



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

ANDERSON FREITAS DE SANTANA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO
DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) NO ESTADO DA BAHIA.**

Salvador
2017

ANDERSON FREITAS DE SANTANA

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) NO ESTADO DA BAHIA.

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração em Política, Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador
2017

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Freitas de Santana, Anderson
Avaliação do grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia. / Anderson Freitas de Santana. -- Salvador, 2017.
160 f.

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.
Dissertação (Mestrado - Saúde Comunitária) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2017.

1. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). 2. Atenção Básica. 3. Provimento de Médicos. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Sistema Único de Saúde. I. Queiroz Vilasbôas, Ana Luiza. II. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANDERSON FREITAS DE SANTANA

Avaliação do grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 18 de dezembro de 2017

Banca Examinadora:

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Prof. Luiz Roberto Augusto Noro – UFRN

Salvador
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, pelo esforço incessante para me ofertar as melhores oportunidades para minha formação profissional.

A todos/as os/as usuários/as do SUS que me motivam diariamente para trabalhar em prol da efetivação do direito à saúde.

A todos os profissionais que atuam na Atenção Básica com compromisso, dedicação e responsabilidade fazendo desta a porta de entrada ao sistema de saúde.

Por fim, dedico este trabalho aos supervisores e à equipe de gestão do PROVAB na Bahia, por conduzir com seriedade a estratégia de provimento de médicos para Atenção Básica.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo amor, força, dedicação e motivação. Vocês são os melhores!

Ao meu irmão, pela amizade, companheirismo e disponibilidade em todos os momentos que precisei.

À minha família, que sentiu minha ausência nos momentos dos encontros e celebrações. Obrigado pelo apoio e compreensão.

À professora Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, minha orientadora, que foi durante esta trajetória uma educadora. Conduziu com maestria o processo de ensino-aprendizagem; em alguns momentos precisou ser firme, em outros momentos necessitou acolher e reconduzir meu percurso acadêmico. Obrigado pela paciência, sabedoria, cuidado e respeito à minha autonomia; em nenhum momento desistiu de mim neste percurso de compatibilizar as funções de trabalhador e aluno. Sua trajetória de vida e profissional me inspiram a continuar resistindo diante dessa conjuntura política e de desmonte do SUS. Gratidão pelos ensinamentos!

À professora Carmen Teixeira, pelo conhecimento compartilhado na disciplina de Epistemologia e recomendações no início da construção do projeto de dissertação.

À professora Isabela Pinto, pelo convívio agradável, e debates em sala de aula que me ajudaram a compreender diversos processos da gestão em saúde.

A Daniel Santana, pelo convívio cordial em todo tempo que necessitei compartilhar minhas angústias, tristezas, conquistas, alegrias. Obrigado por tornar meus dias mais intensos e me ajudar a manter o foco!

Aos meus colegas da área de concentração em Política, Planejamento e Gestão, Maurício Wiering, Flávia Reis e Ana Maria Freire, vocês foram essenciais para tornar esta jornada mais leve.

À Leonara Silva, amizade solidificada durante o mestrado, tantos aprendizados e experiências compartilhadas, hein?

A Erisvaldo Souza, pela parceria e amizade que ultrapassa uma década. Estive ausente em muitos momentos, mas saiba que pode contar comigo. Obrigado por vibrar a cada conquista.

A Italo Aleluia, pela amizade, confiança, parceria, motivação e por acreditar em meu potencial. Obrigado, irmão!

À Maria Clara Guimarães, pela confiança, amizade e por todo apoio para chegar até aqui. Gratidão por cada aprendizado e pelo conjunto de ferramentas que me ensinaste a manusear.

À Viviane Prado, pela amizade edificada e que ultrapassa os limites do tempo e distância física. Obrigado por confiar em meu potencial.

A Marcus Vinicius Prates, pelo dom de me fazer rir mesmo nos momentos mais difíceis; nós comungamos projetos, ideias e muito suor pelo SUS. Sua amizade é preciosa.

A José Carlos Barbosa, Maria Bittencourt e Mariângela Vieira, pelos projetos construídos e por compartilhar aprendizados da saúde mental e medicina de família e comunidade. Obrigado!

À Kally Cristina Silva, por dividir sonhos e projetos, desafios e conquistas, sua inquietude e entusiasmo me motivam.

À Nilma Lima, pelos diálogos construídos e pela capacidade produtiva. Você me inspira. Feliz por encontrá-la nesta vida.

A José Cristiano Soster, pela oportunidade que me concedeu para contribuir com o Apoio Institucional da DAB, e por confiar em meu potencial.

À Sávia Machado, por acompanhar a reta final dessa caminhada e me acalantar nos dias em que a ansiedade tomava conta do meu ser.

Ao Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica/SESAB pelo acolhimento e por esta oportunidade de construir com o coletivo.

A Deberth do Carmo, Iêda Santos, Jamile Lima, Marcele Paim e Miriam Marambaia, trabalhadores/as do SUS, da Escola Estadual de Saúde Pública, pelos momentos de elaboração em prol do SUS. Obrigado pela confiança.

E, por fim, a todos/as os/as supervisores/as médicos/as que compartilharam suas experiências e se envolveram com a supervisão, em especial, Ana Laura Ramos, Claudia Menezes, Diego Bonfim, Eduardo Reis, Ileana Graziella, Joice Aguiar, Lorene Pinto, Lucas Costa, Lua Dultra, Washington Abreu, Rita Carvalho.

Encerro este ciclo com a sensação que fiz o que era possível; experimentei espaços de construção coletiva e percebi o comprometimento de atores e atrizes

trabalhando além das suas limitações física e mental para implementar políticas e programas no SUS.

A todos/as, muito obrigado!

“O conhecimento nos faz responsáveis”.
(Che Guevara)

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas. Pessoas
transformam o mundo.”*
(Paulo Freire)

SANTANA, Anderson Freitas de. **Avaliação do Grau de Implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017.

RESUMO

Os países que têm adotado a Atenção Primária à Saúde como proposta para reorganizar os serviços de saúde e ampliar o acesso à saúde tem-se deparado com um dos nós críticos para mudanças nos processos de gestão e da atenção à saúde que são os recursos humanos em saúde, principalmente, devido à escassez de profissionais, falta de qualificação para atuar nos serviços de saúde ou até mesmo a precarização das relações de trabalho. No Brasil, existe uma distribuição desigual de médicos atuando na Atenção Primária à Saúde em regiões de difícil acesso. Em 2011, foi criado o PROVAB que se fundamenta no apoio e incentivo para que profissionais de saúde atuem de forma supervisionada na atenção básica de municípios com carência de profissionais. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação do PROVAB no Estado da Bahia. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, exploratória, e elegeu-se o componente 1b da Análise de Implantação. No que concerne à descrição do grau de implantação do PROVAB, foram considerados 18 critérios reunidos em três dimensões, a saber: condições funcionais e de trabalho, pedagógica e gestão. Os elementos críticos do processo de implantação foram analisados mediante o uso do triângulo de governo proposto por Matus. Para cumprir os objetivos desse estudo foram analisados documentos do PROVAB e realizadas entrevistas semiestruturadas com membros da Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB na Bahia. As evidências foram sistematizadas em uma matriz de análise derivada do modelo lógico do PROVAB, que contém critérios e padrões para as dimensões estabelecidas. A matriz e o modelo lógico foram apreciados por um grupo de especialistas através da técnica de consenso simplificada. Os documentos foram analisados a partir da técnica de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que o PROVAB no Estado da Bahia alcançou 84% de implantação, dos 18 critérios avaliados, 13 (72%) foram considerados implantados, 4 (22%) implantados parcialmente e 1 (6%) não foi implantado. Foi evidenciado que o grupo de gestão do PROVAB conseguiu executar as atividades de implantação do PROVAB com capacidade técnica e habilidades gerenciais que permitiram alcançar êxito, principalmente, devido a capacidade de governo do grupo e ao apoio político e administrativo da Secretaria de Saúde do estado da Bahia. Entretanto, não foi evidenciado o incremento de recursos financeiros para potencializar os componentes do Programa. Evidenciou-se o envolvimento dos atores da coordenação da supervisão e da supervisão médica na tentativa de reorientar a formação médica apostando em dispositivos pedagógicos e recursos educacionais.

Palavras-chave: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Atenção Básica. Provimento de Médicos. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

SANTANA, Anderson Freitas de. **Evaluation of the Degree of Implantation of the Program of Valorization of the Professional of Basic Attention (PROVAB) in the State of Bahia.** Dissertation (Master in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2017.

ABSTRACT

Countries that have been adopting the Primary Health Attention as a proposal to reorganize health services as well as increasing access to health services are encountering one of the critical issues to imposing chances on managing processes and attention to health: human resources. The main reasons for such a scenario are a shortage of professionals, low qualification to perform health services, or the degradation of work. At Brazil, there is an uneven distribution of physicians working on the Primary Health Attention in regions where the access is difficult. In 2011, the PROVAB was created, which provides support and incentive to health professionals, so as to allow them to perform a supervised work on the Primary Health Attention of counties that suffers from shortage of professionals. This thesis aims to evaluate the magnitude of the PROVAB schedule goals achieved in the state of Bahia. This research is exploratory and qualitative and it is assessed the component 1b of the Implantation analysis. Regarding the PROVAB, 18 criteria are assessed and divided into three dimensions, namely: functional conditions, work conditions and management. The government triangle proposed by Matus is used to analyze the critical elements of the implantation process. In order to fulfill the objectives of this study, documents of PROVAB were consulted and semistructured interviews with members of the State Coordinator Commission of Bahia state were realized. The evidences are classified based on a matrix derived from the PROVAB's logical model, which contains criteria and standards for the evaluated dimensions. A specialist group validated this matrix and logical model through a simplified analysis. The analysis of documentation is based on Bardin's content technique. The results show that, in the state of Bahia, PROVAB reached 84% of schedule goals achieved, from the 18 evaluated criteria, 13 (72%) are considered fulfilled, 4 (22%) are partially fulfilled and 1 (16%) is not fulfilled. It is concluded that the management group was able to execute its activities related to PROVAB goals with technical capacity and management abilities, which led to the program success. The political capabilities of the group and the political support received from the Health's Secretary of Bahia state were important to achieve such an outcome. However, evidence related to the increase of the program financial resources is not found. The coordination of supervision and medical supervision were involved on the rearrangement of the physician formation applying pedagogical and educational resources.

Key words: Valuation Program of the Primary Care Professional (PROVAB). Basic Attention. Providing Physicians. Family Health Strategy. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1	Triângulo de governo	29
Figura	2	Macrorregiões de saúde do Estado da Bahia	35
Figura	3	Modelo lógico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia	39
Figura	4	Médicos, supervisores e municípios participantes do PROVAB, Bahia, 2013 a 2015	52
Figura	5	Estrutura funcional do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia	54
Figura	6	Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, dezembro/2007 a dezembro/2016	56
Figura	7	Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, setembro/2012 a setembro/2015	57
Figura	8	Percentual de implantação de cada componente do PROVAB, Bahia, 2013-2015	58
Figura	9	Percentual de implantação do componente de gestão do PROVAB, Bahia, 2013-2015	59
Figura	10	Percentual de implantação do componente condições funcionais e de trabalho do PROVAB, Bahia, 2013-2015	65
Figura	11	Percentual de implantação do componente pedagógico do PROVAB, Bahia, 2013-2015	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos participantes	36
Quadro 2	Matriz de critérios, indicadores e padrões para estimar o grau de implantação do PROVAB na Bahia	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária à Saúde
BMJ	- British Medical Journal
CCE	- Comissão Coordenadora Estadual
CCN	- Comissão Coordenadora Nacional
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIR	- Comissão Intergestores Regionais
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
COSEMS	- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
CPF	- Cadastro de Pessoas Físicas
DAB	- Diretoria de Atenção Básica
DIRES	- Diretoria Regional de Saúde
EAD	- Educação a Distância
EESP	- Escola Estadual de Saúde Pública
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
FAMEB	- Faculdade de Medicina da Bahia
FEM	- Feminino
FIES	- Fundo de Financiamento Estudantil
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	- Instituição de Ensino Superior
IS	- Instituição Supervisora
MAS	- Masculino
MEC	- Ministério da Educação
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
MS	- Ministério da Saúde
NRS	- Núcleo Regional de Saúde
NT	- Núcleo de Telessaúde

NTC	- Núcleo Técnico-Científico
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PEAB	- Política Estadual de Atenção Básica
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	- Produto Interno Bruto
PISUS	- Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	- Programa Mais Médicos
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PPP	- Projeto Político-Pedagógico
PROMED	- Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina
PRÓ-SAÚDE	- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS	- Relatório Ampliado de Supervisão
SES	- Secretaria Estadual da Saúde
SESAB	- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SOF	- Segunda Opinião Formativa
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	- Unidade Federativa
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UNASUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Sempre considerei ser tarefa essencial a pesquisa sobre a Atenção Básica e formação de recursos humanos em saúde para compreender a organização e a oferta de serviços nesse nível de atenção tão importante para a coordenação do cuidado, de modo que a atenção seja centrada no usuário considerando suas necessidades e singularidades.

