanda de atendimentos, muitas vezes não priorizando a supervisão. “

“Ressalto a necessidade de preparo prévio dos médicos para a supervisão. Geralmente os médicos são tomados pelo trabalho e acabam dando pouca importância em relação as discussões. ”

(Entrevistado 1)

As dificuldades da compreensão do processo de supervisão não se restringem somente aos médicos, mas também aos representantes de equipe, gestores, dificultando a aproximação destes integrantes na supervisão, parcerias e priorização das atividades de supervisão. Em várias falas foram sinalizadas a dependência do modelo da gestão na prática do Programa.

“Existe uma dificuldade de compreensão por parte de médicos, supervisores e gestão sobre o processo de supervisão: O que é fazer a supervisão? O que se espera? Fiscalização? Tentativa de discutir qualificação? Ainda há pouca clareza do trabalho de supervisão... Mesmo nas poucas vezes que se consegue a participação da chefia da equipe de saúde, há pouca compreensão do trabalho de supervisão.” (Entrevistado 1)

“É difícil estar entre os gestores. Cada tem um objetivo e uma visão diferente” (Entrevistado 3)

A passividade dos profissionais diante de erros na prática da atenção à saúde (exemplos: medicalização excessiva, prática da queixa-conduta e o baixo envolvimento dos médicos em atividades educativas) é outra grande dificuldade para auxiliar na geração de práticas mais integrativas.

“Outras dificuldades encontradas na atuação do médico e equipe é a falta de territorialização, os atendimentos restritos a queixa e conduta, passividade diante de erros já estruturados e a falta de compreensão sobre a atuação do profissional” (Entrevistado 2)

O principal problema em relação as equipes seria ter um processo de trabalho “engessado”, sem motivação para fazer atividades de promoção a saúde e gestão de prioridades, gerenciamento de recursos, territorialização, assim como na elaboração de projetos terapêuticos e percepção das reais necessidades individuais do paciente e da população como um todo. Percebe-

se a interferência direta na periodicidade na realização das reuniões de equipe, assim como na forma relacionamento entre seus membros.

“O principal problema em relação as equipes é ter um processo de trabalho “engessado”. Não faziam atividades de promoção a saúde e gestão de prioridade, e muitas vezes tinham um mal relacionamento entre membros da equipe e pouca atenção às necessidades do paciente”.

(Entrevistado 4)

“Outra dificuldade é estabelecer uma aproximação com as equipes de saúde. Apenas com algumas foi possível estabelecer um vínculo” (Entrevistado 5)

Apesar dos vários relatos de dificuldade de aproximação do supervisor com os representantes de equipe, em uma das entrevistas traz a importância do médico como ponto chave nessa aproximação, assim como seu papel na integração no processo de trabalho como um todo.

“O acesso a equipe depende da integração da mesma com o médico” (Entrevistado 3)

“O médico tem grande importância na integração do trabalho e precisa ter uma linguagem comum e conhecer o contexto do cenário. ” (Entrevistado 3)

Sobre os avanços, a oportunidade de o supervisor ser interlocutor entre os sujeitos envolvidos no processo. Essa comunicação se dá principalmente entre reuniões com supervisores, médicos juntamente com a gestão, sendo espaço importante para o diálogo entre os envolvidos, oportunidade de trocas de experiências, esclarecimento de dúvidas, geração de espaços de criação de

protocolos de assistência e capacitações. Relatos nas entrevistas que encontros exclusivos isoladamente com os médicos, torna o processo mais restrito.

“ Um avanço da supervisão é pontuar dificuldades e poder discutir problemas encontrados”

(Entrevistado 4)

“O principal avanço é a posição do supervisor em ser interlocutor entre médicos e gestores, e também uma ponte de auxílio na capacitação dos médicos”.

(Entrevistado 3)

6.3 – O que seria necessário para melhorar o processo de supervisão acadêmica do PMMB?

A melhor compreensão do processo de supervisão por parte de todos os envolvidos, médicos, representantes de equipe, gestores, facilitaria parcerias e priorização das atividades de supervisão, além da desvinculação da supervisão somente como uma fiscalização, e sim um instrumento de capacitação contínua.

A palavra “supervisão” tem origem no latim “super” que significa “sobre” e “visio” que quer dizer “visão”. Este termo tradicionalmente traz um significado de “superioridade” de quem observa, remetendo a idéia de “comando, inspeção ou imposição”. Uma visão mais moderna do processo de supervisão nos traz uma nova perspectiva de parceria, ou seja, uma proposta de relação entre parceiros, identificando práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto do trabalho.²⁹

Nunes (1986) cita a supervisão como “um moderno e indispensável auxiliar de gestão de serviços e sistemas”. Nesse mesmo artigo traz determinantes da supervisão, com citações de um trecho do documento elaborado pela equipe do Projeto de Supervisão do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde — publicado em 1982, onde já se

questiona o modelo de supervisão como algo meramente burocrático e discute-se o modelo de supervisão como “parceria”.³⁰

O termo supervisão passou a ser utilizado em uma das estratégias educacionais de dois programas de provimento emergencial de médicos do Ministério da Saúde, o PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) e o PMMB (Programa Mais Médicos para o Brasil)²⁸.

