

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

Mariângela Costa Vieira^a

<https://orcid.org/0000-0002-9460-8644>

Edison Bueno^b

<https://orcid.org/0000-0002-4203-0879>

Talita Rocha de Aquino^c

<https://orcid.org/0000-0001-6576-478X>

Resumo

Os programas de provimento têm sido estratégias para superar a má distribuição de médicos no território nacional. As apostas do governo federal, nos últimos dez anos, propõem programas que oferecem, para além de profissionais, uma estratégia pedagógica no formato de supervisão das médicas e médicos do programa. Este trabalho tem como objetivo avaliar a atividade de supervisão a médicas e médicos dos programas de provimento do governo federal, na perspectiva desses atores, na Bahia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com referencial teórico-metodológico na hermenêutica dialética, que realizou entrevistas com médicos vinculados aos programas e supervisores na Bahia. Os resultados evidenciaram, como potencialidades, contribuições na qualificação do cuidado integral, na organização do processo de trabalho e na função de apoiador da prática dos profissionais. O formato, a frequência das visitas de supervisão e sua organização local foram apontados como dificuldades no processo. Destaca-se a importância da experiência na Atenção Primária à Saúde (APS) para a prática da supervisão, apontando o conhecimento produzido como estratégia pedagógica de ensino/aprendizagem. Por fim, reiteramos a necessidade de

^a Médica de Família e Comunidade. Mestra em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: maracv@gmail.com

^b Médico Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: edisonb@unicamp.br

^c Médica de Família e Comunidade. Mestra em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: tatiacquino@unicamp.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, n. 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. CEP: 44570-000. E-mail: maracv@gmail.com

construção inventiva e interrogadora e apontamos alguns caminhos e sugestões para superar o desafio da prática supervisora dos programas de provimento na Bahia.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção básica. Tutoria.

EVALUATION OF SUPERVISORY ACTIVITIES IN BAHIA'S PHYSICIAN SUPPLY PROGRAMS

Abstract

Provision programs have been used as strategies to overcome the poor distribution of physicians in Brazil. In the last ten years, the federal government has proposed programs that offer, besides professionals, a pedagogical strategy in the form of supervision of doctors in the program. Hence, this study evaluates the activity of supervision to physicians of the federal government's provision programs in Bahia, based on their perspective. Informed by dialectical hermeneutics, this qualitative research carried out interviews with physicians linked to the programs and supervisors. Results pointed to possible contributions to qualify comprehensive care, organize the work process and offer support to professional practice. Format, frequency of supervision visits and their local organization were identified as difficulties in the process. Experience in Primary Health Care (PHC) features as an important factor for acting as a supervisor, given the knowledge produced as a teaching/learning pedagogical strategy. Finally, the text reiterates the need for inventive and interrogative construction and point out some paths and suggestions to overcome challenges faced by the supervisory practice in provision programs in Bahia.

Keywords: Mais Médicos Program. Primary care. Mentoring.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PROVISIÓN DE MÉDICOS DE BAHÍA

Resumen

Los programas de provisión han sido estrategias para superar la mala distribución de médicos en el territorio brasileño. Las apuestas del gobierno federal en los últimos diez años proponen programas que ofrezcan, además de profesionales, una estrategia pedagógica, en el formato de supervisión de los médicos del programa. El objetivo de este trabajo es evaluar la actividad de supervisión de médicas y médicos en los programas de provisión del gobierno federal desde la perspectiva de estos actores en Bahía. Se trata de una investigación cualitativa,

con referencial teórico-metodológico en hermenéutica dialéctica, que realizó entrevistas con médicos vinculados a los programas y supervisores en Bahía (Brasil). Los resultados mostraron las potenciales contribuciones en la calificación de la integralidad del cuidado, en la organización del proceso de trabajo y en el papel de apoyo de la práctica de los profesionales. El formato, la frecuencia de las visitas de supervisión y su organización local se identificaron como dificultades en el proceso. Se destaca la importancia de la experiencia en la Atención Primaria de Salud (APS) para la práctica de la supervisión, señalando el conocimiento producido como estrategia pedagógica de enseñanza-aprendizaje. Por último, se reitera la necesidad de una construcción inventiva e interrogativa y se apuntan algunos caminos y sugerencias para el desafío de la práctica de supervisión de los programas de provisión en Bahía.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Atención primaria. Tutoría.

INTRODUÇÃO

O problema da escassez de médicos no território brasileiro é considerado o ponto de partida para a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) em 2011 e o Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. Sendo a aposta do governo brasileiro como indução do provimento emergencial de médicos na atenção básica. O eixo do provimento emergencial de médicos é chamado na Lei de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e sua coordenação fica a cargo dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS)^{1,2}.