Ao compor a equipe de trabalhadores da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, fui designado para atuar na equipe que conduzia a pauta da formação e provimento de recursos humanos para a Atenção Básica, cuja imersão requisitou momentos de aprofundamento sobre a temática presente na agenda governamental à época da implantação de um programa de provisão de profissionais no âmbito nacional.

Na minha experiência enquanto técnico, percebi que era fundamental a discussão sobre a formação médica e a elaboração de estratégias educacionais na Estratégia Saúde da Família que integrasse todos os profissionais, bem como a necessidade de evidenciar elementos que interferiam no processo de trabalho que, às vezes, eram imperceptíveis pela equipe.

Neste sentido, a política governamental de provimento e formação de profissionais médicos denominada Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB foi uma estratégia brasileira para minorar a escassez de médicos para a Atenção Básica. A partir da minha aproximação com o PROVAB fui à literatura buscar algumas respostas às minhas inquietações; algumas foram respondidas e outras permaneceram a lacuna. Diante disso, conclui a necessidade de investigar o PROVAB à luz de um referencial teórico que me permitisse compreender os propósitos do programa na teoria e prática, capacidade de ação dos atores e de controle das variáveis do programa.

Desse modo, o presente estudo teve como propósito avaliar o grau de implantação do PROVAB no Estado da Bahia, descrever as características da gestão estadual e identificar aspectos que foram favoráveis ou barreiras para o desenvolvimento da intervenção.

Inicialmente, pensei que seria impossível realizar o distanciamento do objeto de estudo o qual estava intrinsecamente relacionado com meu processo de trabalho.

Entretanto, Vieira-da-Silva (2014, p. 21) assinala que o sujeito imbricado com o objeto tem a possibilidade de perceber outros aspectos não acessíveis ao avaliador externo, bem como a incorporação de noções antecipadas como componentes da intervenção a ser avaliada. Adotado isso como referência, o trabalho desenvolvido seguiu o rigor metodológico de uma pesquisa avaliativa.

A seguir o leitor encontrará nas páginas deste trabalho a problemática, objetivos do estudo, percurso metodológico, resultados, discussão e considerações finais. E, no final do documento, instrumentos elaborados pelo pesquisador organizados na sessão de apêndices e, de produção de outros autores, nos anexos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVOS	28
2.1. Objetivo Geral	28
2.2. Objetivos Específicos	28
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
3.1. Referencial Teórico	28
3.2. Tipo de Estudo	31
3.3. Caracterização do local de estudo	34
3.4. Critérios para seleção dos participantes do estudo.....	35
3.5. Características sócio-demográficas dos participantes	36
3.6. Coleta e processamento dos dados	37
3.6.1. Análise documental.....	37
3.6.2. Entrevistas semiestruturadas	38
3.7. Plano de Análise	38
3.8. Aspectos Éticos.....	44
4. RESULTADOS.....	45
4.1. ASPECTOS NORMATIVOS DO PROVAB	45
4.2. O PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA	51
4.3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROVAB NO ESTADO DA BAHIA	57
4.3.1. Gestão.....	58
4.3.2. Condições funcionais e de trabalho	64
4.3.3. Pedagógico	68
4.4. TRIÂNGULO DE GOVERNO: ASPECTOS CRÍTICOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROVAB NA BAHIA.....	76
4.4.1. Projeto de governo.....	77
4.4.2. Governabilidade	79
4.4.3. Capacidade de Governo	84
5. DISCUSSÃO	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A - MATRIZ PARA PROCESSAMENTO DOS DADOS SOBRE O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROVAB.....	111
APÊNDICE B - MATRIZ DE COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS.....	132
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA.	142
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.	144
APÊNDICE E – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE.....	146
APÊNDICE F – CONVITE TÉCNICA DE CONSENSO ESPECIALISTAS.....	148
ANEXO A - DOCUMENTOS NORMATIVOS DO PROVAB.....	151
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	152
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CUSTEIO DE MATERIAIS, DIÁRIAS E SERVIÇOS	154
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA.....	155
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FOLHA DE APROVAÇÃO	156

1. INTRODUÇÃO

O Brasil chega, em 2017, ao 29º aniversário da promulgação da Constituição Federal e ao 27º aniversário da criação do Sistema Único de Saúde. Permanece, entretanto, o desafio de implementar, com equidade e universalidade, um sistema de saúde que assegure a 206.000.000¹ de brasileiros o direito à saúde de forma integral e universal (BRASIL, 1988, 1990; IBGE, 2016).

Para organizar o acesso à saúde, foram configuradas algumas concepções distintas de modelos de atenção em função de interesses (individuais, políticos, culturais, financeiros) implicando em distintas formas de organizar as práticas, processos e prestação dos serviços de saúde a partir da complexidade dos serviços de saúde, rede de serviços e atenção às necessidades de saúde da população por meio da promoção, prevenção e reabilitação para atender as necessidades de saúde (PAIM, 2012).

No contraponto ao modelo de atenção hegemônico, o país resolve investir na Atenção Primária à Saúde (APS), aqui denominada de Atenção Básica, nível de atenção com potencialidade para coordenar o cuidado e ordenar a rede, cujo pressuposto é ser o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, local em que os principais problemas de saúde podem ser identificados para sua resolução ou encaminhamento. A atenção básica resolutive é aquela capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade sanitária (MOURA et al., 2010; PAIM, 2012).

Starfield (2002) define quatro atributos essenciais para a APS: o acesso de primeiro contato, continuidade da atenção, coordenação e integralidade do cuidado. Enfatiza outros atributos que são chamados de derivados: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural. A presença desses atributos indica que um serviço de atenção primária é capaz de integrar o indivíduo à equipe de saúde e sua comunidade. Segundo Harzheim et al. (2006), esses atributos da atenção primária vão orientar e qualificar as ações, além de servir como guia para

¹ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projetou até o mês de julho/2016 que a população brasileira estava estimada em um total de 206.184.725 brasileiros, apontando para uma taxa de crescimento esperada de 0,80% para o ano de 2016.

apoiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços de saúde, servindo para identificar se as práticas estão fundamentadas na Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, a principal proposta desenvolvida para reorganizar os serviços de saúde apoiados na concepção de atenção primária formulada por Starfield (2002), tem sido a Estratégia Saúde da Família, criada como programa em 1994 (BRASIL, 2012a). Tem como principal desafio reorientar práticas de saúde que visam a modificar o modelo de atenção à saúde, considerando o cenário da atenção básica que é rico em possibilidades e diversidades de sujeitos, que, articulados, produzam cuidado aos usuários desde que orientados pelo princípio da integralidade (FAGUNDES DE SOUZA et al, 2008).

E, assim, a Estratégia Saúde da Família pretende reorientar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, de modo a ampliar a resolutividade das suas ações contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população adstrita ao território das unidades prestadoras de serviços de atenção primária (BRASIL, 2012a).

Entretanto, no âmbito do sistema de saúde brasileiro permanece a hegemonia do modelo médico assistencial privatista na organização e prestação do cuidado à saúde, na qual o processo de trabalho em saúde estrutura-se para abordar a doença, indicando a centralidade da concepção biológica da vida norteando o trabalho e, conseqüentemente, a formação dos profissionais de saúde (COLLIÈRE, 1989).

No contraponto a essa lógica biomédica, a assistência à saúde deve associar ações promocionais, protetivas e curativas no atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006), buscando a integralidade das ações como imagem-objetivo (MATTOS, 2001; 2004) da organização e do cuidado em saúde, concepções coerentes com a definição de atenção primária à saúde proposta por Starfield (2002).

As barreiras para a implementação de políticas de saúde que garantam a integralidade da atenção variam desde problemas com o financiamento do sistema de saúde até a falta de adesão de profissionais, sobretudo a corporação médica, ameaçada pelo desenho dos sistemas integrais de saúde que destacam a necessidade de dispor de médicos generalistas para atuar na atenção primária à

saúde, com conseqüente redução da demanda por especialistas médicos e empoderamento de outros profissionais da saúde (MACIEL FILHO, 2007).

Pinto e Teixeira (2011) apontam que um dos nós críticos para o processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país são os recursos humanos em saúde o que tem chamado a atenção, particularmente, de gestores e pesquisadores. Somada à escassez de quadros de profissionais, há também a falta de qualificação para atuar nos serviços de saúde, a precarização das relações de trabalho e a falta de compromisso de alguns profissionais, grandes desafios para a consolidação do SUS.

Apesar do reconhecimento legal da responsabilidade do SUS em ordenar a formação de recursos humanos para saúde, conforme disposto no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990, não havia uma política assumida pelas esferas administrativas do sistema para redirecionar a formação, tanto em número quanto em perfil de profissionais voltados para atender as necessidades do país, especialmente da categoria médica (MACIEL FILHO, 2007).

Durante a Conferência de Alma Ata, em 1978, se discutiu as dificuldades em prover médicos, em quantidade e com perfil desejado para atuar na assistência à saúde, apontando para a necessidade de treinar recursos humanos em número suficiente para prestar cuidados no âmbito primário, sendo recomendado à adoção de estratégias para incentivar profissionais de saúde para prestar serviço em áreas remotas e de difícil acesso (BRASIL, 1979).

A criação de estratégias para o provimento de profissionais para regiões de escassez é anterior à criação do SUS e à promulgação da Constituição Federal, em 1990 e 1988, respectivamente. Essas iniciativas foram instituídas na década de 60 a exemplo do Projeto Rondon, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em um período marcado pelo regime militar. Embora ambos tenham sido criados para interiorizar a formação em saúde, ações de saúde, e estruturação das unidades, com conseqüente aumento na cobertura populacional, haviam alguns limites e incongruências que levaram à sua extinção. Com isso, em 1993, o Ministério da Saúde criou o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) que teve como desafio interiorizar o médico, enfermeiro e agente comunitário, e, também, investir na expansão das unidades de saúde. O PISUS foi

abandonado e extinto em 1994, após um ano de sua criação, coincidindo com um novo mandato presidencial (MACIEL FILHO, 2007).

Contudo, os problemas de provisão de profissionais em regiões remotas e de difícil acesso, eram cada vez mais persistentes, demandando aos entes federativos a criação de estratégias para enfrentar essa problemática. O governo federal, resolve, em 2001, instituir o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Buscava incentivar médicos e enfermeiros para atuar na atenção básica de regiões com maior necessidade, cujas atividades foram ampliadas ao longo da existência do Programa. Após passar por sucessivas mudanças em sua estrutura, o PITS foi encerrado em 2004 (CARVALHO, 2013; MACIEL FILHO, 2007).

Além do PITS, no mesmo período, foram desenvolvidas iniciativas para mudanças na formação de médicos e outros profissionais de saúde, a exemplo de enfermeiros e dentistas, a exemplo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina – PROMED e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde (MACIEL FILHO, 2007). A partir das mudanças na formação, os programas indiretamente poderiam contribuir para o provimento desses profissionais em regiões de escassez.

Seguindo nesse debate e na perspectiva de minorar a escassez e má distribuição de profissionais médicos e enfermeiros, em 2011, o governo federal instituiu o PROVAB por meio da Portaria Interministerial Nº 2.087, de 1º de setembro de 2011 (BRASIL, 2011a). O programa fundamenta-se no apoio e incentivo para que médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuem de forma supervisionada presencial e à distância na atenção básica de municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e nas periferias das regiões metropolitanas. O apoio e incentivo à adesão ao programa pelos profissionais é caracterizado pela oferta de curso de especialização em atenção básica; pelo recebimento de bolsa federal de Educação pelo Trabalho; pelo acesso ao Telessaúde e ao Portal Saúde Baseada em Evidências para apoio diagnóstico e tele-educação; e possuem supervisão didático-pedagógica através de profissionais médicos que conduzem o processo formativo. Ao final de um ano de atividades, o médico concluinte com aprovação igual ou superior com conceito mínimo de 7,0 obterá o direito de utilizar um bônus de 10% de acréscimo da nota final do processo

seletivo de residência médica para os que forem aprovados (BRASIL, 2011a, CARVALHO, 2013).

O estudo de Oliveira (2015) mostrou que o PROVAB tem uma definição clara dos seus objetivos e metas, porém, as formas de implementação do programa nos municípios têm acontecido de forma difusa e não consensuada entre os atores envolvidos com o PROVAB, resultando em dificuldades na consolidação nos municípios. Semelhante aos resultados do estudo de Sales-Ferreira (2016), apontando que o programa de provimento do Ministério da Saúde tem resultado na ampliação do acesso, na qualidade da atenção básica e no resgate da ESF; porém, o papel dos atores em nível estadual para fomentar e implementar a política não tem sido desenvolvido conforme foi concebido, apontando como consequência a baixa governabilidade dos atores, pois a mesma está centralizada no nível de gestão federal.