Em 2013 a supervisão foi prevista na lei 12871/2013 em seus objetivos como um meio de fortalecimento da Educação Permanente dos médicos participantes dos programas. Na portaria GM/MEC 585/2015 a supervisão passa a ser definida como um dos eixos educacionais do PMMB, responsável pelo fortalecimento da política de Educação Permanente, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do Projeto.

Maior aproximação entre supervisores e gestores, através de uma comunicação mais contínua, com maior problematização e também convidando para participação estimulando o gestor a reconhecer mais sobre a importância do Programa, com conseqüente melhora na colaboração das atividades.

“É necessário maior proximidade com a gestão. O diálogo com a gestão qualifica o processo de supervisão, além de estimular o reconhecimento do gestor sobre a importância do Programa”.
(Entrevistado 1)

Outro aspecto bastante pontuado é sobre a necessidade de maior autonomia dos supervisores e também ter papel de gestão no projeto, além de ter suas avaliações mais acolhidas. O supervisor ser de fato um agente de mudanças, com possibilidades de supervisão de “rede” em todo município para fazer essa interlocução. (equipe/médico/gestão), assim como buscar parcerias e políticas para potencializar soluções.

Atualmente o papel do supervisor na prática em relação ao Projeto está mais restrito a uma atuação direta com o médico, de acompanhamento das atividades desenvolvidas na unidade, voltado exclusivamente para um suporte acadêmico. Na minha experiência pessoal na prática da supervisão, por muitas vezes, foi solicitado auxílio para resolução de problemas tais como auxílio de custo dos médicos, remanejamento do médico para outra unidade em caso de necessidade maior, entre outros problemas, sendo essas atribuições pertencentes a outras esferas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Acredito que uma maior autonomia do Supervisor se fortaleceria através de um contato mais próximo entre supervisor, tutor e representantes dos Ministérios envolvidos no Projeto, com a finalidade de solucionar problemas trazidos das práticas dos profissionais.

“Para melhorar o processo de supervisão é necessário ter espaço para discutir casos, melhorar a autonomia de supervisores e estabelecer uma comunicação com os gestores.” (Entrevistado 4)

“Fica a sensação como supervisor de poder dar mais. Estamos sempre lidando com problemas, porém com pouca autonomia. A proposta é a supervisão também ser gestão e fazer cumprir a ‘atenção primária desejada’ (Entrevistado 2)

“O supervisor deve ser um agente de mudanças” (Entrevistado 3)

Dentro das atividades de supervisão, incentivar mais a discussão de casos, revisão de prontuários, levantamento epidemiológicos e participar das elaborações dos projetos terapêuticos. Pensar em atividades integrativas e solicitar do médico uma prática mais integral, além de capacitações em áreas mais críticas da prática médica como saúde mental e medicalização, atividades

de estímulo a reflexões sobre a atuação individual dos médicos e também das demandas do Programa.

“Algumas propostas de melhoria: a participação do supervisor auxiliando nos levantamentos epidemiológicos, na construção com o médico de uma melhor abordagem às redes prioritárias de atendimento (idoso, mulher, criança) e ser um supervisor de ‘rede’ para auxiliar na interlocução entre os envolvidos no município de atuação (médicos, equipe e gestores)” (Entrevistado 3)

“Outro aspecto para melhoria da supervisão é pensar estratégias de metodologia, estimulando mudança de práticas através de atividades mais integrativas, qualificando ações e aprofundando conhecimentos, aliada a reflexões das ações sobre as demandas do Programa” (Entrevistado 3).

Necessário repensar na estrutura no conteúdo dos relatórios de supervisão, com mudanças nas perguntas com ferramentas pedagógicas que auxiliassem a fazer supervisão de forma menos burocrática e mais eficaz em relação ao objetivo maior que é a educação permanente. Importância e maior participação da tutoria com os supervisores para discussão de tecnologias pedagógicas.

“É necessário ter uma estrutura mais definida da proposta metodológica dos supervisores e repensar a pedagogia, elaborando ferramentas pedagógicas para auxiliar fazer a supervisão de outras formas” (Entrevistado 3)

“Outro aspecto para melhoria da supervisão uma maior aproximação com a tutoria para elaboração de tecnologias pedagógicas” (Entrevistado 4)

Proposta de união ou ampliação do Programa Mais Médicos com a residência em saúde da família de forma a “juntar projetos” para otimizar os processos educacionais realizados nas unidades de saúde de atuação dos profissionais em qualificação.

“Outra proposta é se unir com a residência em Saúde da Família, juntar projetos, aumentando preceptoria e supervisão em uma determinada área”.

(Entrevistado 2)

Resumo dos resultados

Em relação ao perfil dos médicos:

1. Existem diferenças entre os diversos profissionais em relação a reprodução de práticas existentes como o atendimento mais restrito a queixa conduta, excessiva medicalização e dificuldade de promover atividades educativas, principalmente dentre os que estão alocados em unidades básicas, comparados aos que estão em unidades de saúde da família.
2. A influência do modelo biomédico e fragmentação da medicina, como justificativa do aprimoramento científico ainda preponderante na nossa sociedade, assim como a pressão exercida por parte da indústria farmacêutica, assim como atitudes defensivas como excesso de solicitação de exames.
3. Existe um movimento de mudança para uma atenção médica mais integral, através de ajustes na grade curricular de Medicina, já adotada por muitas universidades.
4. Em relação aos médicos estrangeiros houve uma dificuldade inicial em relação a linguagem, diferenças socioculturais e de condutas médicas, em grande parte dos casos superadas, principalmente entre os médicos mais experientes. Também foi observado interferência do modelo biomédico nas práticas desses profissionais.
5. A maior solicitação de orientação aos supervisores por parte dos médicos brasileiros era principalmente relacionada às redes de atenção à saúde.
6. As práticas assistenciais sofrem influência da gestão municipal e das limitações estruturais.