A Bahia foi um dos estados que mais recebeu médicos em todas as edições dos dois programas³. Em 2016, o estado contava com 5 instituições supervisoras (IS), 24 supervisores médicos vinculados ao Provab, 170 no PMMB e mais de 1.500 médicos inscritos e acompanhados nos dois programas⁴. Em 2015, iniciou-se a incorporação do Provab ao PMM no estado da Bahia por meio dos supervisores e das instituições supervisoras de ambos os programas. Essa transição aconteceu à medida que o Provab tinha suas vagas reduzidas e direcionadas para o PMM. A extinção do programa ocorreu em 2017, ficando vigente apenas o PMM no território nacional. Em janeiro de 2022, estão atuando, em território baiano, no Mais Médicos, quase 1.500 médicos e médicas. Desses, 13 na tutoria e 146 na supervisão, representando seis IS. A IS Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – na qual as autoras exercem funções de docentes do curso de medicina e tutoras do programa – conta com 24 supervisores e supervisoras e 242 médicos e médicas, vinculados a setenta municípios em cinco regiões de saúde do estado; nos núcleos regionais de saúde leste, nordeste e sul. Ambas as tutoras citadas tiveram oportunidade de realizar supervisão nos programas de provimento, antes de assumirem o referido cargo.

O Provac e o PMMB propõem, para além de ofertar provimento de profissionais para atuação na Atenção Básica (AB), uma oferta pedagógica em que uma das frentes é a supervisão das médicas e médicos participantes do programa. No entanto, apenas em 15 de junho de 2015 a Portaria nº 585 regulamenta a supervisão acadêmica. Segundo essa portaria, a supervisão se caracteriza como um dos eixos educacionais do PMMB, sendo responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente em saúde, por meio da integração ensino-serviço, formando profissionais nas redes de atenção à saúde; no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto. Conseqüentemente, fortalecendo também a Atenção Básica e a articulação dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil⁵.

A supervisão acadêmica, sendo eixo transversal, está presente nos dois ciclos formativos previstos no programa. Compondo o primeiro com a especialização, que tem o objetivo de aproximação do médico com o SUS, com a Atenção Básica e com o território adscrito da sua Unidade de Saúde Familiar (USF), além de sua realidade. No segundo ciclo, a supervisão soma-se ao aperfeiçoamento e extensão, com o objetivo de propiciar o aprofundamento do conhecimento do médico em temas relevantes no âmbito da Atenção Básica⁶.

Na proposta educacional dos programas, existem funções de supervisores e tutores, desempenhadas por profissionais médicos ligados a instituições de ensino superior do território nacional. A tutoria trabalha em parceria com as coordenações estaduais do projeto e são responsáveis pela orientação acadêmica, planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos supervisores⁷.

A supervisão tem suas atuações coordenadas pela tutoria e, de forma geral, têm o objetivo de acompanhar e apoiar, de forma permanente e longitudinal, as médicas e os médicos participantes do programa^{1,5}. Esse médico é selecionado entre profissionais de medicina por meio de edital, conforme critérios e mecanismos estabelecidos pela instituição, aderentes e validados pela coordenação estadual do PMMB. Assim, sendo responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização das atividades de ensino-serviço do médico participante, em conjunto com o gestor do SUS no município. Tem como atribuições mínimas a realização de visita periódica mensal para acompanhar atividades das médicas e médicos no município, estar disponível por meio de telefone e internet, aplicar instrumentos de avaliação e, em conjunto com o gestor do SUS, acompanhar e avaliar a execução das atividades de ensino-serviço quanto ao cumprimento da carga horária prevista de quarenta horas semanais⁷.

Preconiza-se que o supervisor, durante a primeira visita de supervisão presencial, realize um diagnóstico das condições de trabalho, estrutura da unidade, disponibilidade de materiais, medicamentos e recursos e das necessidades de saúde da população por meio de

um “relatório de primeira visita”⁵. Esse instrumento, em formato de checklist, também tenta buscar as necessidades para o desenvolvimento de competências do profissional. O supervisor deve definir, em conjunto com o profissional, quais serão os planos de educação permanente⁸.

Acreditamos que o momento da supervisão deveria problematizar a prática cotidiana e ser impulsionadora da reflexão, da possibilidade de resolução de problemas e do aprimoramento da prática do médico da saúde da família com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado⁹. Dessa forma, o supervisor deve ter a função de “apoiador” do médico, em uma perspectiva de suporte e impulso, ajudando nas reflexões dos dilemas e impasses, ofertando recursos e empurrando para atingir objetivos; tanto no núcleo de saberes quanto no campo. Poderíamos fazer uma alusão ao “Apoio Paideia” como referencial para pensar o fazer da supervisão, já que pode ser utilizado na gestão (apoio institucional), nas relações interprofissionais (apoio matricial) e na relação clínica (clínica ampliada e compartilhada)¹⁰.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo principal avaliar a atividade de supervisão às médicas e aos médicos dos programas de provimento do governo federal, na perspectiva desses atores, na Bahia. Espera-se contribuir para aumentar a capacidade de análise e de produzir inovações possibilitando renovações¹¹. Pretende-se a compreensão ampliada, pelos sujeitos da pesquisa, sobre as potencialidades e fragilidades do trabalho da supervisão médica dos programas.