Ao analisar a literatura nacional e internacional sobre a escassez de recursos humanos para a APS, não é recente a organização de governos e instituições de ensino para enfrentar e minorar um problema que afeta o acesso de milhares de pessoas aos cuidados primários em saúde. Estima-se que desde a década de 1960 tem sido fortemente analisada a necessidade da provisão de médicos para APS, e entre os anos de 1960 a 1972 percebeu-se que a concentração desses profissionais permeava os grandes centros e capitais dos estados (MACIEL FILHO, 2007).

Embora a escassez de médicos seja um problema encontrado em todo o país, a razão do número desses profissionais em 2013 foi de 1,48 médicos por 1.000 habitantes no Brasil e 0,97 médicos por 1.000 habitantes na Bahia, segundo dados cadastrados no CNES. Essa realidade é diferente dos países com sistema universal de saúde, onde a razão de médicos por 1.000 habitantes é superior a 1,8. Esses números revelam que a má distribuição de médicos e a escassez desses profissionais, tornam-se desafios para implementação da Política Nacional de Atenção Básica, sobretudo, a expansão da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia, que aconteceu de formas distintas e em diferentes contextos nos 417 municípios baianos (CFM, 2011; GIRADI, 2010) .

No Brasil, observa-se uma distribuição desigual de médicos, reforçando a dificuldade em prover estes profissionais para regiões vulneráveis e de difícil acesso (OLIVEIRA et al., 2015). Embora muitos gestores municipais procurem enfrentar a

má distribuição de médicos, principalmente, no âmbito da atenção primária à saúde, esse problema pode ser melhor enfrentado pelo nível central dos sistemas de saúde. A literatura recomenda a adoção de estratégias e incentivos monetários e não monetários por meio dos programas governamentais (SALSBERG, 2015; NKOMAZANA, 2015; HOLTE, 2015).

Alguns autores utilizam a nomenclatura de médicos gerais, médicos clínicos, médicos generalistas, ao se tratar do profissional egresso do curso de medicina habilitado para ofertar o cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Segundo a OMS (2011), cerca de 50% da população mundial reside em área rural, e apenas 24% dos médicos prestam serviços a essa população. Essa situação é ainda mais crítica em 57 países, cuja escassez de médicos impedem que milhões de pessoas tenham a quem direcionar suas necessidades de saúde.

No estudo de Shtasel et al. (2015), evidenciou que o problema da escassez de médicos nos EUA é mais relevante nas regiões rurais e carentes, enfrentado desde 1980 e o governo tem utilizado como estratégia para atrair profissionais os programas de residência médica. A força de trabalho médica será insuficiente para atender a toda demanda populacional a partir dos cuidados primários. Identificaram que os fatores que tem dificultado a atração destes profissionais para estes cuidados estão relacionados a formação inadequada dos profissionais e remuneração inferior à outras especialidades. Entretanto, apesar das iniciativas governamentais não há perspectiva de crescimento de profissionais médicos nos cuidados primários, ao contrário, estima-se crescimento em subespecializações e ocupação de postos de trabalho no nível hospitalar, apontando-se a necessidade de reorientar a formação dos futuros médicos tendo como pilares o cuidado em equipe, competência cultural, cuidados de baixo custo e gestão dos determinantes sociais da saúde.

Na Botswana o cenário não é diferente dos demais países quando se trata da escassez de médicos para Atenção Primária. A distribuição desigual de profissionais entre os serviços de saúde, migração para outras regiões, salários pouco atrativos, gestão ineficaz, profissionais não treinados para atuar no nível primário da atenção e incentivos inadequados para atuar em áreas remotas e difícil acesso foram destacadas como fatores para escassez de médicos. O país aposta na remuneração adequada e oferta de condições de vida e infraestrutura na zona rural, bem como

uma gestão competente para organizar os serviços e recursos humanos para atrair os profissionais para as áreas de escassez (NKOMAZANA, 2015).

Segundo Ozegowski (2013), em alguns países europeus a estratégia de determinar a quantidade de médicos por região de saúde considerando a necessidade de saúde da população se mostrou eficaz, assim como a remuneração dos médicos através de pagamentos por captação para atuar em áreas socialmente vulneráveis. Já a utilização do bônus financeiros ou intervenções na formação médica tiveram pouco ou nenhum efeito.

Em países como a Inglaterra, O'Dowd (2015) concluiu que existe grande dificuldade para atrair e prover médicos para atuar na APS, mesmo com uma oferta crescente de novos postos de trabalho e investimentos na formação médica. Aponta, ainda, a existência de uma percepção que os estudantes não querem treinar para serem médicos gerais, sinalizando a necessidade de adoção de estratégias que vão desde a expansão da força de trabalho multidisciplinar à novos modelos de equipe que articulem médicos e outros profissionais de saúde. No entanto, a aposta para atrair profissionais para atuar na APS tem de ter potencial para incentivar a permanência de cerca de 4/5 de profissionais que se formam em prática geral e deixam as funções a cada ano.

Em outra experiência nas Filipinas, o governo local lançou, em 1993, um programa para enfrentar a escassez de profissionais, por um período de dois anos; porém, após o término do período poucos médicos escolhem permanecer no local de trabalho, principalmente pela ausência de espaços e equipamentos de lazer e infraestrutura local (LEONARDIA et al., 2014).

De acordo com Silva e Pineault (2012), a Província de Quebec implementou algumas medidas para encorajar jovens médicos para atuar em áreas rurais, ofereceu incentivos monetários e programas de tratamento como estratégia para atrair os profissionais para atenção primária.

Em geral, a literatura aponta que há uma tendência de os médicos permanecerem nos locais em que formaram e realizaram a residência médica. Por isso, diversos estudos apontam a importância de interiorizar a graduação e residência médica como dispositivos para provisão desses profissionais (COOPER; HEALD; SAMUELS, 1977; BERGER, et al., 2014; CAMERON, 2002).

No Brasil foi realizada uma pesquisa com 1500 estudantes de medicina listando alguns fatores que eles consideravam ser atrativos para atuar na APS, em ordem de frequência listaram a remuneração, assegurar vaga se já selecionando em algum programa de residência médica, pontuação para os processos seletivos de programas de residência médica, segurança, supervisão e moradia. E, quando questionados qual(is) o(s) fator(es) que considerava(m) mais importantes para permanência no mesmo local de atuação superior a um ano, mencionaram a remuneração, bônus para residência, especialização em saúde da família e local de atuação (MARTINS, 2012).

Alguns estudos apontam que a dificuldade em prover médicos para atuarem na atenção primária à saúde ou em saúde rural deve-se a fatores relacionados à inadequação da infraestrutura de unidades de saúde e precarização das relações de trabalho (NIKOMAZANA, 2015; TALIB, 2013).

Nesse sentido, alguns países têm adotado estratégias para provimento de profissionais através de incentivo monetário, utilizado para atrair profissionais para áreas de difícil provisão, e variam de acordo com o local de atuação dos profissionais e a conformação do mercado de trabalho para os especialistas em medicina de família e comunidade. Já os incentivos não monetários variam desde redução da dívida estudantil, aprimoramento técnico e bônus na nota final para acesso a programas de residência médica (BRASIL, 2011a; CAMERON, 2002; RABINOWITZ, 1993). Embora os incentivos financeiros sejam estratégias para atração destes profissionais Campos e Malik (2008) apontam no seu estudo que não tem sido o suficiente para prover médicos em áreas longínquas, principalmente em regiões poucas atrativas quanto ao desenvolvimento econômico e cultural.

Para a OMS (2011) as estratégias de regulação e atração de profissionais devem estar claramente incluídas no plano nacional de saúde e devem ter a dimensão do gasto financeiro para custear a estratégias de fortalecimento de recursos humanos em saúde.

Maciel Filho (2007) em sua tese de doutorado, evidenciou fatores condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e buscou a partir disso identificar estratégias de intervenção aplicáveis à realidade brasileira. Para isso, identificou cinco eixos de análise que possibilitaram a compreensão; a

capacidade de gestão dos municípios, dimensão política, formação dos médicos, distribuição das escolas médicas e, por fim, o movimento de migratório dos médicos.

Apesar das evidências encontradas na literatura nacional e internacional que analisa a escassez de profissionais médicos para APS, bem como conhecendo as suas causas e consequências e, também, mecanismos utilizados para assegurar a provisão de profissionais, há carência de estudos que avaliem a implantação dessas intervenções e os fatores contextuais relacionados à sua implantação, de modo que compreendam as variações que são observadas no grau de implantação das estratégias nos diversos países e seus contextos.

Pelo exposto, o objetivo deste estudo é avaliar o grau de implantação do PROVAB no Estado da Bahia. Assume-se que o Programa está implantado se os municípios participantes asseguram provimento do profissional médico por no mínimo 12 meses, qualificam o serviço prestado na atenção básica e realizam expansão da cobertura populacional da saúde da família; os profissionais estejam regularmente matriculado em curso de especialização em atenção básica, tenham as atividades práticas nas unidades de saúde acompanhadas por supervisores médicos; e a Comissão Coordenadora Estadual (CCE) esteja em funcionamento.

Sendo assim, as questões que norteiam a pesquisa são: Qual o grau de implantação alcançado pelo PROVAB no Estado da Bahia? Quais as características da gestão do PROVAB no Estado da Bahia que interferiram em seu desenvolvimento? Que fatores impulsionaram ou obstaculizaram a implantação do PROVAB?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia de 2013 a 2015.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características da gestão estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica na Bahia;
- Estimar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no estado da Bahia;
- Identificar os aspectos favoráveis e obstáculos para o desenvolvimento do PROVAB no estado investigado;

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Referencial Teórico

O referencial teórico que fundamentou esse estudo está ancorado nas contribuições de Carlos Matus, especialmente, sobre o triângulo de governo, que à luz da teoria Matusiana possibilitou compreender a complexidade da gestão de uma política de saúde, objeto dessa pesquisa, a partir das variáveis projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo.

Inicialmente é necessário fazer algumas reflexões sobre a ação de governar, que, segundo Matus, é uma arte, mas não é pura arte. É um processo complexo e requer do dirigente algumas habilidades que, aliadas ao conhecimento técnico, cria possibilidades de articular as variáveis que estão presentes no ato de governar. Algumas ações irão requisitar do ator a utilização de estratégias que sejam capazes de vencer e minorar as contradições, as adversidades das circunstâncias, entre outras variáveis que não estão sob seu controle e que podem comprometer o projeto

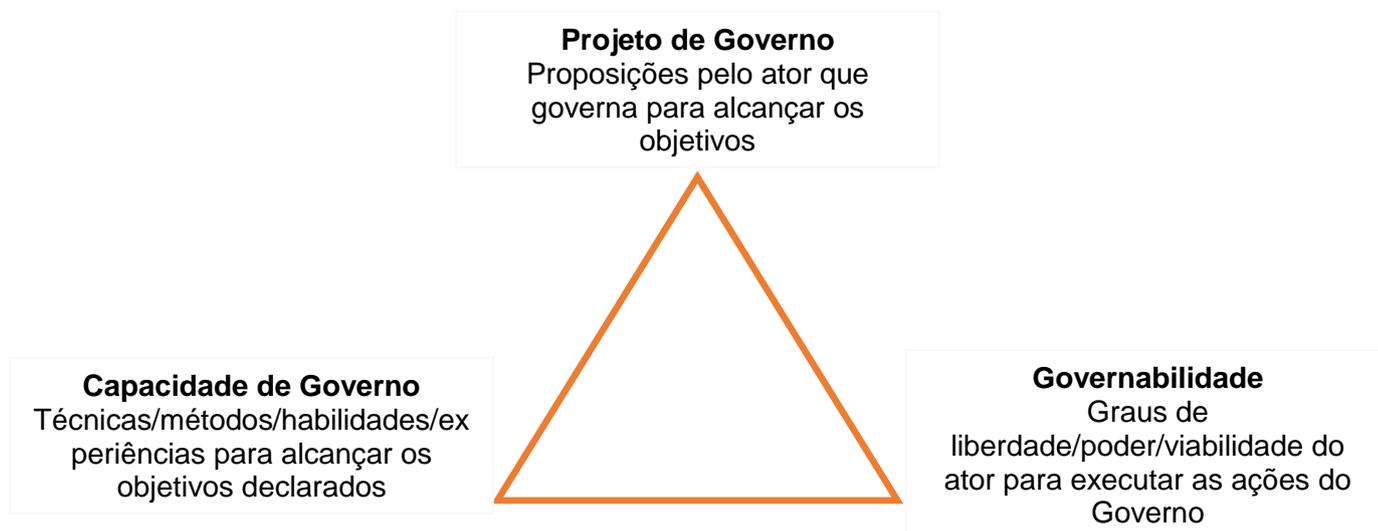
de governo. Este ato estende-se à transformação das ações em resultados, que, podem, ou não, convergir com as necessidades da população (MATUS, 1993).