Em relação às dificuldades no processo de supervisão:

1. Falta de preparo prévio dos médicos para os encontros de supervisão, na maioria das vezes tomados pelo trabalho e pela cobrança em relação ao volume de consultas realizadas.
2. Dificuldade do médico em se envolver em atividades coletivas de promoção à saúde.
3. Dificuldade de aproximação com os outros membros da equipe de saúde. Nessa questão percebe-se a importância do médico como ponto-chave dessa integração.
4. Falta de territorialização e atendimento restritos a queixa conduta
5. Processo de trabalho de equipe muitas vezes “engessado” devido a um mau relacionamento entre seus membros e pouca atenção às necessidades do paciente.

Sobre os avanços no processo de supervisão:

O supervisor ocupa uma posição privilegiada de interlocução entre os sujeitos envolvidos nesse processo. Trata-se de um espaço importante de diálogo, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, auxílio na criação de protocolos de assistência e capacitações.

Sobre sugestões de melhorias para a supervisão:

1. Melhor compreensão do processo de supervisão por parte dos próprios supervisores, médicos, equipes de saúde e gestores, desvinculando a ideia de supervisão como fiscalização e sim como um instrumento de capacitação contínua.

2. Necessidade de maior autonomia do supervisor e ser de fato um agente de mudanças, através de um maior acolhimento de suas avaliações, maior aproximação entre tutores, supervisores e representantes dos Ministérios da Saúde e Educação.
3. O supervisor deve incentivar mais a discussão de casos, revisão de prontuários, levantamentos epidemiológicos e participar das elaborações dos projetos terapêuticos com as equipes envolvidas.
4. A estrutura dos relatórios preenchidos mensalmente pelos supervisores necessitaria ser repensada, com mudanças na estrutura das perguntas, de forma que fossem ferramentas pedagógicas que auxiliassem a realizar a supervisão de forma menos burocrática e mais eficaz em relação ao objetivo maior que é a educação permanente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independente do programa de provimento emergencial, a supervisão acadêmica é um importante instrumento de fortalecimento da educação permanente. Ocupa um lugar privilegiado de diálogo entre os profissionais que estão na “ponta” dos serviços de saúde e gestores.

É fundamental compreender a supervisão acadêmica como uma parceria entre os supervisores, supervisionados e suas respectivas equipes e gestores, para que haja uma aproximação, propiciando espaço para elaboração de atividades integradas entre os diversos segmentos, sendo essas consideradas vitais para um bom funcionamento e eficácia de promoção a saúde do indivíduo como um todo, acompanhando seu percurso nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Os desafios de mudança de modelo de atenção, de práticas fragmentada ao atendimento integral, são muito grandes. Ainda é forte a cultura da medicalização e das soluções instantâneas para os problemas de saúde. A realidade enfrentada pelos médicos e enfermeiros na atenção básica muitas vezes dificultam o rompimento dessas práticas tão arraigadas na cultura da nossa sociedade.

É um trabalho árduo de conscientização, através da proposta de Educação Permanente com envolvimento dos profissionais de saúde e da gestão dos municípios. A experiência da Supervisão Acadêmica no Projeto Mais Médicos abre espaço para novas perspectivas na Educação em Saúde.

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas – Brasília, 2000
2. Costa AM *et al.* Melhores (e mais) médicos. *Tempus, Actas de Saúde Colet*, Brasília, 9(4), 175-181, dez, 2015. p.175-181.
3. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95.
4. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018
5. Demografia Médica no Brasil 2018 / Coordenação de Mário Scheffer; equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aline Gil Alves Guilloux, Aureliano Biancarelli, Bruno Alonso Miotto e Giulia Marcelino Mainardi. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018
6. Mendonça FF *et al.* Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2907-2915, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18302016

7. BRASIL, Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso: 07 março 2017.

8. BRASIL, Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1369, de 08 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 09Julhode2013. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso: 07 março 2017.

9. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução Nº 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências

10. Brasil, Ministério da Educação, Portaria Conjunta Nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

11. BRASIL, Ministério da Educação, Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do PMMB e dá outras providências. Diário Oficial da União de 16/06/2015 (nº 112, Seção1,pág.11). Disponível: http://www.lex.com.br/legis_26895833_PORTARIA_N_585_DE_15_DE_JUNHO_DE_2015.aspx Acesso: 07 março 2017.

12.Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):975-986, 2005

13. Massaroli, A. e Saube, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf>

14._Nietsche EA, Backes VMS, Ferraz F, Loureiro L, Schmidt SMS, Noal HC. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):341-8.
Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a15.htm>.

15. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):913-922, 2016
DOI: 10.1590/1413-81232015213.08182015

16.Lima RCGS *et al.* Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2797-2805, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.15442016.