MATERIAL E MÉTODOS

A fim de avaliar a prática da supervisão do PMM na Bahia, a pesquisa de caráter qualitativo, tem como referencial teórico-metodológico a hermenêutica dialética, combinação que, segundo Habermas citado por Minayo¹², faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. possibilitando uma reflexão que se funda na práxis. Sob a ótica hermenêutica, entender a realidade é entender o outro e entender-se no outro. Incorporando o pensamento dialético: “A mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia”¹².

Os dados foram coletados por meio da realização de entrevistas abertas para cada clientela específica (médicos participantes ou ex-participantes do PMMB ou do Provab e médicos supervisores ou ex-supervisores dos programas). A escolha dos médicos e supervisores ocorreu por meio de carta-convite, por meio eletrônico, enviada a todos que compunham o programa à época, mediante o acesso aos bancos de dados fornecidos pelo MS e MEC, os quais autorizaram a pesquisa por meio de termo de anuência. Os profissionais, a priori, foram selecionados aleatoriamente entre os que se interessaram e, em sua maioria, tinham Salvador (BA) ou região metropolitana como campo de trabalho. Não foram entrevistados médicos supervisionados pela pesquisadora.

Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram questionários, acompanhados do termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista aberta contou também com questões norteadoras, sendo quatro perguntas para cada grupo. Foi solicitado aos entrevistados que falassem livremente sobre o processo de supervisão e suas percepções. As entrevistas tiveram em média quarenta minutos cada, variando de vinte a noventa minutos de duração, livre de escuta de outras pessoas. A coleta de dados das entrevistas foi interrompida quando foi atingida a saturação teórica. A saturação da temática em questão foi constatada quando um determinado conjunto de percepções a partir da amostra passou a ser repetitivo, e as diferenças que se apresentaram anteriormente já haviam sido valorizadas e exploradas¹³.

Os encontros aconteceram entre os meses de março e setembro de 2016. As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora, e os respectivos áudios foram armazenados pelo tempo necessário para transcrição e análise temática dos dados obtidos, sendo posteriormente descartados e utilizados exclusivamente para este projeto. Os resultados apresentados neste artigo fizeram parte do trabalho de dissertação de mestrado da pesquisadora.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) sob o nº 1.254.711, versão 2, CAAE: 48057515.9.0000.5404, no dia 1º de outubro de 2015.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, realizada com auxílio do *software* Nvivo 11. Elaborou-se uma primeira classificação por temas mais relevantes, que envolvem potências, fragilidades e dispositivos do processo de supervisão. Essas expressões, ou palavras significativas, codificaram dados a partir de unidades de registros e foram categorizadas em dois núcleos de sentido, quatro temas e sete categorias apresentados na seção resultados e discussão (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Núcleos de sentido, temas e categorias de análise. Salvador, Bahia, Brasil – 2016

Núcleos de sentido	Temas	Categorias
Percepções sobre a supervisão	Potencialidades	Contribuição na qualificação do cuidado integral
		Contribuições na organização do processo de trabalho
		Equalizando caminhos entre apoio e fiscal
	Fragilidades	Entraves ao processo de supervisão: do formato à organização local
Dispositivos utilizados na prática da supervisão	Relatórios	Importância da experiência em APS para a qualidade da prática supervisora: “a cabeça pensa onde os pés pisam”
		Variações entre trabalho morto e indução de visita: “Menos relatórios, mais encontros.”
	Outros dispositivos	Quebrando o gesso do protocolo e reinventando o fazer supervisão

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A técnica de saturação resultou em 14 entrevistas, conforme características expostas nos **Quadros 2 e 3**. Duas das supervisoras já foram médicas vinculadas aos programas, uma do Provab e a outra do PMM. Sendo assim, expuseram suas opiniões acerca dos dois papéis: supervisionar e ser supervisionada. Apenas uma supervisora estava vinculada a uma entrevistada médica.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do grupo 1 – supervisores e supervisoras dos programas de provimento do Governo Federal na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil – 2016