Portanto, o ato de governar não pode depender do acaso, em que as variáveis estão fora do campo de intervenção do dirigente, mas requer do governante habilidades para analisar, articular e decidir estrategicamente.

Para Matus, governar exige a articulação e ao mesmo tempo uma interação sinérgica entre as três variáveis, projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo, que são interdependentes, de modo que a relação desarmônica entre elas compromete não somente o ato de governar, mas, os resultados esperados do projeto em execução (MATUS, 1993, 1996).

Matus (1993), em seu texto sobre o triângulo de governo sumariza o conceito de cada variável que compõe o triângulo de governo, e como o ator que governa pode utilizar o conhecimento técnico, ter clareza do projeto que deseja governar e a capacidade de manejar recursos e até mesmo antecipar-se as situações indesejadas.

Figura 1 -Triângulo de Governo



Fonte: Matus, 1996.

Logo, as questões apontadas inicialmente mostram que há um jogo social nebuloso e impreciso, que confere aos governos apostas ligadas em uma espécie de cálculo técnico-político, movido por juízos intuitivos e muito pouco baseado em

razões determinísticas, operando uma espécie de “jogo criativo” de atores rodeados de incertezas.

A primeira variável refere-se ao projeto de governo enquanto proposições determinadas pelo ator que governa, de modo que possa alcançar os seus objetivos, devendo-se examinar atentamente as questões envolvidas no âmbito da política, principalmente, a econômica. Essas proposições podem resolver os problemas, produzindo benefício, mas possuem custos potenciais. Essa dualidade pode gerar benefícios para alguns e prejuízos para outros. Portanto, o projeto de governo refletirá sempre as circunstâncias e interesses do ator que governa, e, também, a capacidade de governo, que inclui desde a compreensão da realidade até a antecipação de problemas que possibilitarão a geração de hipóteses que conseqüentemente formatará ações eficazes (MATUS, 1993).

O segundo componente do triângulo de governo diz respeito a governabilidade do sistema que representa a relação de variáveis controláveis e não-controláveis pelo ator no processo de governo. Reflete a capacidade de influência e manejo do ator em controlar as variáveis, e ao mesmo tempo, o seu grau de controle das variáveis que são compartilhadas por outro ator, de modo, que, quanto mais variáveis estiver sob o controle do ator, maior será a sua liberdade de ação e maior será a governabilidade do sistema. Contudo, a governabilidade será sempre relativa a um ator determinado, operando em diferentes proporções, e de acordo com a complexidade ou simplicidade dos objetivos propostos (MATUS, 1993).

O terceiro componente do triângulo de governo está relacionado a capacidade de governo do ator, o domínio com o qual conduz os recursos empreendidos. Matus afirma que é *sine qua non* ao alcance de êxito no governo, operá-lo a partir de técnicas, métodos, habilidades e experiências que este ator e sua equipe devem possuir no processo de controle, gerência e administração. Há de destacar que esse ator deve dominar técnicas do planejamento, possibilitando a equipe uma potência no desenvolvimento da capacidade de governo (MATUS, 1993).

Em suma, os componentes do triângulo de governo, embora representem variáveis particulares, se encontram mutuamente condicionadas. Assim, o projeto de governo constituiria propostas de ação; a governabilidade, possibilidades de ação; e a capacidade de governo (pessoal e institucional), a capacidade de ação.

Diante do exposto, a partir do referencial teórico de Carlos Matus buscou-se identificar os elementos críticos da implantação do PROVAB à luz deste referencial, com o propósito de analisar os fundamentos políticos e financeiros presentes e/ou ausentes no processo de implantação, grau de liberdade dos gestores, técnicas e habilidades para operar o programa, bem como conhecimento acumulado e propostas elaboradas para o alcance do objetivo de provimento de profissionais para atenção básica no Estado da Bahia.

3.2. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, exploratória, com abordagem estruturada na díade 'estrutura-processo'. Eleger-se-á o componente 1b da Análise da Implantação, que corresponde a estimativa do grau de implantação do programa.

Para Vieira-da-Silva (2005) a pesquisa avaliativa:

Corresponde a um julgamento feito sobre as práticas sociais com base em uma pergunta não respondida na literatura especializada por meio de métodos científicos. A avaliação em saúde pode agregar diversos objetos para a investigação, desde as práticas cotidianas até as que dizem respeito ao trabalho, ou seja, as intervenções sociais planejadas, porém com uso de recursos de métodos distintos.

A avaliação da implantação de uma intervenção em saúde é defendida por Vieira-da-Silva (2014) como pertinente para compreender se a intervenção foi implantada conforme a concepção original. A operacionalização da intervenção depende da multiplicidade de atores sociais, que para Vieira-da-Silva (2014) “podem interpretar os objetivos da intervenção de forma diferenciada, modificar as ações do programa, ou opor resistência ao seu desenvolvimento por várias razões”.

Ainda segundo Vieira-da-Silva (2014, p. 87) o estudo de avaliação do grau de implantação envolve diversas etapas, a exemplo: a) descrição dos principais componentes do plano e da intervenção; b) elaboração do modelo lógico da intervenção; c) seleção de dimensões e critérios a partir do modelo lógico; d) atribuição de pontos para cada critério e cálculo da porcentagem referente ao valor máximo possível para cada critério; e) classificação do grau de implantação a partir da atribuição de pontos para cada critério. Ademais, nesse estudo, evidenciou-se os

aspectos críticos na implantação do PROVAB, o grau de implantação alcançado e as características da gestão estadual.

Segundo Champagne (2011), o grau de implantação de um programa é uma variável dependente que deve ser colocada em relação com características contextuais do meio da implantação, e reforça a necessidade de analisar os determinantes contextuais que podem influenciar a intervenção.

Neste estudo, foi elaborado um modelo lógico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia em uma primeira versão, a partir dos documentos normativos do PROVAB instituídos no âmbito nacional e estadual. Para Vieira-da-Silva (2014), “o modelo lógico pode corresponder a uma representação gráfica da teoria do programa como requerido pela análise lógica ou pode representar o programa como está sendo operacionalizado na prática.”

A versão preliminar do modelo lógico e da matriz de análise foi submetida ao julgamento de seis especialistas (quatro participantes com experiência em gestão da Atenção Básica e dois especialistas em formação médica). Dos seis convidados, cinco confirmaram o aceite, via correio eletrônico.

Para tal intento, utilizou-se a técnica de consenso simplificada, cuja convocação foi realizada por correio eletrônico (APÊNDICE F), para apreciar a pertinência e relevância; foi orientado que atribuíssem as pontuações 0(zero), 2 (dois) ou 04(quatro) pontos nos itens dos modelo lógico e matriz de análise; o quanto mais próximo do 0 (zero), menor relevância de inclusão do item e o quanto mais próximo de 04 (dez) maior a relevância de inclusão do item no modelo lógico e matriz de critérios, indicadores e padrões determinados.

Na primeira rodada de apreciação houve divergência em relação a cinco itens que, após devolução ao pesquisador, o mesmo retirou do modelo teórico e dos critérios de pontuação para avaliar o grau de implantação do PROVAB. Tanto o modelo lógico quanto a matriz de análise foram revistas após a primeira rodada da técnica de consenso e, posteriormente, enviada para segunda apreciação.

Na segunda rodada, foram reenviados o modelo lógico e a matriz de análise cujo resultado da apreciação foi de convergência entre todos os especialistas. As respostas enviadas pelos mesmos foram armazenadas em um documento do Microsoft Excel e, em seguida, foram tratados estatisticamente através do cálculo de

medidas de tendência central e dispersão, que resultou no modelo lógico e nos critérios finais, possíveis de serem utilizados para estimar o grau de implantação.

Para estimar o grau de implantação do PROVAB na Bahia foi realizada a partir da atribuição de uma pontuação designada para cada atividade do programa e ao final para os componentes do modelo lógico validado pelos especialistas. A realização do cálculo para obter o percentual de implantação de um critério ou do componente do PROVAB foi obtido através da relação entre a pontuação obtida em cada critério ou componente e suas respectivas pontuações máximas em cada critério ou componente multiplicadas por 100.

$$\text{Score final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

Pontuação obtida = Σ da pontuação obtida em cada critério ou componente

Pontuação máxima = Σ da pontuação máxima de cada critério ou componente

O somatório final de todos os componentes totalizou 159 pontos, e, após, foi estimado a implantação do PROVAB na Bahia em: não implantado, de zero até 52 pontos (≥ 0 e $\leq 33,3\%$); parcialmente implantado, de 53 até 105 pontos ($> 33\%$ e $\leq 66,6\%$); implantado, de 106 pontos até 159 pontos ($> 66\%$).

3.3. Caracterização do local de estudo

O Estado da Bahia, localizado na Região Nordeste do Brasil, possui uma área de 564.732,642 km² e representa o quinto estado em extensão territorial. A população estimada em 2015 corresponde a 15.276.566 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), sendo que o estado apresenta um aumento do contingente populacional de sessenta anos ou mais, em consequência da diminuição da taxa de fecundidade, assim como em decorrência do aumento da esperança de vida ao nascer (BAHIA, 2013b). Dos 417 municípios, apenas dois (Salvador e Feira de Santana) possuem população acima de 500.000 habitantes. Na maioria dos municípios (89,7%) a população é inferior a 50.000 habitantes e nestes estão concentrados 47,7% da população do estado. Com relação ao porte populacional, os municípios estão assim estratificados: nove municípios (2,2%) com até 5.000 habitantes, 60 municípios (14,4%) com população entre 5.001 e 10.000, 179 municípios (42,9%) com população entre 10.001 e 20.000, 126 municípios (30,2%) entre 20.001 e 50.000, 27 municípios (6,5%) entre 50.001 e 100.000, 14 municípios (3,4%) 100.001 e 500.000 e dois municípios (0,5%) com mais de 500.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

No âmbito da organização da oferta dos serviços de saúde, o Estado está dividido em nove macrorregiões de saúde, a saber: Nordeste, Leste, Centro-leste, Oeste, Sudoeste, Sul, Extremo-sul, Norte, Centro-norte (MAIA, 2017).

Figura 2 – Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia



Fonte: Bahia, 2017.

A cobertura populacional estimada de Saúde da Família, mantém um ritmo crescente de 2007 a 2012, e em 2013 a 2014, apresenta o maior crescimento nesse período. O aumento na cobertura populacional está relacionado com implantação de programas de provimento de médicos para as equipes de saúde da família nos municípios do Estado da Bahia (BAHIA, 2014c).

3.4. Critérios para seleção dos participantes do estudo

A seleção dos informantes-chaves atendeu aos seguintes critérios: a) ter sido membro da gestão estadual do PROVAB; b) atuado, no mínimo, um ano nas funções da gestão estadual do PROVAB.

3.5. Características sócio-demográficas dos participantes

Quadro 1 - Caracterização dos participantes, Salvador, 2017.

Participante	Idade	Gênero	Graduação	Pós-Graduação	Tempo de graduado	Tempo que atua na gestão	Função atual	Tempo que atua na função
1	40 anos	Fem	Enfermagem	Especialização em Saúde da Família	16 anos	09 anos	Coord. Área Técnica	03 anos
2	46 anos	Fem	Odontologia	Mestrado em Saúde Coletiva	19 anos	13 anos	Coord. Apoio Institucional	03 anos
3	55 anos	Fem	Medicina	Mestrado em Saúde Coletiva	32 anos	03 anos	Médica APS	30 anos
4	43 anos	Mas	Enfermagem	Especialização em Saúde Coletiva	16 anos	15 anos	Diretor	04 anos
5	37 anos	Fem	Medicina	Mestrado em Saúde Coletiva	08 anos	04 anos	Docência	2,5 anos
6	34 anos	Fem	Psicologia	Mestrado em Saúde Coletiva	09 anos	04 anos	Coordenação Instituição Supervisora	03 anos
7	44 anos	Mas	Enfermagem	Especialização em Saúde Coletiva	20 anos	17 anos	Coord. Apoio Institucional	08 meses

Fonte: Elaboração do autor.

Neste quadro, está a caracterização dos participantes que têm entre 34 anos a 55 anos; a sua maioria é do gênero feminino, graduados nos cursos de enfermagem, medicina, psicologia e odontologia; todos possuem pós-graduação, alguns com especialização em saúde da família ou saúde coletiva, e outros mestrado em saúde coletiva. Têm entre 08 a 20 anos de graduados e atuam na gestão entre 03 a 17 anos. A maioria atua em funções gerenciais e tem entre 08 meses a 04 anos na função atual; outro atua na docência há dois anos e meio e outro participante atua como médico na atenção básica há trinta anos. Uma conformação de equipe multiprofissional na condução do Programa no Estado da Bahia.