17.Brasil, Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União (DOU)* de 8 de Dezembro de 2017 (da Seção 1, Página 144)

18. Kemper ES et al. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2785-2796, 2016.

DOI: 10.1590/1413-81232015219.17842016

19. RODRIGUES CCP *et al.* Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(4), 151-158, dez, 2015. ISSN 1982-8829.

20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed.- São Paulo: Hucitec, 2008

21. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social/ Judith Sena da Silva Santana; Maria Angela Alves do Nascimento, organizadoras – Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

22. Campos CJG. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4

23. TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

24. 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).

25. AZEVEDO, B.M.S. et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface, Comunicação Saúde Educação* v.17, n.44, p.187-99, jan./mar. 2013.

26. Puttini R.F e cols. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 753-767, 2010.

27. PAIM, Jairnilson da Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In GIOVANELLA, Ligia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 547-573

28. Projeto Mais Médicos para o Brasil, Ministério da Saúde. Acesso:<http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/30000-uncategorised/59451-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>

29. Sales Dias, Anderson A SUPERVISÃO ACADÊMICA NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO ESPECIAL DE SUPERVISÃO. / ANDERSON SALES DIAS; orientador MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER. -- Brasília, 2017. 85 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2017.

30. NUNES, Tania Celeste Matos. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 1986, vol.2, n.4, pp.466-476. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400007>.

31. Adler MS & Gallian DMC .Formação Médica e Serviço Único de Saúde: Propostas e Práticas Descritas na Literatura Especializada. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 38 (3) : 388 – 396 ; 2014

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1

Entrevista aplicada aos Supervisores

Dados pessoais (opcional):

Nome:

E-mail

Telefone para contato

Municípios de atuação

Tempo de vínculo no Projeto Mais Médicos para o Brasil

Sobre o tema da pesquisa

- 1.Quais suas impressões sobre a atuação dos médicos no PMMB?
- 2.Quais são as principais dificuldades e avanços encontrados no trabalho com o médico, equipe de saúde e/ou gestão municipal?
- 3.O que seria necessário para melhorar o processo de supervisão?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**A Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: Percepções atuais e Potencialidades**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **avaliar as contribuições, dificuldades e possíveis melhorias da supervisão acadêmica para as pessoas envolvidas nesse Projeto.**

Caso você concorde em participar, será aplicada uma entrevista com perguntas para avaliar o que você entende sobre a supervisão acadêmica, dificuldades enfrentadas e sugestões sobre esse tema. A sua identidade será preservada. Os dados pessoais coletados serão utilizados somente para reconhecimento das informações e facilitação no trabalho de pesquisa, caso haja necessidade de um novo contato. A pesquisa será um instrumento para melhoria do processo de supervisão, fornecendo um melhor apoio para médicos vinculados a esse Projeto, e conseqüentemente, auxiliando a prestar um melhor atendimento para suas equipes de saúde, usuários e gestores municipais.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com

o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Carlos, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Roberta Ferracuti