Nº	Idade (anos)	Sexo	Especialidade	Tempo de formação (anos)	Tempo de experiência na AB (anos)	NRS municípios que supervisiona (ou)	Programa em qual está vinculado	Período de atividade
1.	30	F	MFC (residência)	4	4	CENTRO-LESTE	PMM	2015
2.	30	F	MFC (residência)	6	6	NORDESTE	PROVAB e PMM	2013
3.	31	F	MFC (residência)	7	7	LESTE	PROVAB e PMM	2014
4.	40	F	MFC (residência)	12	4	NORDESTE	PMM	2014
5.	59	F	Imunologista	28	3	LESTE	PMM	2016
6.	29	F	MFC (residência)	4	4	NORDESTE, CENTRO LESTE e LESTE	PROVAB e PMM	2015
7.	47	F	SF (especialização)	21	10	SUL e LESTE	PMM	2013

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes do grupo 2 – médicas e médicos dos programas de provimento do Governo Federal na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil – 2016

Nº	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formação (anos)	Tempo de experiência na AB (anos)	NRS municípios que supervisiona (ou)	Programa em qual está vinculado	Ano em que iniciou atividades
1.	40	F	12	4	LESTE	PROVAB	2013
2.	59	F	28	3	LESTE	PMM	2013
3.	28	M	3	3	LESTE	PROVAB	2016
4.	35	F	2	2	LESTE	PROVAB e PMM	2015
5.	26	F	2	2	NORDESTE	PROVAB e PMM	2015
6.	34	F	3	1	LESTE	PROVAB	2015
7.	24	M	1	1	LESTE	PROVAB	2016
8.	35	F	12	3	LESTE	PMM	2013
9.	28	M	4	4	LESTE	PROVAB e PMM	2013

Fonte: Elaboração própria.

Tema 1 – Potencialidades

Categoria 1.1 – Contribuição na qualificação do cuidado integral

Percebemos, nas entrevistas, inferências sobre a potencialidade no processo de supervisão em relação ao tema da integralidade. Levamos em consideração, para as análises a seguir, que a produção do cuidado se dá no cotidiano dos processos de trabalho, construtores das práticas de saúde¹⁴.

Algumas vezes nas entrevistas transparecem sentidos da integralidade como um desafio tecnológico de arranjar, criar e recriar ações de modo a produzir, de maneira universal e equitativa, não apenas tratamento, prevenção ou recuperação da saúde, mas ações de cuidado^{14,15}.

Foram apontadas abordagens de supervisoras com tentativas de contribuir para a possibilidade de escuta, vínculo e, conseqüente, cuidado efetivo centrado no paciente; desde orientações clínicas quanto às atitudes e habilidades.

“O paciente fala três palavras e eles já vão pra queixa, não deixam a pessoa falar. Às vezes parece até polícia. [...] Foi bem tranquilo dizer assim: Oh, tenta fazer isso, escutar mais um pouco [...].” (Grupo 1, nº 1).

Para Mattos¹⁶: “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos”. Como a supervisora aponta:

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

Foi relatada também a resignificação atitudinal do médico supervisionado na busca de reconhecer, para além das demandas explícitas, as outras necessidades de saúde visando o cuidado integral, por meio da visita domiciliar¹⁷.

“[...] contribuiu para atualizar um pouco [...] porque a gente conversou sobre estar no domicílio, o cuidador [...] dessas outras interferências que dentro do consultório a gente não vive.” (Grupo 1, nº 6).

A supervisão tenta propor a compreensão de que, para tentar resolver as necessidades de saúde da população, precisamos praticar e fazer parte de uma rede de atenção integrada com a atenção básica como coordenadora do cuidado.

“[...] meu supervisor é angiologista e aqui é terrível para se conseguir um angiologista, e a gente vê muita úlcera, muito transtorno vascular. [...] e ele discutiu todos os melhores tratamentos, os melhores esforços. [...] Ele ajudou de alguma forma a que conseguisse tratar o paciente sem precisar da rede.” (Grupo 2, nº 13).

Nesse caso, não ocorreu a desejada integração da rede de saúde, mas a supervisão foi potente em contemplar o olhar para a resolutividade e responsabilização pelo cuidado integral¹⁸.

A supervisão pode ser potente ao buscar incentivar a integralidade, a integração de diversas esferas e recursos de trabalho em saúde, podendo, assim, ocorrer uma integração horizontal. Essa supervisão, que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que se relacionam mutuamente nas situações concretas de saúde-doença e cuidado, entra em articulação com uma integração também vertical, entre atenção primária, secundária e terciária¹⁵.

Categoria 1.2 – Contribuições na organização do processo de trabalho

O processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade, e nessa produção subjetiva do cuidado em saúde ocorre uma produção de si mesmos como sujeitos do trabalho¹⁹.

Em consonância, a supervisão se mostrou um dispositivo tensionador de práticas preestabelecidas, como o relato de que a demanda espontânea grande não era percebida como forma de expressão de uma lacuna nas necessidades de saúde e continuava sendo ignorada na organização desta USF¹⁶.