3.6. Coleta e processamento dos dados

3.6.1. Análise documental

Foi utilizada para análise do material documental a Análise de Conteúdo, que pode ser definida por Bardin como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (...) indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977, p.38-42).

A técnica de análise de conteúdo possibilitou a organização das informações, análise e inferência dos dados encontrados, permitindo a identificação de temas que para Bardin (1977) “é a significação de um texto analisado”. A análise de conteúdo desmembra-se em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso no desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise conforme matriz elaborada para processamento dos dados (APÊNDICE A e B). Esta fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A segunda fase, a exploração do material é a administração sistemática das decisões tomadas, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto

ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação são tratados de maneira a serem significativos e válidos, permite estabelecer quadros de resultados, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise conforme instrumento elaborado pelo autor para análise documental (APÊNDICE D). Tendo resultados significativos e fiéis, pode propor interferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

3.6.2. Entrevistas semiestruturadas

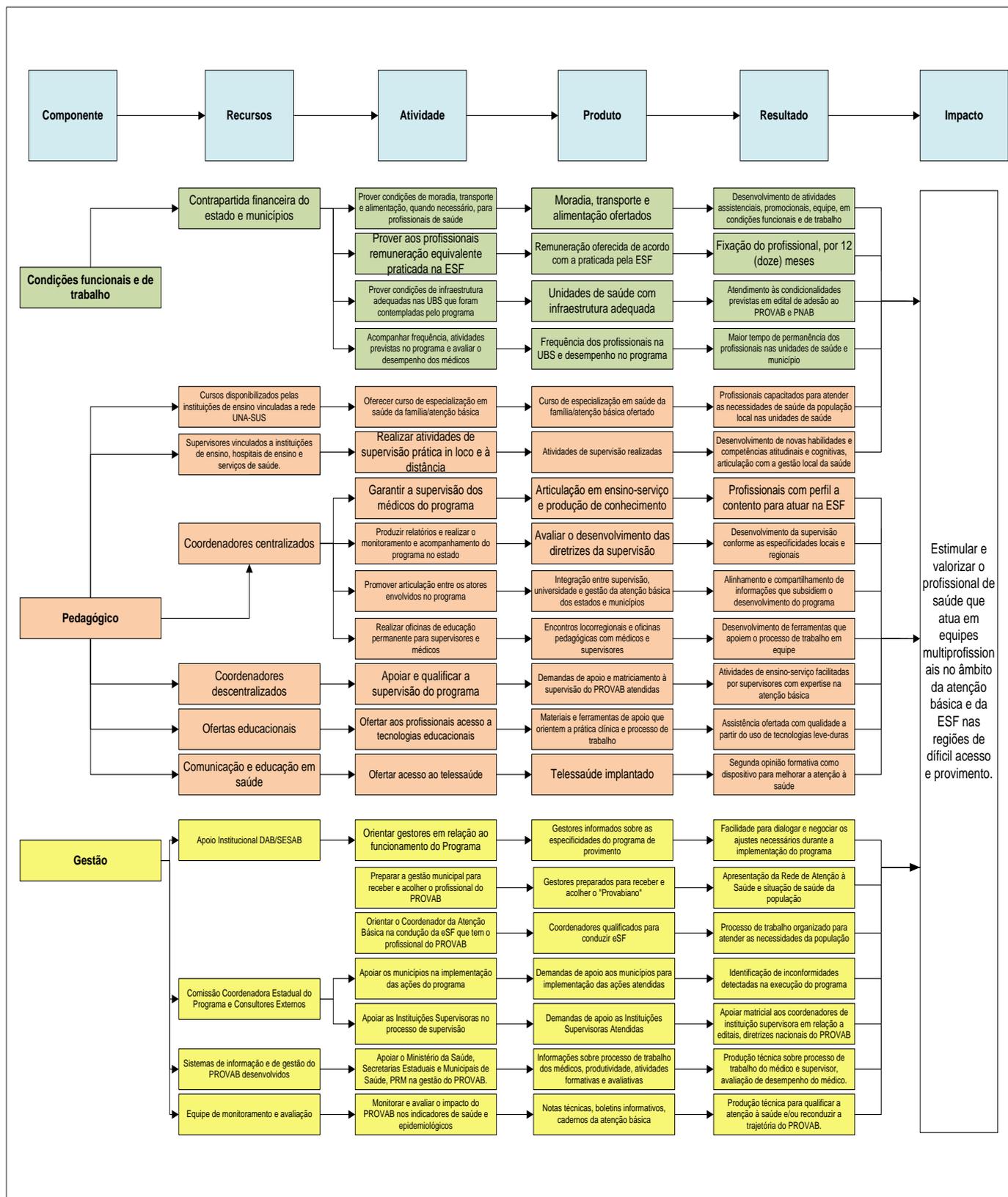
Este estudo elegeu como sujeitos o coordenador estadual do Provab, o grupo condutor do programa no estado da Bahia, que é composto pela representação das Instituições Supervisoras do PROVAB (SESAB e FAMEB/UFBA), representação do Ministério da Saúde na Bahia, Diretoria de Atenção Básica. A amostra de sujeitos do estudo foi condicionada conforme o grau de saturação das informações obtidas nas entrevistas. No total, foram entrevistados cerca de oito informantes-chave envolvidos diretamente com a execução do PROVAB no Estado da Bahia.

Foi utilizado para a realização das entrevistas um roteiro semiestruturado, elaborado pelo pesquisador (Apêndice C), cujas informações foram coletadas através de gravador de áudio que após finalização desta pesquisa foram destruídas, respeitando os aspectos éticos. Os entrevistados receberam um código (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7) para garantir a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, e o anonimato, conforme recomendações do CONEP.

3.7. Plano de Análise

Foi elaborada uma versão preliminar do modelo lógico do programa e uma matriz de critérios, indicadores e padrões derivados da consulta a documentos normativos do PROVAB, que foram submetidos a uma técnica de consenso simplificada com especialistas em gestão do trabalho e formação médica para validação dos documentos enviados para apreciação. O modelo lógico final e matriz de critérios estão representados na figura 3 e quadro 2, respectivamente. Após os ajustes decorrentes dessa apreciação, construiu-se a matriz de aferição, preenchida com os dados processados das entrevistas e análise documental, o que permitiu estimar o grau de implantação do PROVAB na Bahia (Apêndice A).

Figura 3 – Modelo Lógico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia.



Fonte: Elaboração do autor a partir de revisão documental.

Quadro 2 – Matriz de critérios, indicadores e padrões para estimar o grau de implantação do PROVAB na Bahia.

CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTOS ATRIBUÍDOS AOS CRITÉRIOS	COMENTÁRIOS OU OBSERVAÇÕES
Condições adequadas de moradia, transporte e alimentação, quando necessário	% de moradias em condições habitáveis (água potável e saneamento); automóvel disponível para deslocamento do profissional (sede do município até a unidade de trabalho); alimentação para o profissional (caso na região não tenha restaurantes ou local para armazenamento e aquecimento de alimentação).	100% das condições de moradia, transporte e alimentação adequadas, quando necessário.	08	
Remunerar os profissionais conforme os valores praticados com os trabalhadores de outros vínculos	% de profissionais contratados pelo PROVAB recebendo bolsa no valor xde R\$ 10.000,00	100% dos profissionais do município contratados pelo PROVAB na modalidade trabalhador-estudante	09	
Condições de infraestrutura (segurança, higiene, equipamentos, insumos, instalações sanitárias) nas unidades de saúde contempladas pelo	% de unidades de saúde com infraestrutura adequada, conforme as diretrizes da PNAB, ANVISA, etc.	100% das unidades de saúde adequadas para receber profissional do PROVAB.	06	

programa				
Cumprimento de carga horária de atividades assistências nas unidades de saúde	Frequência diária dos profissionais médicos nas unidades de saúde	32h semanais		08
Oferta de curso de especialização no formato EAD em saúde da família/atenção básica	Proporção de alunos matriculados e ativos no curso de especialização	100% de médicos ativos matriculados		09
Equipe de supervisão médica	Número de supervisores/médico	1 supervisor/ 10 médicos		09
Elaboração de relatórios sobre a supervisão	Número de relatórios elaborados sobre a supervisão médica/ano	1 relatório/ano		06
Realização de encontros locais/regionais	Número de encontro local/ regional /ano	1 ELR/ano		05
Realização de oficinas de qualificação da supervisão	Número de oficinas da coordenação x supervisão/ano	1 oficina/ano		09
Apoio a supervisão médica	% de supervisores apoiados	100% de supervisores apoiados pelos coordenadores descentralizados		09
Acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências	% de profissionais com acesso a ferramenta	100% dos profissionais com acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências		08

Acesso ao Telessaúde	% de municípios com pontos de telessaúde instalados e cadastrado no CNES	100% de profissionais com acesso ao telessaúde	04
Orientação aos gestores municipais sobre o funcionamento do programa	% gestores orientados	100% orientados sobre o funcionamento do programa	09
Apoio institucional aos municípios participantes do programa	% municípios participantes do PROVAB	100% de municípios participantes apoiados	09
Orientação aos coordenadores de atenção básica sobre o processo de trabalho do médico e supervisor	% coordenadores de atenção básica apoiados participantes do PROVAB	100% de coordenadores de atenção básica orientados	09
Apoio aos municípios na implementação do PROVAB	% de municípios apoiados pela CCE para implementação das ações do programa	100% das demandas de apoio atendidas	09
Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para implementação do programa	% de relatórios de supervisão/avaliação analisados pela coordenação de IS	100% de relatórios analisados	05
Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do	Número de boletins, notas técnicas produzidos/ano	01 boletins/notas técnica/ano	00

**programa para analisar
os indicadores de
saúde e
epidemiológicos nas
equipes de saúde com
médicos do programa**

Fonte: Elaboração do autor a partir de revisão documental.

3.8. Aspectos Éticos

No desenvolvimento dessa pesquisa foram considerados aspectos éticos que envolvem o convite e esclarecimento da pesquisa para os sujeitos envolvidos, deixando-os livres para aceitar ou rejeitar a participação no estudo. Foi explicada a importância do consentimento por escrito, garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo, privacidade, anonimato e sem ônus para o participante, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ao aceitar participar da pesquisa, o sujeito participante e pesquisador assinaram duas vias do TCLE, sendo que uma via ficou de posse do participante a outra via, com o pesquisador. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, tendo sido aprovado através do parecer de n. 2.011.684 (Anexo E).

4. RESULTADOS

4.1. ASPECTOS NORMATIVOS DO PROVAB

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído em 2011 pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2087, de 1º de setembro de 2011, como uma resposta governamental ao problema de provimento da força de trabalho para atenção básica, especialmente dos profissionais médicos em regiões remotas e de difícil acesso. Tinha como “objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011a).

O PROVAB sofreu modificações na sua estrutura, em 2016, quando foi incorporado a atribuição de matricular programas de residência e municípios com interesse na expansão, qualificação e criação do programa de residência em medicina geral de família e comunidade, o qual faz parte do eixo de formação do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2016a). Iniciou o processo de adesão de novas instituições supervisoras. Assim o recorte deste estudo foi de 2013 a 2015. A partir de 2016 o PROVAB amplia o escopo das suas ações realizando o desenvolvimento das atividades de apoio e matriciamento para expansão e qualificação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMGFC) junto ao Municípios (BRASIL, 2016a).

O Programa também almejava estimular enfermeiros e odontólogos para atuarem na atenção básica. Entretanto, a inserção desses profissionais foi incipiente e pontual, apenas em 2012 e 2014. O acompanhamento desses profissionais estava sob a responsabilidade dos gestores municipais. Diferente dos médicos, não havia supervisores de sua categoria profissional, e as atividades práticas estavam limitadas ao desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola.

A pauta do provimento de profissionais foi parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2012-2015, uma das ações de um “conjunto de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde”, cuja meta era inserir 5.000 (cinco mil) profissionais nas equipes de Saúde da Família dos municípios com escassez de trabalhadores (BRASIL, 2011b). Contemplou profissionais médicos para municípios considerados de difícil acesso localizados em regiões de vulnerabilidade, por meio

dos critérios fixados no Art. 2º da Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, a saber:

As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre os seguintes:

- I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita;
- II - população sem cobertura de planos de saúde;
- III - percentual da população residente na área rural;
- IV - percentual da população em extrema pobreza;
- V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família;
- VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes;
- VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e
- VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para monitorar e apoiar a implantação do Programa foi criada a Comissão Coordenadora Nacional (CCN) responsável pela coordenação, orientação e edição de atos necessários para a implementação do PROVAB em todas as unidades federadas. A CCN tinha a seguinte composição: pelo Ministério da Saúde, representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Gabinete do Ministro, da Secretaria Executiva, da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria Especial de Saúde Indígena; pelo Ministério da Educação, representantes da Secretaria de Ensino Superior; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; instituições de ensino superior selecionadas para realizar atividades de supervisão do PROVAB; e instituições partícipes da Rede UNASUS.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica estabeleceu, como condição *sine qua non* para atuação do médico, a supervisão presencial e à distância desenvolvida por supervisores médicos vinculados às instituições de ensino superior, hospitais de ensino ou serviços de saúde com expertise em ensino.