Campus Universitário da UFSCar

Departamento: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

CEP: 13565-905

Fone: (16) 99460-8566

E-mail: roberta.ferracuti@gmail.com

APÊNDICE 3**Quadros de análise**

| QUADRO – A: | | | | |
|---------------|--|---|--|---|
| Entrevistados | Pergunta 1 | Pergunta 2 | Pergunta 3 | Síntese horizontal |
| 1 | <p>-Diferenças entre os médicos: os que reproduzem práticas e os que desejam mudança e aprimoramento (percebido principalmente nos médicos brasileiros formados no exterior)</p> <p>-Influência do modelo vigente interferindo na prática dos cubanos</p> <p>- Qualidades: Interesse em participar de treinamentos</p> <p>-Dificuldades de entender melhor a qualificação.</p> | <p>Dificuldades: -- Dificuldade de compreensão por parte de médicos, supervisores e gestão.</p> <p>O que é fazer a supervisão? O que se espera? Fiscalização?</p> <p>Tentativa de discutir qualificação</p> <p>Dependência do modelo da forma de gestão</p> | <p>-Maior proximidade com a gestão.</p> <p>-Reconhecimento do gestor sobre a importância do Programa</p> <p>-Diálogo com a gestão para qualificar processo de supervisão. Postura da gestão em relação a atenção básica.</p> <p>-Maior envolvimento</p> <p>-Pensar estratégias de metodologia</p> <p>Supervisão Acadêmica como instrumento de Educação permanente.</p> | <p>Há um enfoque sobre a importância da compreensão do real papel da supervisão por parte dos médicos, supervisores e gestores para se chegar a uma melhor adesão e alcance de objetivos de qualificação dos profissionais médicos.</p> <p>Conseqüentemente necessidade de diálogo constante entre supervisores e gestores; aproximação com representantes de equipe e o desafio da realização de uma supervisão adequada dentro do cenário das</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>Dificuldade de incorporar a equipe na supervisão</p> <p>Pouca clareza do trabalho de supervisão</p> <p>Supervisores poderiam ter problematizado mais com a gestão</p> <p>Tentativa de aproximação de gestores e supervisão</p> <p>Participação da chefia da equipe de saúde, porém sem compreensão do trabalho de supervisão</p> | <p>- Comprometimento com mudança de práticas, qualificação de ações e aprofundamento de conhecimentos.</p> <p>-Pensar em atividades integrativas e solicitar do médico uma prática mais integral.</p> <p>- Pensar na atuação refletindo sobre as demandas do Programa</p> <p>Entender lógica de tempo de estudo (erroneamente entendido como folga)</p> <p>Reflexão sobre o próprio trabalho.</p> | <p>unidades tradicionais de saúde, com grande demanda espontânea, condutas baseadas na medicalização e dificuldades de se trabalhar em equipe. Em relação aos médicos a reflexão sobre práticas mais integrativas e melhor uso do tempo destinado a atividades de educação permanente.</p> |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Médicos lotados na UBS: dificuldade de trabalhar em equipeDificuldade no encontro de supervisão (compatibilizar horários e priorizar supervisão)- Pouco envolvimento dos médicos em atividades coletivas.- Necessidade de preparo prévio dos médicos para a supervisão (geralmente são tomados pelo trabalho e pouca importância | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | em relação as discussões) | | |
| 2 | <p>-Médicos brasileiros: Formação limitada em relação ao trabalho técnico</p> <p>Necessidade de proximidade com o supervisor</p> <p>-Limitações estruturais</p> <p>- Médicos cubanos: melhor formação e experiência</p> <p>Entre os recém-formados: erros de prescrição</p> <p>-Outros com excelente formação, porém com</p> | <p>-Dificuldade de lidar com municípios que empregam mal os recursos e não compreendem o objetivo do Programa.</p> <p>-Merecimento do município melhora acesso porém não melhora a atenção básica.</p> <p>-Passividade diante de erros</p> | <p>-Supervisão: parte administrativa fica a desejar; pouca autonomia.</p> <p>Estamos sempre lidando com problemas</p> <p>Proposta: supervisão também ser gestão</p> <p>Fazer cumprir a atenção primária desejada</p> <p>Sensação de poder dar mais</p> <p>Municípios: quais profissionais vão fazer capacitações técnicas, trabalho em equipe.</p> | <p>Nota-se mais uma vez a questão do perfil da gestão se destacando em relação a qualidade dos resultados.</p> <p>Em relação aos médicos relata algumas diferenças técnicas, porem a importância de não ser passivo diante dos erros ou dificuldades vivenciadas, tais como falta de territorialização e condutas centradas somente nas queixas do paciente. Necessidade de qualificação constante.</p> <p>Proposta de uma junção de</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | <p>questões estruturais limitantes</p> <p>Sobre os médicos cubanos: Obedecem mais às regras sem argumentar. Tem receio de dizer “não” mesmo estando corretos. Medo de sair do projeto</p> <p>- Boa gestão + bons médicos= bons resultados</p> <p>Necessidade de qualificação</p> | <p>Sem mudanças para o município</p> <p>-Dificuldade: compreensão sobre atuação</p> <p>-</p> <p>Dificuldades: falta de território, queixa-conduta</p> | <p>Proposta: união ou ampliação com a residência em saúde da família. “Juntar projetos”.</p> <p>Política para potencializar soluções.</p> <p>Financiamento do Estado</p> <p>Objetivo maior: qualificar</p> <p>Questionamentos:</p> <p>Houve melhora do acesso?</p> <p>Investimento na atenção básica, porém sem mudança</p> <p>Profissional disponível, cumprindo horário melhorou a qualidade no atendimento?</p> | <p>projetos das Residências em Saúde da Família e o Projeto Mais Médicos, de forma a ampliar a atuação de profissionais que atuem na educação permanente dos profissionais.</p> <p>Finaliza com reflexões sobre investimentos realizados e os reais impactos no acesso a saúde</p> |