Por meio do relato da supervisora, percebemos a ativação dessa percepção, apresentando o acolhimento como uma nova ferramenta para os trabalhadores, como dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica (AB). Possibilitando inclusive a conversa entre eles, a participação coletiva nas decisões e a cogestão. Facilitando o repensar e refazer das práticas a partir de ofertas teóricas e olhar externo²⁰.

“[...] Conversei como era que as equipes funcionavam e o atendimento à demanda espontânea. E aí eles falavam muito que eles atendiam a quem chegava [todo mundo] nas unidades. E ficavam até tarde atendendo. Aí, a gente discutiu

um pouco sobre a importância de a pessoa ser acolhida por todos os profissionais da equipe. O quanto era importante dividir o trabalho. [...] E as duas enfermeiras eram enfermeiras de hospital, depois foi que eu consegui perceber [...] eu vou participar de reunião com toda a equipe para a gente discutir e conversar sobre acolhimento.” (Grupo 1, nº 1).

Das entrevistas, emergiram outras questões importantes, como a participação ou ausência dos médicos supervisionados em reuniões de equipe, espaços de decisão e as consequentes investidas da supervisora, que questiona a racionalidade gerencial hegemônica e aposta em um espaço mais democrático²⁰.

“Eu vou lá até a coordenadora de atenção básica: “você sabe que reunião de equipe é importante. Faz parte dos preceitos, das ideias de atenção primária.” [...] Aí a gestão: “ah, mas vai perder um turno.” Isso! Vai perder um turno, talvez agora, mas vai produzir saúde no futuro. A médica não pode estar sendo chamada a atenção enquanto ela está numa reunião de equipe. [...] Aí, assim, eu não sei se eles acham que eu tenho o poder, mas eu também não falo que eu não tenho. E a partir das reuniões seguintes, a médica já está sendo chamada regularmente. [...] É uma mudança.” (Grupo 1, nº 4).

Aqui, o trabalho em equipe deve ser encarado como *setting* pedagógico e terapêutico, reconhecendo que há coprodução de sujeitos e de coletivos a partir da vida cotidiana²⁰.

Evidenciamos, assim, uma característica fundamental do trabalho em saúde: ele é relacional. Além disso, é complexo, diverso, criativo, dinâmico e proporciona o encontro entre trabalhador e usuário. O trabalhador possui um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho e o seu fazer. Ele pode escolher se a assistência ocorrerá baseada em atitudes acolhedoras ou de forma burocrática, protocolar, prescritiva, priorizando procedimentos e embebida em tecnologias duras²¹.

“Meu supervisor falava: “Converse com os seus agentes comunitários de saúde (ACS), explique a importância da visita, por que deve ser feita a visita, qual o paciente que precisa do médico em casa. [...]” Sugeriu criar os critérios [...] a gente montava uma escala de acordo com os artigos [...] e o paciente que alcançasse mais pontos teria prioridade. [...] Só pelo fato de ter uma médica que vai em

casa, eles acham que a gente deve fazer porque eles querem, e tem pacientes que não precisam de visitas. [...] É a filha quem cuida e quer que a gente vá lá, e a paciente não tem nada! Não tem queixa nenhuma, só para o médico ver e falar que tá tudo bem. [...] isso não existe! [...] Então hoje, quem faz o meu critério de atendimento sou eu. [...] “Ok, quantos anos? Tá acamado, tá com o quadro de que [...].” (Grupo 2, nº 9).

O trabalho de supervisão nem sempre encontra reverberação. O profissional autogoverna seu processo de trabalho (morto), comprometido ou não, com os interesses dos usuários, agindo como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes²².

Categoria 1.3 – Equalizando caminhos entre apoio e fiscal

O termo supervisão pode ser associado, historicamente, a formas de controle autoritário, fiscalização, inspeção e poder sobre o trabalhador, mas o conceito vem ganhando outros significados e práticas, como de apoio²³. Campos imprimiu a expressão “Apoio Paideia”, referindo-se ao apoiador, que teria por função, entre outras, algumas que podemos utilizar como referenciais para a prática de supervisão aos médicos do PMM²⁰, como fomentar e acompanhar processos de mudança, ofertar suporte e buscar fortalecer coletivos, construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores.

A compreensão de construir, de maneira compartilhada com os outros interlocutores, o incentivo para fazer a gestão do trabalho em equipe, pensar a clínica, os processos pedagógicos de maneira dialógica, os saberes, valores e papéis são exemplos do que se pode buscar integrar à experiência do supervisor^{20,24}.

Usando o conceito de apoio matricial, podemos também fazer paralelos com um perfil de supervisão que tenha como objetivo propiciar a cogestão do processo de cuidado, dos processos de trabalho e o compartilhamento da clínica²⁵.