Inicialmente, era permitido que o médico pudesse participar em mais de uma edição do Programa, no máximo, dois anos, e a estes eram ofertados, em caráter obrigatório, o Curso de Especialização em Saúde da Família por uma IES credenciada à UNASUS. Porém, a partir de 2013, a participação do médico no PROVAB ficou limitada a 12 (doze) meses, e caso o médico fosse desligado do

Programa estaria impossibilitado de participar de quaisquer programas de provimento vinculados ao Ministério da Saúde.

Para que os municípios pudessem participar do Programa e receber o profissional médico para atuar na Atenção Básica precisavam assumir compromissos, a saber: contratar, pelo prazo de 12 (doze) meses, os profissionais médicos, com registro de classe ativo, com remuneração equivalente à praticada na Estratégia Saúde da Família e oferecer moradia para o médico contratado, quando fosse necessário.

Nas edições do PROVAB a partir de 2013, o profissional recebeu remuneração mensal no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) e a partir de 2014 no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), na modalidade bolsa-formação desde que cumpridas semanalmente a carga horária de 32 (trinta e duas) horas de atividades práticas nas Unidades de Saúde da Família e 8 (oito) horas em atividades de educação permanente.

Por se tratar também de uma estratégia de formação profissional, a supervisão médica deveria realizar as seguintes ações (BRASIL, 2012b)

- a. Supervisionar os profissionais em encontros presenciais e à distância;
- b. Auxiliar na elaboração de um plano de educação permanente com o profissional e estabelecer um cronograma de atividades;
- c. Acompanhar o processo de desenvolvimento cognitivo, procedimental e atitudinal;
- d. Avaliar o profissional;
- e. Ser referência à distância para o profissional (telefone, on-line);
- f. Realizar visita *in loco* e conhecer o município e a UBS de atuação dos profissionais;
- g. Estabelecer contato com o gerente da UBS;
- h. Apoiar o estabelecimento do vínculo do profissional com a equipe local, com o Telessaúde e com as Instituições de Ensino;
- i. Realizar atividades em grupo com os profissionais;
- j. Auxiliar os profissionais na solução dos problemas e no enfrentamento das dificuldades vivenciadas;
- k. Preencher os relatórios de supervisão após cada visita e mensalmente;
- l. Discutir problemas advindos do processo com o coordenador da IS;
- m. Alimentar o ambiente de avaliação do gestor.

Era exigido que a equipe de supervisores fosse constituída por médicos com registro ativo no conselho de classe, experiência clínica e em saúde coletiva na atenção básica, que, preferencialmente, atuassem como médicos de família e comunidade e tivessem vinculação com Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A recomendação do Ministério da Saúde é que a razão

supervisores/médicos² fosse, no máximo, de 1 para 10, com exceção dos municípios com população em zona rural, pobreza intermediária e elevada, população quilombola, indígena e assentamentos rurais. Nessas situações, a proporção era de 1 para 7, no máximo 1 para 8. Cada supervisor era apoiado e acompanhado por uma coordenação de supervisão vinculada a uma IES, Hospitais de Ensino ou a serviços de saúde. Além disso, cada supervisor era responsável por prestar informações sobre a supervisão em instrumentos específicos denominados “relatório de primeira visita” e “relatório de supervisão prática”. Posteriormente foi elaborado o instrumento “relatório ampliado de supervisão”.

O relatório de primeira visita de supervisão tinha como finalidade levantar informações referentes à estrutura da unidade de saúde, materiais e recursos, medicamentos, processo de trabalho do médico e equipe, atenção à saúde (ações de promoção e prevenção à saúde, assistência à saúde), rede de atenção à saúde (serviços de apoio e retaguarda, percepção do médico sobre o acompanhamento realizado pela gestão municipal), educação permanente (ações de educação permanente, temáticas de educação permanente, modalidades de recursos pedagógicos). Todas essas informações levantadas pelos profissionais tinha o objetivo de realizar um diagnóstico inicial das condições funcionais e de trabalho, organização do processo de trabalho, oferta de serviços na rede de atenção e oferta de educação permanente, permitindo que o supervisor elaborasse um plano de trabalho individualizado a partir das necessidades identificadas.

No relatório de supervisão prática deveriam ser registrados todos os dados referentes à assiduidade e absenteísmo do médico para fins de acompanhamento da jornada de integração ensino-serviço. Neste mesmo instrumento, o supervisor deveria registrar como ocorreu o processo de supervisão, com informações do

² A proporção de supervisor/médico é definida pelo Ministério da Saúde no ato da publicação do edital de chamamento para adesão de instituições supervisoras do PROVAB. No Edital n. 16, de 22 de março de 2013, orienta que as instituições “respeitem a proporção de 1 (um) supervisor para, no mínimo, 10 (dez) médicos bolsistas” nos municípios com perfis I, II e III; e “respeitar a proporção de 1 (um) supervisor para, no mínimo, 8 (oito) médicos bolsistas” nos municípios com perfis IV, V e VI. O agrupamento dos municípios por perfis foi definido pelo Ministério da Saúde, publicado no Edital n. 03 de 09 de janeiro de 2013 com base em critérios, a saber: Perfil I: Capital ou região metropolitana e Perfil II: Município com população maior que 100.000 habitantes, definidos com base em critério populacional; Perfil III: Grupo intermediário, não representado nos perfis I, II, IV, V e VI; Perfil IV: População rural e pobreza intermediária; Perfil V: População rural e pobreza elevada, definidos com base em critério utilizado pelo FIES para selecionar municípios; Perfil VI: População quilombola, indígena e assentamentos rurais, definidos com base em locais em que as unidades básicas de saúde ofertam atenção a estas populações.

objetivo da visita de supervisão, temática abordada no encontro com o médico, estratégias pedagógicas utilizadas e dificuldades encontradas. Também era obrigatório o registro do desempenho do médico, mensalmente, a partir da percepção do supervisor, possibilitando fazer o acompanhamento longitudinal da formação do médico na Atenção Básica. E, por fim, exigia-se que no final de cada encontro o profissional pactuasse com o médico o tema do próximo encontro.

O Relatório Ampliado de Supervisão (RAS) apesar de ser semelhante ao Relatório de Supervisão Prática tinha a finalidade de retomar elementos do Relatório de Primeira Supervisão para identificar possíveis avanços em relação às fragilidades e inconformidades identificadas no primeiro momento da supervisão, principalmente, sob a perspectiva da estrutura das unidades, redes de atenção à saúde e educação permanente.

Além desses instrumentos, os supervisores eram responsáveis por realizar avaliação formativa³ e somativa⁴ dos profissionais, em três ciclos, associados à autoavaliação e avaliação do gestor, com peso 5, 3 e 2, respectivamente, para atribuir o conceito formativo/somativo do ciclo vigente. A ferramenta de avaliação era a mesma utilizada pelos três respondentes, médico, supervisor e gestor.

O conceito das avaliações associado à elaboração do projeto de intervenção e o desempenho no curso de especialização (frequência, conceito nos módulos e TCC) totalizava o desempenho final do médico no PROVAB; se satisfatório, média igual ou maior que 7 (sete), o profissional fazia jus a um bônus⁵ em sua pontuação

³ A avaliação formativa foi instituída com a finalidade de contribuir com o processo formativo do médico do PROVAB e reorientar a trajetória de aprendizagem teórico/prática. A partir das fragilidades captadas pelo instrumento avaliativo, o supervisor médico poderia realizar intervenções para apoiar o médico na construção de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades. O itinerário formativo deve ser conduzido principalmente pelo profissional médico que tem à sua disposição um elenco de ofertas educacionais disponibilizadas pelo Programa (BAHIA, 2014a).

⁴ O processo de avaliação somativa buscava-se consolidar os conhecimentos construídos pelo médico no Programa, bem como emitir um juízo de valor sobre o desenvolvimento das atividades práticas/assistenciais. O instrumento possui duas dimensões de avaliação: Processo de Trabalho (anamnese, registro, conduta/orientação) e Atributos da Atenção Primária (Organização do processo de trabalho/acolhimento, coordenação do cuidado e longitudinalidade, integralidade, ações de educação em saúde, ações de integração comunitária); e, um campo para registro de informações pertinentes à avaliação. Cada ator respondia o instrumento na sua forma online e o sistema ia atribuindo uma nota a partir do preenchimento dos campos “desempenha/desempenha parcialmente/não desempenha”.

⁵ A bonificação estava prevista na Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011 que seria disciplinada por meio de informes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Esse bônus concedido ao residente que obtivesse conceito satisfatório, ao final de um ano de Programa, poderia utilizar a pontuação adicional de 10% nas notas finais dos processos seletivos para ingresso nos programas de residência médica em 2013. Para solicitar a utilização do bônus o médico devia apresentar uma declaração de participação no PROVAB e ao ser aprovado, no ato da matrícula

nos certames de Programas de Residência Médica, cujos critérios foram definidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Porém, nem todos os Programas de Residência Médica aceitavam a bonificação do PROVAB nos processos seletivos, contrariando a decisão da CNRM. A Advocacia Geral da União, por meio da justiça garantiu a todos os médicos concluintes com conceito satisfatório a utilização do bônus nos processos seletivos para ingressos em programas de residência médica.

A avaliação formativa foi instituída com a finalidade de contribuir com o processo formativo do médico do PROVAB. A partir das fragilidades registradas no instrumento avaliativo, o supervisor médico poderia realizar intervenções para apoiar o médico na construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. O itinerário formativo foi conduzido pelo profissional médico que teve à sua disposição um elenco de ofertas educacionais disponibilizadas pelo PROVAB.

Ao supervisor médico também estava prevista a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento dos projetos de intervenção elaborados por seus supervisionados. Esse projeto deveria ser realizado a partir de um problema identificado pela equipe, considerando a factibilidade da intervenção proposta e a governabilidade da equipe para executá-la.

Diante da complexidade do arranjo institucional desenhado, o Ministério da Saúde instituiu no início do PROVAB uma comissão de implantação, de caráter consultivo, composta por Associações de Ensino da Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associações e Federações Nacionais, bem como representações nacionais dos estudantes de Medicina.

Para implantação das ofertas educacionais do PROVAB, o Ministério da Saúde ficou responsável em criar Núcleos de Telessaúde⁶ nas instituições

requeria a apresentação do certificado de conclusão. O médico que não apresentasse esse certificado corria o risco de não ocupar a vaga a qual foi aprovado no processo seletivo. Em 2013, ainda foi permitido o dispositivo de trancamento de residência para ingresso no PROVAB, mas por decisão da CNRM no ano de 2013 o mesmo não seria mais possível para o PROVAB no ano de 2014 (BRASIL, 2012d; 2013f).

⁶ O Telessaúde é uma tecnologia que foi desenvolvida para apoiar os profissionais de saúde no apoio diagnóstico e terapêutico à distância. Assim, um “Núcleo de Telessaúde (NT) pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias.” (BRASIL, 2012c). As ações do Telessaúde também estão voltadas para Segunda Opinião Formativa (SOF), Telediagnóstico e Teleeducação. No PROVAB, o Telessaúde foi ofertado aos profissionais como uma ferramenta educativa a ser utilizada na integração ensino-serviço. Os participantes do Programa poderiam solicitar

selecionadas para supervisão médica, e nas unidades básicas de saúde dos municípios selecionados para o Programa, além de disponibilizar o acesso gratuito ao Portal Saúde Baseado em Evidências⁷. Também, financiou os cursos de especialização ofertados por IES vinculadas à UNASUS e as atividades desenvolvidas pelos supervisores médicos e coordenadores da supervisão do PROVAB.

4.2. O PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA

O PROVAB no Estado da Bahia foi instituído em 2012 e teve sua organização estruturada em 2013, quando foram constituídas a Comissão Coordenadora Estadual do Programa e a Coordenação das Instituições Supervisoras, vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde da Bahia e à Universidade Federal da Bahia.

Foi ofertado o Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase na Atenção Básica pelo Instituto de Saúde da Coletiva da UFBA. Houve, também, a criação do apoio descentralizado do Ministério da Saúde para o PROVAB, que à época contava apenas com uma Referência Descentralizada. A Comissão Coordenadora Estadual foi a responsável por acompanhar, monitorar e executar as ações de implantação dos componentes do Programa.