| 3 | <p>Médicos dispostos a atender na atenção básica</p> | <p><u>Dificuldades</u></p> <p>Contato com médicos, equipe e gestão</p> | <p>Estrutura mais definida de proposta metodológica</p> | <p>Traz a importância de o médico estar disposto a atender na atenção básica, conhecer o</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | <p>Uns se identificam com a proposta e querem contribuir</p> <p>Recém-formados: Alguns trazem experiências práticas da faculdade, outros mais inseguros com procedimentos básicos.</p> <p>Apoio dos municípios e supervisores</p> <p>Suporte</p> <p>Capacitação contínua de alguns municípios; disponibilidade de profissionais mais experientes</p> | <p>Médico: ter uma linguagem comum e conhecer o contexto do cenário como um todo.</p> <p>O médico é uma porta de entrada</p> <p>Supervisor: Depende da integração do médico para ter acesso a equipe</p> <p>Excesso de demanda sobre o médico</p> <p>Tem equipe que não faz reunião.</p> <p>Importância do médico na integração no trabalho</p> | <p>Necessário repensar pedagogia: elaboração de ferramentas pedagógicas para auxiliar em fazer supervisão de outras formas</p> <p>Supervisor: agente de mudança</p> <p>Mudança nas perguntas do relatório</p> <p>Tentar fazer levantamentos epidemiológicos</p> <p>Nas redes prioritárias o que perguntar, o que estimular no trabalho</p> <p>Sugestão: Supervisor de “rede” em todo município para</p> | <p>contexto do cenário que atua, afinal, geralmente é a “porta de entrada” ao sistema de saúde, além de ter papel fundamental na integração do processo de trabalho. Necessidade de apoio dos supervisores e gestores. Fala também sobre a supervisão no papel estratégico de interlocutor do processo.</p> <p>Supervisor de “rede” em todo município para fazer essa interlocução.</p> <p>(equipe/médico/gestão)</p> <p>Para melhoria da supervisão, necessário revisar proposta metodológica, com elaboração de</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | <p>Médicos formados fora: intenção de inserção e alguns se efetivam</p> <p>Teve menos contato com médicos cubanos</p> | <p>Gestão: difícil estar entre eles; cada um com objetivo diferente; viés na visão de cada gestor.</p> <p><u>Avanços:</u></p> <p>Ser interlocutor. Tentar desfazer os nós.; tentar ser mais efetivo.</p> <p>Ponte na gestão para auxiliar na capacitação</p> <p>Ponte sobre necessidade de exames (limitação)</p> | <p>fazer essa interlocução. (equipe/médico/gestão)</p> | <p>novas ferramentas pedagógicas, mudanças nos relatórios de supervisão, auxiliar profissionais em levantamentos epidemiológicos, abordagem nas redes prioritárias de atendimento. Supervisor como agente de mudança.</p> |
| 4 | <p>Impressão inicial</p> <p>Dificuldade com médicos cubanos- resistências</p> | <p>Dificuldade cultural dos médicos cubanos. Bom embasamento técnico,</p> | <p>Incentivo a discussão de casos.</p> | <p>Relata as dificuldades iniciais dos médicos cubanos em relação a linguagem e das diferenças sócio-</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | <p>sociais, linguagem, conflito, porém com melhora após algum tempo.</p> <p>UBS: não consegue estabelecer objetivo da atenção primária; restrição queixa-conduta</p> <p>Dificuldade de fazer diferente.</p> <p>Preocupação em fazer procedimentos (atitude defensiva)</p> <p>Grande demanda da UBS: demanda espontânea</p> | <p>porém com erros de prescrição.</p> <p>Relato de experiência positiva com revisão de prontuários</p> <p>Principal problema em relação as equipes: processo de trabalho “engessado”: não faziam atividade de promoção a saúde e gestão de prioridades.</p> <p>Mal relacionamento entre membros da equipe. Pouca reflexão</p> | <p>Coordenação da tutoria para os supervisores com tecnologias pedagógicas</p> <p>Propostas: módulos em saúde; elaboração de projetos terapêuticos; apresentação como produto.</p> <p>Melhorar a autonomia dos supervisores</p> <p>Melhorar a comunicação com os gestores</p> <p>Supervisão: usar dispositivos de auditoria para acompanhar médicos e enfermeiros. Para minimizar resistências, pactuar antes com as equipes.</p> | <p>culturais e de condutas do país, na maioria do tempo superadas com o tempo, principalmente nos profissionais com bom embasamento técnico. As restrições das unidades tradicionais de saúde no alcance dos objetivos de integralidade da atenção primária. Atendimentos limitadas na queixa-conduta, visão medicalizadora e excesso de demanda espontânea e pouca atenção às reais necessidades do paciente.</p> <p>A importância das discussões entre supervisor e médico no estímulo a mudanças diante</p> |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | <p>Negociações internas muitas vezes indevidas eticamente</p> <p>Visão medicalizadora</p> <p>Quando ampliava discussão havia vontade de mudar</p> <p>Ampliação de acesso</p> | <p>UBS: voltada para pronto-atendimento.</p> <p>Dificuldade de racionalizar recursos.</p> <p>Dificuldade de cumprimento de carga horária (mais concentrado no turno da manhã)</p> <p>Avanço: pontuar dificuldades e discutir problemas.</p> <p>Necessidade de educação permanente por parte do município</p> | <p>Saúde mental: apreensão em relação a excessiva medicalização (pensar em capacitação)</p> <p>Comunicação com a gestão: convite para participação</p> | <p>processo de trabalho muitas vezes “engessado” e dificuldades de relacionamento dentro das equipes.</p> <p>Na maioria entre os entrevistados, a necessidade de autonomia dos supervisores ganha destaque, como forma de melhorar comunicação com os gestores e sugerido uso de instrumentos de auditoria para acompanhamento das equipes, com pactuação previa com os envolvidos..</p> <p>Participação do supervisor também na elaboração de planos terapêuticos.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | <p>Pouca atenção as necessidades do paciente.</p> <p>Falta de perceber o que está sendo produzido</p> | | <p>A colaboração da tutoria na elaboração de tecnologias pedagógicas</p> |
| 5 | <p>Sobre médicos cubanos: Mais experientes verificou bons resultados os que tem pouca experiência (resultados a desejar). Percebeu dificuldade em relação a condutas médicas do Brasil (outras doenças e outras condutas)</p> | <p>Cubanos: mais dificuldade de receber ajuda. Se sentem inferiorizados. Resistências (não todos)</p> <p>Gestores: sinalizavam Equipes de saúde: mais distantes.</p> | <p>Maior empoderamento do supervisor</p> <p>Maior acolhimento das avaliações do supervisor</p> | <p>Dificuldades dos médicos cubanos em relação as condutas médicas no Brasil, tendo bom resultado final os médicos mais experientes. A maior solicitação por parte dos brasileiros é em relação ao fluxo de atendimento nas redes de atendimento.</p> <p>Distanciamento dos demais membros da equipe de saúde. Os</p> |