Vejamos algumas das situações relatadas:

“Eu me coloco enquanto pessoa que dá apoio para toda a equipe, mas é um apoio acadêmico e também um apoio em relação à gestão; em coisas que eles não conseguem resolver. Porque as equipes se sentem amparadas [...].” (Grupo 1, nº 1).

“Ele é alguém que quer saber qual a dificuldade que você tem para ajudar, quer saber como melhorar o processo de trabalho, o problema de relacionamento com a gestão. Ele para pra refletir.” (Grupo 2, nº 12).

“Ela sempre juntava todo mundo e fazia sempre uma dinâmica pra começar a conversa. Algumas reuniões [...] ela trazia um caso clínico, que não aquela conduta técnica [...] ela queria ver mais a questão do como que eu gerenciava os cuidados dos pacientes mais complexos [...]” (Grupo 2, nº 10).

Enquanto o ser supervisor no outro polo pode ser revestido de verticalidade, funcionando como um “super olhar”, uma “cabeça pensante” vinda do exterior, sem envolvimento com o cotidiano dos serviços, sem produção de mudanças²⁴.

“[...] a gente ouve supervisionar e já fica estressado. “Poxa, vai ver meu trabalho, vai ver como é que estou no trabalho, se estou atendendo, se estou cumprindo carga horária.” “[...] Ele também faz isso. Mas ele é sempre disponível e pergunta sobre demandas e sempre conversa com o gerente.” (Grupo 2, nº 13).

Compreendendo as mudanças como processos longitudinais, a proposta para a supervisão pode ser instituir processos facilitadores, com troca de opiniões, para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários²⁶.

Ainda como supervisor-apoiador, é necessário não reforçar isolamento profissional, hegemonia do poder médico e fragmentação das práticas. Assim, o profissional deve atuar como apoiador na unidade de saúde da família na qual o médico está inserido, trabalhando em equipe. Além disso, deve-se incentivar a não redução do campo de responsabilidade ao núcleo de saberes restrito ao médico. Dessa maneira, permanece o desafio da busca da interprofissionalidade, a intersetorialidade e ampliação do olhar para além da assistência médica. Por último, outro movimento feito pela UFRB foi a aproximação das equipes de apoio institucional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) a fim de ampliar as possibilidades de atuação nos territórios acompanhados.

Tema 2 – Fragilidades

Categoria 2.1 – Entraves ao processo de supervisão: do formato à organização

Com relação ao formato, os aspectos mais apontados pelos entrevistados foram a frequência das visitas e a sua conseqüente efetividade. Apesar de evidenciarmos algumas contribuições da supervisão no cuidado integral que os médicos oferecem nos programas de provimento, a maioria dos entrevistados relatou o processo de supervisão como pontual. Eles

acreditam que existe uma potencialidade, entretanto, com um certo limite na influência sobre as práticas. As falas abaixo evidenciam que o formato da supervisão no PMMB tem limitadores.

“E a supervisão, por ser pontual, não muda tanto o processo de trabalho, ou melhora a conduta, porque é uma vez no mês. Como vou ser responsável pela conduta do médico nos outros dias? [...] E espero que não seja minha função, porque não tem como!” (Grupo 1, nº 5).

“Eu acho que a gente nem consegue controlar isso (cumprimento de carga horária ou habilidades), porque eu não consigo estar com eles. Se eles fizerem uma consulta comigo, por exemplo, não quer dizer que eles irão repetir.” (Grupo 1, nº 4).

“É algo mais pontual, porque é uma visita rápida que acontece uma vez por mês [...] porque no PSF o problema não dura um mês. Em um mês, ou você resolve, ou problema se resolve.” (Grupo 2, nº 12).

“Eu não recebi orientação nenhuma de como fazer. Tinha um roteiro, né, mas assim, pouco apoio do tutor, pouca orientação. Para a última locorregional, a orientação era que “façam”. Muito solto assim, sabe? Então, do mesmo jeito que o outro supervisor fez a supervisão pelo telefone, eu podia fazer a supervisão pelo telefone e ninguém iria saber.” (Grupo 1, nº 1).

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

O estudo de Lima et al.²⁷ mostra algumas contradições entre perfis de tutores e “modos de fazer” tutoria. Refere-se que a produção de um *ethos* do grupo de tutoria, formando um balizamento pedagógico, seria essencial para a qualificação do projeto, o que também é evidenciado nesta pesquisa. A valorização dos espaços coletivos horizontais de escuta, análise e avaliação precisa ser premissa da estrutura da tutoria e supervisão acadêmica do PMM.