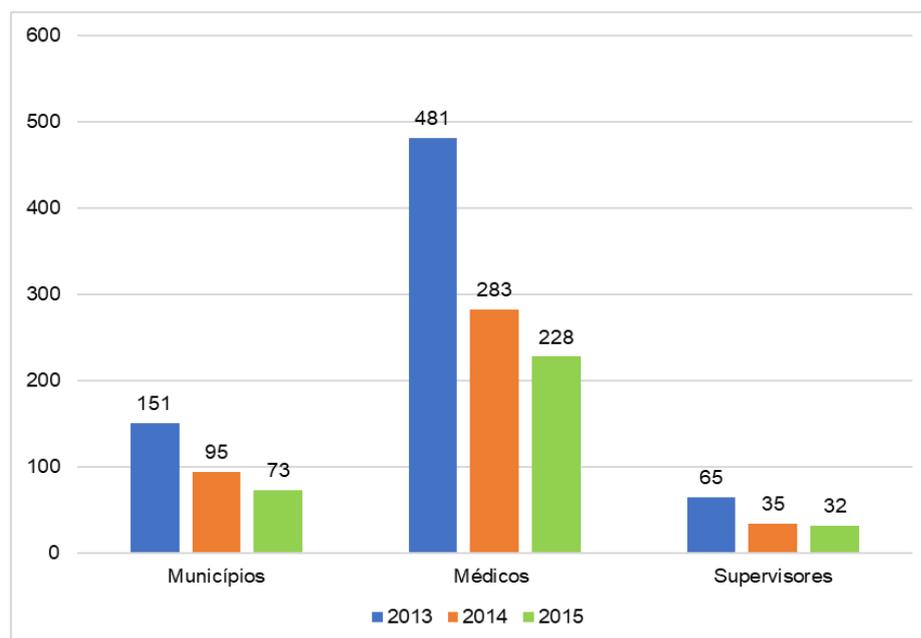
Em 2013, participaram 481 médicos acompanhados por 73 supervisores em 151 municípios (36,2% do total do Estado). Em 2014, houve uma redução no número de participantes, totalizando 283 médicos, 35 supervisores em 95 municípios (22,8%). Na edição de 2015, houve a adesão de 228 médicos lotados em 73 (17,5%) municípios sob o acompanhamento de 32 supervisores. A redução do número de participantes médicos e municípios deve-se ao fato de que alguns médicos solicitavam desligamento do PROVAB à medida que as listas de espera dos Programas de Residência Médica eram atualizadas e fazendo a convocação

teleconsultorias ou SOF a partir da Plataforma do Telessaúde cujo Núcleo responsável em processar e responder as solicitações era o NTC do Rio Grande do Sul (INFORME n. 05/2013 – Legislação PROVAB). Os médicos do PROVAB também tinham acesso a solicitação de teleconsultorias através do número 0800 644 65 43 podendo ligar diretamente de um celular (BRASIL, 2015).

⁷ O Portal Saúde Baseada em Evidências é outra ferramenta que permite que os médicos do PROVAB tenham acesso gratuito a conteúdos científicos e publicações. A qualquer momento o profissional tem acesso a Plataforma onde está à sua disposição protocolos clínicos baseados em evidências que auxiliarão na tomada de decisões no diagnóstico, tratamento e gestão do caso.

dos candidatos classificados. A outra questão foi o interesse de muitos municípios aderirem ao Programa Mais Médicos, principalmente para receber médicos cubanos através da cooperação Brasil-Cuba. Também se deveu ao fato de que as vagas do PROVAB começaram a migrar para o Programa Mais Médicos como já estava previsto, pois o PROVAB foi concebido como um Programa transitório até a universalização da residência médica (BAHIA, 2014b).

Figura 4 – Médicos, supervisores e municípios participantes do PROVAB, Bahia, 2013 a 2015.



Fonte: Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB, Bahia, 2015.

O acompanhamento e suporte às gestões municipais no desenvolvimento do programa era exercido pela Comissão Coordenadora CCE)⁸ composta pela representação do Ministério da Saúde; Conselho Estadual de Secretários Municipais

⁸ A Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do PROVAB no Estado da Bahia, foi instituída através das orientações da Portaria nº 556/2013 e alterada pelas Portarias n. 907/2013 e n. 184/2014, cuja atribuição e composição foi definida na Portaria n. 259, de 20 de fevereiro de 2013. Conforme a Portaria n. 259, a CCE constitui-se como instância de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias para o desenvolvimento das atividades do PROVAB no âmbito do respectivo ente federativo. A CCE deve ter na sua composição mínima: I- Representação do Ministério da Saúde; II- Representação da Secretaria Estadual de Saúde; III – Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS; IV – Representação das Instituições Supervisoras. O Coordenador Estadual era indicado pela Secretaria de Saúde dos Estados entre os membros da CCE. Na Bahia, foram inseridos mais três representantes na CCE: Escola Estadual de Saúde Pública; Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica e Representação dos médicos do PROVAB.

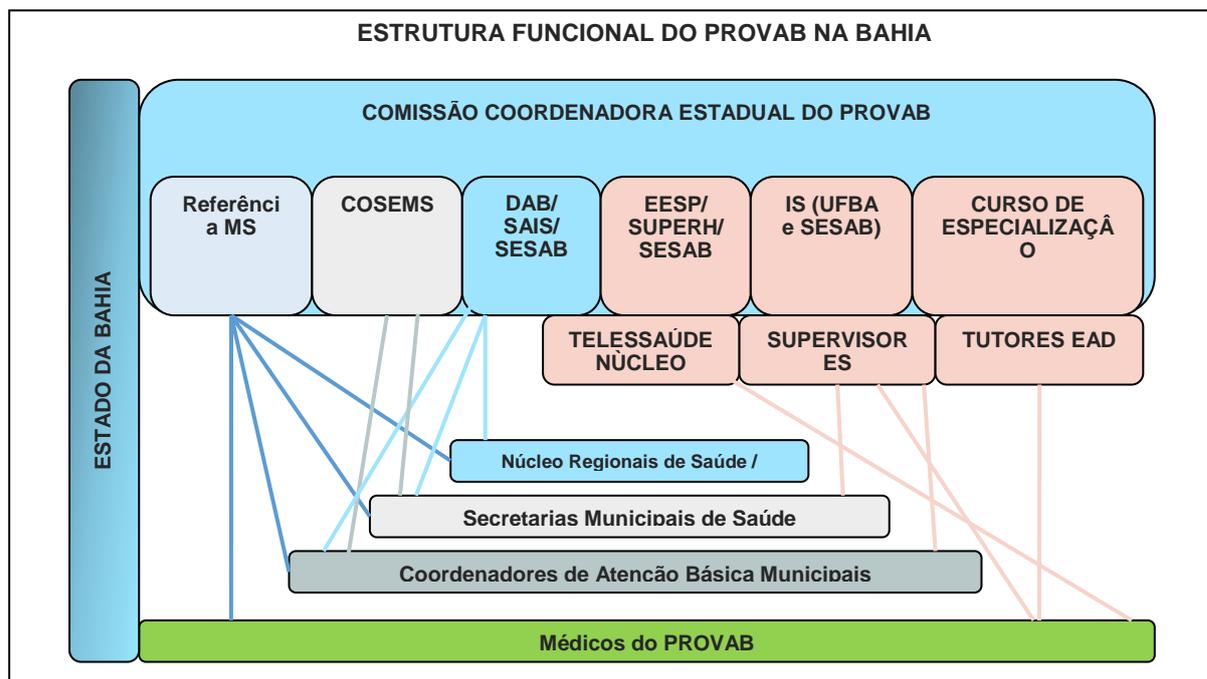
de Saúde (COSEMS); Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica⁹, e Escola de Saúde Pública, como representantes da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; representantes das instituições supervisoras, a saber, SESAB e Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB)¹⁰; e pela coordenação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família (Instituto de Saúde Coletiva da UFBA na primeira edição; e na segunda e terceira edição pela Universidade Federal do Maranhão). A CCE era coordenada pelo diretor da DAB (figura 5). A estrutura funcional do PROVAB foi constituída de modo que fosse possível planejar, pactuar, monitorar e organizar ações em momentos em que a integração dos atores foi necessária para garantir a execução dos componentes do Programa.

Os membros que compunham a Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB exerciam funções estratégicas para o Programa, em função da responsabilidade em apoiar os atores no território, a exemplo dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Secretarias Municipais de Saúde e os médicos do PROVAB.

⁹ Na Bahia, o Apoio Institucional da DAB/SESAB está organizado em nove equipes de referência considerando o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ofertando auxílio aos 417 municípios organizados em 28 regiões de saúde (BARROS, 2015).

¹⁰ Através do edital n. 16, de 22 de março de 2013, foram selecionadas Instituições de Ensino, Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde, Escolas de Saúde Pública, Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, por meio de cooperação, para oferecer supervisão aos médicos inscritos no PROVAB. Na Bahia, foram selecionadas, em 2013, duas Instituições Supervisoras: A Universidade Federal da Bahia por meio da Faculdade de Medicina da Bahia, e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, ambas publicadas no edital n. 22, de 19 de abril de 2013, que divulgou a relação das Instituições selecionadas.

Figura 5 – Estrutura Funcional do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia.



Fonte: Comissão Coordenadora Estadual/PROVAB, Bahia, 2015.

Embora a representação da Instituição de Ensino Superior proponente do Curso de Especialização fosse essencial, há registro da participação presencial nas reuniões da CCE apenas em 2013, o que pode ser explicado pela localização da IES situar-se na cidade de Salvador/BA, e nos anos subsequentes a oferta do Curso de Especialização ter ficado a cargo de uma IES de outra unidade federada dificultou a garantia de participação nas reuniões da CCE.

Estavam previstas a realização de reuniões mensais da CCE Bahia para que fossem apreciadas e deliberadas as questões de cunho administrativo que envolviam o cumprimento de condicionalidades, solicitações de remanejamento, licença médica e/ou maternidade, etc. Foram identificadas apenas nove atas das reuniões da CCE no período de 2013-2015, cujas pautas, em sua maioria, tratavam de questões relacionadas ao descumprimento de condicionalidades por parte dos municípios e dos médicos, seguida de solicitação de remanejamento, afastamento por motivos de doença ou maternidade, avaliação formativa/somativa dos médicos, frequência e desempenho no curso de especialização, e processo de seleção de supervisores.

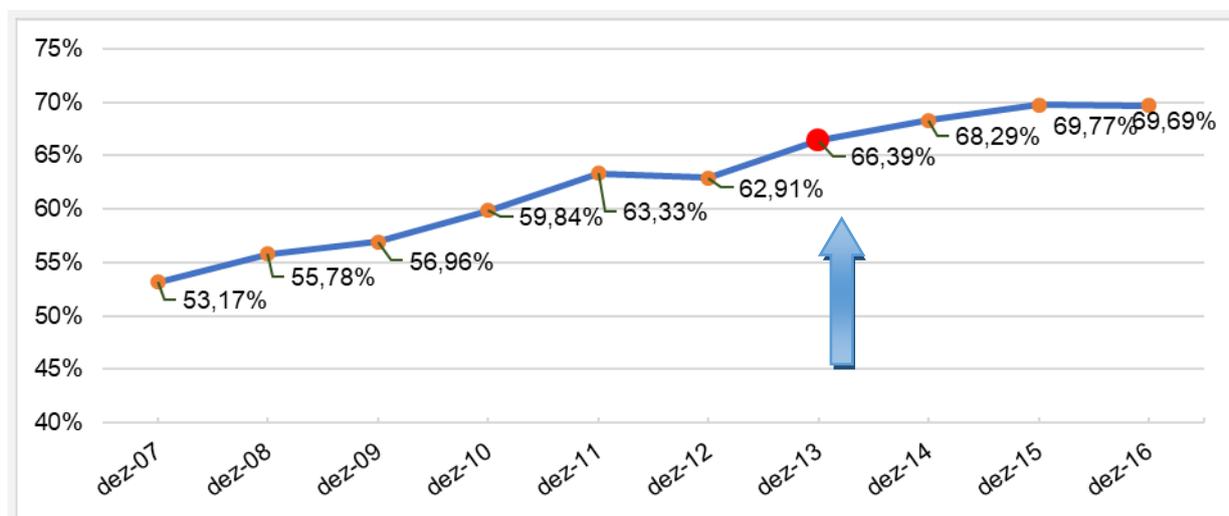
O componente pedagógico do PROVAB exigia que os profissionais que atuavam no Programa estivessem alinhados para que o caráter educativo do Programa fosse desenvolvido a contento. Toda a estrutura de organização administrativa que existia no Estado da Bahia foi aproveitada para potencializar esse componente. Cada médico e supervisor médico tinham uma relação direta com as instituições e sujeitos no território vinculando-os e compartilhando as responsabilidades inerentes ao processo formativo.