| | | | | |
|------------------|--|--|--|---|
| | Sobre médicos brasileiros: Solicitam menos ajuda, sendo a maior solicitação em relação ao fluxo da rede de atendimento. | Algumas conseguiu maior proximidade. Avanços: nas reuniões com a gestão e os médicos. Somente encontros com os médicos isoladamente torna o processo mais restrito | | maiores avanços da supervisão ocorreram nos encontros entre médicos, supervisores e gestores. Desafios da supervisão: maior empoderamento do supervisor e melhor acolhimento de suas avaliações |
| Síntese vertical | Existem diferenças de condutas entre os médicos: muitos que reproduzem práticas rotineiras como um atendimento restrito a queixa conduta, visão medicalizadora, falta de | A dificuldade da compreensão do processo de supervisão não se restringe somente aos médicos, mas também aos representantes de equipe, gestores, | A importância de desvincular a ideia de supervisão somente como uma fiscalização, e sim um instrumento de capacitação contínua. Supervisores poderiam problematizar mais com a gestão e buscar maior | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | <p>gerenciamento do tempo para realização de atividades educativas e de promoção a saúde, principalmente em médicos alocados em unidades básicas tradicionais e outros que desejam trazer contribuições a atenção básica e aprimoramento (percebido principalmente nos médicos brasileiros formados no exterior). Em relação aos médicos cubanos, percebeu-se uma dificuldade inicial em</p> | <p>dificultando a aproximação destes integrantes na supervisão, dificultando parcerias e priorização das atividades de supervisão. Novamente sinalizado a dependência do modelo da gestão na prática do Programa. Passividade dos profissionais diante de erros na prática da atenção à saúde (exemplos:</p> | <p>a aproximação com gestores. Fundamental a comunicação com a gestão e convite para participação em atividades do projeto e o reconhecimento do gestor sobre a importância do Programa. - Importância da postura da gestão em relação a atenção básica Outro aspecto bastante pontuado é sobre a necessidade de maior autonomia dos supervisores e também ter papel de gestão</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>relação a linguagem, diferenças socioculturais, e de condutas médicas (as vezes levando a erros de prescrição, principalmente em médicos inexperientes), superadas com o tempo na maior parte dos casos. Por outro lado, também foi identificado influência do modelo vigente interferindo na prática original de médicos cubanos. Ainda em relação a eles, há um perfil maior para seguimento de</p> | <p>medicalização excessiva, pratica da queixa-conduta)</p> <p>Principal problema em relação as equipes: processo de trabalho “engessado”: não fazer atividades de promoção a saúde e gestão de prioridades.</p> <p>Interferência da forma de relacionamento entre membros.</p> <p>Falta de territorialização e de elaboração de projetos</p> | <p>no projeto, além de ter suas avaliações mais acolhidas.</p> <p>Supervisor como um agente de mudanças.</p> <p>Sugestão: Supervisor de “rede” em todo município para fazer essa interlocução. (equipe/médico/gestão)</p> <p>Buscar parcerias e políticas para potencializar soluções</p> <p>Incentivar a discussão de casos, revisão de prontuários e participar das elaborações dos projetos terapêuticos.</p> <p>Maior participação da a tutoria com os supervisores para</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>regras e receio de sair do Programa, comparado aos médicos brasileiros. Entre médicos cubanos experientes observou-se bons resultados na assistência.</p> <p>A solicitação dos médicos, principalmente brasileiros por parte da supervisão, é maior em relação a dúvidas em relação ao fluxo da rede de assistência.</p> <p>De uma forma geral houve interferência das limitações estruturais dos</p> | <p>terapêuticos nas equipes.</p> <p>Pouco envolvimento dos médicos em atividades coletivas.</p> <p>- Geralmente não há preparo prévio dos médicos para a supervisão (geralmente são tomados pelo trabalho e pouca importância em relação as discussões)</p> <p>Dificuldade de racionalizar recursos.</p> <p>Dificuldade de</p> | <p>discussão de tecnologias pedagógicas.</p> <p>Pensar em capacitações em áreas mais críticas da prática médica como saúde mental e medicalização.</p> <p>Pensar em atividades integrativas e solicitar do médico uma prática mais integral.</p> <p>- Pensar na atuação refletindo sobre as demandas do Programa</p> <p>E possibilitar espaços de reflexão sobre o próprio trabalho.</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | <p>municípios nas práticas assistenciais.</p> <p>Outro ponto relevante foi a dificuldade de entender melhor o processo de supervisão, priorizar horários para esse encontro. Utilizar dia de estudo realmente para esse fim e não como dia de folga.</p> <p>Ressalta-se a interferência direta de uma boa gestão municipal e capacitação continua em resultados positivos nas práticas assistenciais.</p> | <p>cumprimento de carga horária (mais concentrado no turno da manhã).</p> <p>Pouca atenção as necessidades do paciente por parte da equipe como um todo.</p> <p>Falta de perceber o que está sendo produzido.</p> <p>Excesso de demanda sobre o médico</p> <p>Tem equipe que não faz reunião.</p> | <p>Necessário repensar pedagogia: elaboração de ferramentas pedagógicas par auxiliar em fazer supervisão de outras formas</p> <p>Mudança nas perguntas do relatório</p> <p>Tentar fazer levantamentos epidemiológicos</p> <p>Nas redes prioritárias o que perguntar, o que estimular no trabalho</p> <p>Proposta de união ou ampliação do Programa Mais Médicos com a residência em</p> | |
|--|---|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Cubanos: mais dificuldade de receber ajuda. Se sentem inferiorizados (não todos).</p> <p><u>Avanços:</u> Ser interlocutor entre os sujeitos envolvidos no processo. Ponte na gestão para auxiliar na capacitação dos médicos. Avanço também nas reuniões com a gestão e os médicos. Somente encontros com os</p> | <p>saúde da família. “Juntar projetos”.</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | médicos isoladamente torna o processo mais restrito | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|-------------|---------------|--------------|--------------------|---------|
| QUADRO – B: | | | | |
| | Convergências | Divergências | Complementariedade | Diverso |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|---|
| Atuação dos médicos | <p>a) Perfil diverso: os que reproduzem práticas x os que desejam mudanças</p> <p>b) Cubanos: melhor formação e experiência</p> <p>c) Cubanos inexperientes: resultados a desejar</p> <p>d) Trabalhar na UBS torna mais difícil atingir objetivos da atenção primária devido atendimentos restritos a queixa-conduta</p> <p>e) Grande demanda espontânea</p> <p>f) Influência da gestão nas práticas</p> | | | <p>a) Influência do modelo brasileiro de atenção básica sobre a conduta dos médicos cubanos</p> <p>b) Influência das limitações estruturais na prática medica</p> <p>c) Cubanos obedecem sem argumentar. Receio de dizer “não”</p> <p>d) Médicos brasileiros formados no exterior maior busca por inserção no mercado de trabalho.</p> <p>e) Negociações internas muitas vezes indevidas eticamente</p> |
|---------------------|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>g) Necessidade de apoio dos municípios</p> <p>i) Visão medicalizadora</p> <p>j) Dificuldades do médico cubano em relação a fatores culturais e condutas do Brasil.</p> | | | <p>f) Sobre médicos brasileiros: Solicitam menos ajuda, sendo a maior solicitação em relação ao fluxo da rede de atendimento</p> <p>g) - Qualidades: Interesse em participar de treinamentos</p> |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|---|
| | g) Limitações dos recém formados | | Alguns recém formados trazem experiências da faculdade | |
| Dificuldades e avanços | <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de compreensão do processo de supervisão por parte dos médicos, representantes de equipe, gestores e supervisores. - Dificuldade de incorporar a equipe na supervisão - Dificuldade na UBS de trabalhar em equipe - Dificuldade de lidar com gestores de municípios que não compreendem o | | <ul style="list-style-type: none"> -Tentativa de discutir qualificação nos encontros de supervisão, porém há uma dificuldade de compatibilizar horários e priorizar esse encontro. - em relação aos médicos cubanos: dificuldade cultural, de prescrição de condutas próprias do Brasil, apesar do bom embasamento técnico. Ainda percebe-se mais dificuldade de receber ajuda (algumas vezes causando sentimento de inferioridade) - Principal problema em relação as equipes: processo de trabalho “engessado”. Mal relacionamento entre | <p>A supervisor ser uma ponte entre médico e gestão para auxiliar na capacitação</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oportunidade da supervisão de pontuar dificuldades e discutir problemas -Dificuldade dos médicos na racionalização dos recursos -Relato positivo de experiência positiva com revisão de prontuários. <p>Avanços nas reuniões com gestores e médicos</p> |