Com a pandemia da covid-19, instalada em 2020, e a necessidade de reduzir o trânsito de pessoas, reorganizar os fluxos dos serviços de saúde e contribuir com a medidas de distanciamento social e não aglomeração nos espaços físicos, o formato de supervisão do PMMB sofreu alterações. As visitas para supervisão pedagógica passaram a ser “longitudinais”, de forma remota, digitalmente, trazendo desafios mas também

potencialidades para esse novo momento da saúde. Com essa modalidade sendo a única possível, se esgarça o contato com as gestões municipais, equipe de saúde e usuários. A supervisão fica restrita a encontros virtuais apenas com médicas e médicos supervisionados. Por outro lado, a possibilidade de fazer um encontro coletivo aos moldes da modalidade “encontro locorregional”, para discussão temática e escuta coletiva, tem apresentado potencialidades e sendo bem avaliado pelas médicas e médicos durante o processo de avaliação anual, proposto pela IS.

Categoria 2.2 Importância da experiência em APS para a qualidade da prática supervisora: “a cabeça pensa onde os pés pisam”

A Portaria 585 afirma que é competência dos supervisores “ofertar suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento de ações da Atenção Básica”⁵. Entretanto, questiona-se se estariam preparados para trabalhar competências, como o conceito ampliado de saúde no processo de supervisão dos médicos inseridos na atenção básica²⁷.

“Ela não tinha vivência, notadamente ela não sabia o que fazer. Sabe aquelas pessoas que tipo assim: “poxa, abriu vaga pra supervisão!” Tipo: “tal valor, legal! Eu vou fazer isso!” (Grupo 2, nº 12).

A experiência na APS é considerada fator central na prática de supervisão. Os saberes da experiência, a forma como se lida, ou lidou, com todas as dificuldades e surpresas do trabalho inevitavelmente contribuem para qualificar o apoio aos médicos do PMM²⁸. Isso parte da vivência e do aprendizado cotidiano, contribuindo para que o supervisor seja autor e produtor do conhecimento na medida em que se deparou com a realidade e seja desafiado a produzir respostas e soluções para problemas do cotidiano do seu trabalho. Aposta-se na possibilidade de o supervisor utilizar o conhecimento produzido na experiência como estratégia pedagógica de ensino e aprendizagem durante o processo de supervisão.

Uma questão levantada na pesquisa é que muitas das contribuições não são, necessariamente, dependentes dos saberes de núcleo do supervisor médico. Além disso, propomos a reflexão da desnecessidade de apenas médicos serem supervisores, já que, para as entrevistadas, na maioria das visitas, as ações de campo se sobrepõem às de núcleo, além da outra potencialidade apontada, do supervisor como “função apoio”. Entendemos, nesse sentido, que a formação de outras categorias propicia ferramentas para exercer funções

de apoio, articulação e construção coletiva, e que elas poderiam trazer novos olhares para a supervisão do PMM. Nos anos que se seguiram, até 2022, a supervisão continuou restrita aos profissionais da medicina. A UFRB incentivou, entretanto, por meio da seleção de supervisores e supervisoras, que estes tenham formação na área; tendo no seu corpo, docentes universitários e médicos(as) de família e comunidade com experiência e atuação na AB, para que impulsionem a discussão de forma a extrapolar a biomedicina.

NÚCLEO DE SENTIDO 2 – DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO

Tema 3 – Relatórios

Categoria 3.1 Variações entre trabalho morto e indução de visita: “menos relatórios, mais encontros”

Por meio dos relatórios de supervisão, os supervisores registram atividades realizadas que podem variar entre visitas e reuniões. Os relatórios contêm questões sobre cumprimento de carga horária, situações de absenteísmo, temáticas discutidas e sua metodologia utilizada, ofertas educacionais e planejamento da supervisão do mês seguinte.

Evidenciou-se, para alguns supervisores, que os relatórios atuam como um dispositivo indutor e orientador das visitas. Entretanto, uma armadilha de seu uso pode ser o apresamento do supervisor ao relatório, fazendo assim um trabalho morto, com processo de trabalho pré-programado, sob o comando dos instrumentos e o aprisionamento do trabalho vivo. Dessa maneira, limita-se a ação do supervisor àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, pelo protocolo e pelo formulário²¹.

“Esse excesso de informação dura, atrapalha o desenvolvimento de outras informações mais produtivas. O tempo que a gente passa preenchendo aquele relatório, poderia estar encontrando as pessoas.” (Grupo 1, nº 2).

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

Assim, a normatividade se antepõe ao trabalhador (supervisor, no caso) no momento do ato produtivo. Abre-se, portanto, a possibilidade de o mundo do trabalho configurar-se como um lugar de captura de ações produtivas do trabalhador²⁹.

Tema 4 – Outros dispositivos

Categoria 4.1 – Quebrando o gesso do protocolo e reinventando o “fazer supervisão”

Há variações no modo de agir na hora da atividade produtiva, dependendo de quem é o trabalhador que está fazendo a atividade. Os campos das práticas da saúde e da educação são bons exemplos da evidência e da importância dessa fissura de liberdade, que há no mundo limitador dos processos produtivos²⁹. Na Bahia, na supervisão dos programas de provimento médico, também percebemos evidências de que há liberdade no agir do supervisor.

“Ela extrapolou as metas, as questões de puramente fazer o que se pede [...] da função habitual, predeterminada, de checklist da supervisão” (Grupo 2, nº 8).

Um outro dispositivo importante, apresentado neste estudo, foi o de um “devir apoiador”²⁶ na supervisão. Guardadas as devidas proporções, tendo como norte ou utopia, a tarefa de supervisão se aproximaria dessa função de apoio. O apoiador (supervisor) pode levar à possibilidade de “borrar os mapas vigentes, cronificados”, mesmo à revelia de tentativas de aprisionamentos, homogeneizações e burocratizações. Juntamente, ultrapassando os conceitos e métodos habituais é que se dá a invenção e a possibilidade dos deslocamentos³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sinalizamos elementos para contribuir com a reflexão desse processo e prática nos programas de provimento, identificando facilitadores e obstáculos à qualificação da supervisão.

Reiteramos que, para o “fazer supervisão”, há a necessidade de construção inventiva e interrogadora, não de um trabalhador moral que adere automaticamente, de corpo e alma, aos modelos de gestão (ou a determinados modos de se organizar o cuidado) propostos. O importante seria estar aberto aos encontros; “o modo de” fazer tutoria e supervisão estaria sendo gerado pelas relações entre supervisores e médicos. O trabalho em saúde acontece a partir de encontros e ações, construindo os novos perfis dos profissionais de saúde no Brasil.

Compreendemos ainda que o olhar de quem constrói as supervisões, assim como o de quem as recebe, qualifica a análise sobre essa oferta pedagógica, proporcionando uma reflexão da ação diária e contribuindo para que novas estratégias possam ser pensadas para o crescimento dos programas de provimento médico no território brasileiro.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação de dados: Mariângela Costa Vieira, Edison Bueno.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Mariângela Costa Vieira, Edison Bueno e Talita Rocha de Aquino.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Mariângela Costa Vieira, Edison Bueno e Talita Rocha de Aquino.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Mariângela Costa Vieira, Edison Bueno e Talita Rocha de Aquino.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface Comum Saúde Educ. 2015;19(54):623-34.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Médicos – Resultado para o país. Brasília (DF); 2015.
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Resolução n. 181, de 24 de agosto de 2011. Aprova o redesenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Salvador (BA); 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Brasília (DF); 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Resolução n. 2, de 26 de outubro de 2015. Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2015 out 27. Seção 1, p. 41.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília (DF); 2013.
8. Brasil. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Manual do Supervisor, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília (DF): Departamento de Gestão da Educação na Saúde; 2012.

9. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Manual do Supervisor – Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). Salvador (BA); 2014.
10. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface Comum Saúde Educ.* 2014;18(Supl.1):931-43.
11. Souza TP, Cunha GT. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. *Saúde Debate.* 2013;37(99):655-63.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):389-94.
14. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 113-50.
15. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29.
16. Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro (RJ): Cepes; 2009. p. 43-68.
17. Pinheiro R. Integralidade em saúde: integralidade como princípio do direito à saúde [Internet]. 2009 [citado em 2016 out 30]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>
18. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS; 2001. p. 113-26.
19. Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: *Trabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.* São Paulo (SP): Hucitec; 2013. p. 151-71.
20. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. 4a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2013.

21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. O processo de trabalho em saúde: unidade de aprendizagem, trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
22. Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador [Internet]. 1998 [citado em 2022 jun 1]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>
23. Nunes, TCM. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. Cad Saúde Pública. 1986;2(4):466-76.
24. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
25. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Colet. 1999;4(2):393-403.
26. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas (SP). Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas; 2011.
27. Lima RCGS, Grippa DW, Prospero ENS, Ros MA. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(9):2797-805.
28. Educação Permanente em Saúde em Movimento. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência [Internet]. 2014 [citado em 2016 out 23]. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/500e55v>
29. Merhy EE. O agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo: o mundo do trabalho é cartográfico e, como tal, se abre para desafios de desaprendizagens/descapturas de certas lógicas na busca de outras. In: Ribeiro VMB, organizadora. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora (MG): UFJF; 2011. p. 105-14.
30. Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Interface Comum Saúde Educ. 2009;13(Supl.1):729-38.

Recebido: 18.2.2022. Aprovado: 19.5.2022. Publicado: 7.7.2022.