| | | | | |
|------------------------|---|--|---|---|
| | Programa. “Viés na visão de cada gestor” | | membros da equipe. Resistências em realizar atividades de promoção a saúde e gestão de prioridades. | (somente encontros isolados com o médico, torna o processo de supervisão mais restrito). Dificuldade no cumprimento da carga horária (atendimentos mais concentrados no turno da manhã) Interferência da postura da gestão em relação a atenção básica. |
| Melhoria da supervisão | -Melhorar comunicação com gestores - Maior autonomia do supervisor, considerando | | Comprometimento com mudanças de prática, qualificação das ações e aprofundamento de conhecimentos. -Incentivo a discussão de casos | - Trabalhar a Importância do médico na integração no trabalho. |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>este como um “agente de mudanças”.</p> <p>-Mudanças nas perguntas do relatório (pensar em novas estratégias de metodologia e ferramentas pedagógicas da supervisão)</p> <p>Reconhecimento do gestor sobre a importância do Programa</p> <p>-Supervisão acadêmica como instrumento de Educação Permanente</p> | | <p>- elaboração de projetos terapêuticos</p> | <p>- O supervisor ser um interlocutor entre todos os envolvidos no processo: médicos, equipe e gestores.</p> <p>-Pensar na atuação refletindo sobre as demandas do Programa</p> <p>-Entender a lógica de tempo de estudo (erroneamente entendido como folga)</p> <p>-Estimular reflexões sobre o próprio trabalho</p> <p>-Juntar projetos da residência em Saúde da Família com o Programa Mais Médicos.</p> |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Levantar questionamentos sobre melhora de acesso, investimentos, cumprimento de carga horária e melhoria na qualidade de atendimento</p> <ul style="list-style-type: none">-Estimular levantamento de dados epidemiológicos.-Estimular questionamentos dentro das redes prioritárias de atendimento.-Coordenação de tutoria para os supervisores com tecnologias pedagógicas.- Usar dispositivos na supervisão par acompanhar médicos e enfermeiros. Para |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>minimizar resistências, pactuar antes com a equipe. -ênfase na capacitação em desmedicalização, principalmente relacionado a saúde mental.</p> |
|--|--|--|--|---|