O fluxo de informações relacionados ao funcionamento do PROVAB e seus componentes poderia acontecer tanto no sentido ascendente como descendente, de modo que o acolhimento dessa informação pudesse ser transformado em intervenções práticas sobre a realidade onde o profissional estivesse inserido. Ressalta-se a importância da Diretoria de Atenção Básica e dos Núcleos Regionais de Saúde que tinham uma função estratégica nessa estrutura, por garantir a qualificação dos gestores de Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadores de Atenção Básica identificando inconformidades no funcionamento e organização da atenção básica e ofertando ferramentas e apoio didático-pedagógico para reorganização da assistência prestada aos usuários.

Na Bahia, a adesão municipal ao PROVAB contribuiu para o aumento da proporção de cobertura estimada de Saúde da Família em 2013, pois havia 481 médicos vinculados ao Programa, cada um atuando em uma equipe de saúde da família. A partir de 2014, o aumento da cobertura também estava relacionado com a implantação do Programa Mais Médicos, em setembro de 2013.

Verifica-se na figura 6, que o aumento da cobertura populacional de Saúde da Família aumentou a cada ano cerca de um ponto percentual, porém, quando observado a implantação do PROVAB no ano de 2013 simultaneamente a implantação do Programa Mais Médicos alcança-se uma cobertura de 66,39%. Considerando o ano anterior, 2012, há um acréscimo de cerca de 3,48 pontos percentuais na cobertura populacional.

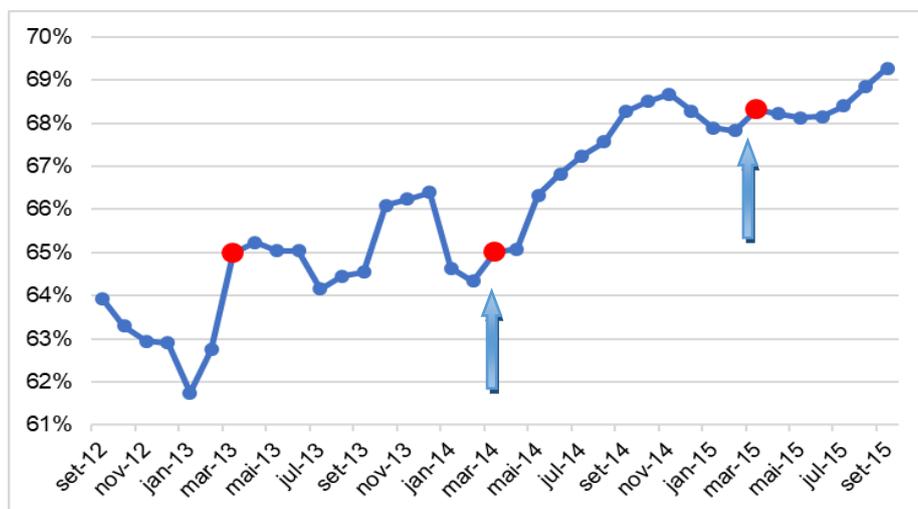
Figura 6 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, dezembro/2007 a dezembro/2016.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica (MS/DAB), Setembro, 2016.

Pode ser observado na figura 7, que haviam oscilações na proporção de cobertura estimada da Saúde da Família. Os pontos em vermelho indicam o momento em que encerrava um ciclo do PROVAB e iniciava outro. Se observado os meses de janeiro-março dos anos de 2013-2015 percebe-se uma redução na proporção de cobertura devido o ciclo entrada-saída de médicos. Nesse sentido, evidenciamos que mesmo com a estratégia de provimento de médicos através do PMM, o PROVAB foi essencial para aumentar a proporção de cobertura da Saúde da Família na Bahia.

Figura 7 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, Bahia, setembro/2012 a setembro/2015.



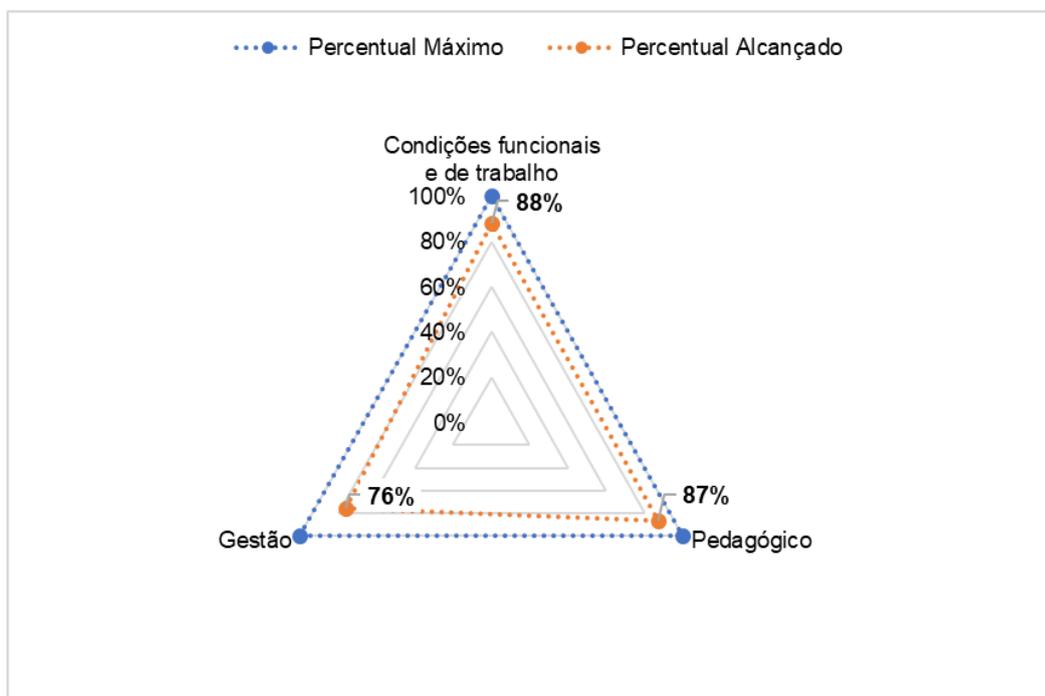
Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica (MS/DAB), Setembro, 2016.

4.3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROVAB NO ESTADO DA BAHIA

A partir dos critérios utilizados para estimar o grau de implantação do PROVAB, o Estado da Bahia alcançou o percentual de 84% de implantação do Programa, sendo avaliado como implantado. Dos 18 (dezoito) critérios avaliados, 13 (72%) foram considerados implantados, 4 (22%) foram considerados implantados parcialmente e apenas 1 (6%) não foi implantado.

Foi realizado o cálculo de média aritmética do percentual de implantação de cada um dos três componentes do Programa. Observa-se que o componente condições funcionais e de trabalho alcançou 88% de implantação considerado como implantado; em seguida o componente pedagógico obteve 87% de implantação também considerado como implantado; e, por último o componente de gestão atingiu 76% de implantação, avaliado como implantado. O componente com menor grau de implantação foi a gestão do PROVAB. A seguir serão descritas as atividades desenvolvidas em cada componente do modelo lógico do Programa.

Figura 8 – Percentual de implantação de cada componente do PROVAB, Bahia, 2013-2015.

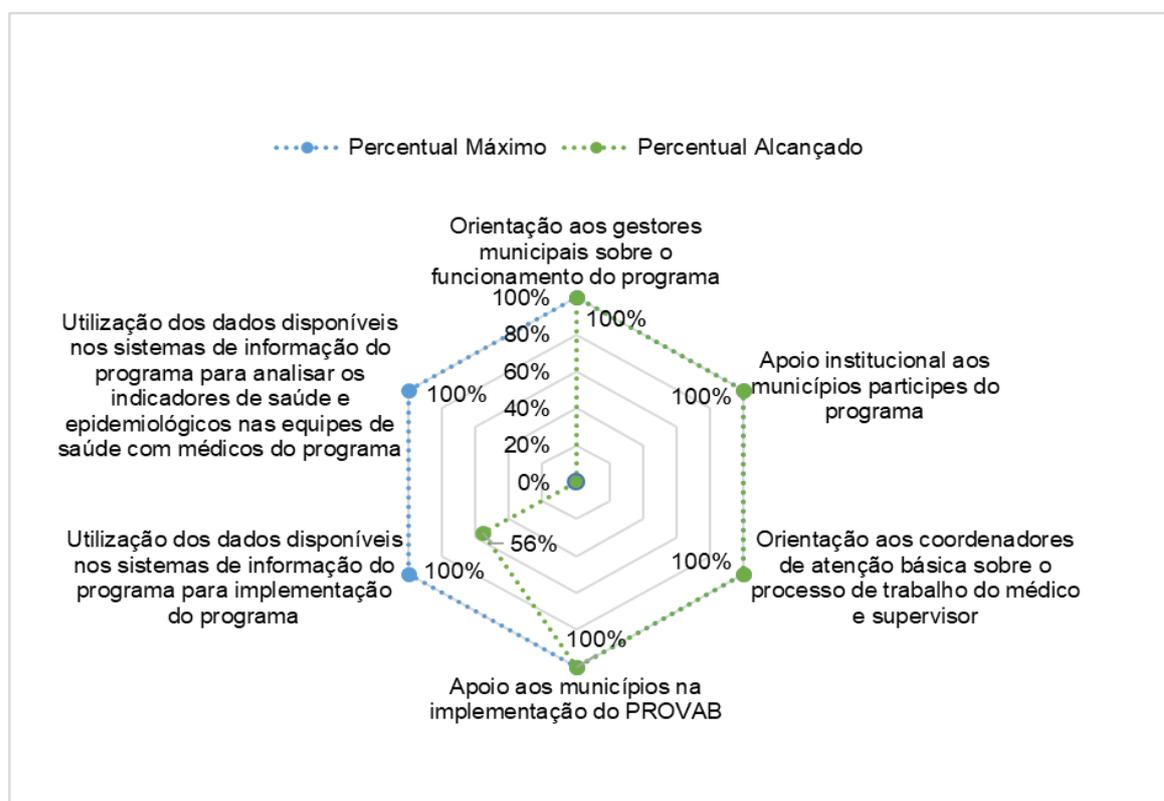


Fonte: Elaboração do autor.

4.3.1. Gestão

No componente gestão do PROVAB estavam previstas a realização de seis atividades. Destas, quatro foram realizadas em sua totalidade alcançando um percentual de 100% de implantação, contudo, a atividade 'utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos nas equipes de saúde com médicos do PROVAB' não foi implantada. O componente alcançou um percentual de 76%, classificado, portanto, como implantado.

Figura 9 – Percentual de implantação do componente de gestão do PROVAB, Bahia, 2013-2015.



Fonte: Elaboração do autor.

O processo de orientação sobre o funcionamento do PROVAB aconteceu de diversas formas, com o envolvimento dos atores da CCE e com destaque para o Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica.

No início do Programa houve reuniões na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), para orientar os gestores municipais quanto aos aspectos normativos do PROVAB, a exemplo da adesão e do momento que seriam contemplados com médicos. Os técnicos de referência do Ministério da Saúde realizaram visitas em cada município também sobre aspectos normativos do Programa. Esse momento de orientação era participativo e contava com a presença de médicos, coordenador de atenção básica e do secretário municipal de saúde. Além disso, eram dadas orientações sobre o processo avaliativo do médico do Programa, apresentando os instrumentos de avaliação, frequência, descanso remunerado, licença médica.

A SESAB apoiou o PROVAB principalmente através da Diretoria de Atenção Básica colocando o Apoio Institucional à disposição do Programa atuando diretamente com os municípios participantes do PROVAB, dirimindo dúvidas dos coordenadores de atenção básica e secretários municipais de saúde, ofertando ferramentas para organização do processo de trabalho das equipes, acolhendo as demandas, publicando notas técnicas, e realizando os encaminhamentos necessários, seja para a coordenação da supervisão, para a referência do Ministério da Saúde ou para o CCE. Os entrevistados relataram que o aumento expressivo no número de médicos nas edições do PROVAB pode ser atribuído ao trabalho das equipes de Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica da SESAB que estimulou os municípios a aderirem ao PROVAB.

As equipes de Apoio Institucional da SESAB também foram importantes para acompanhar os municípios na implantação do Programa pois, a cada visita mensal buscavam os coordenadores de atenção básica e secretários de saúde, para dirimir dúvidas e fazer apontamentos identificados durante a visita de supervisão.

[...] a gente teve algumas aproximações e distanciamento dos gestores municipais, por diversos motivos, né. (...) aproximação, ele tinham muitas dúvidas em saber como funcionava, a gente apoiou muito a partir da supervisão, o que era o PROVAB, qual o papel deles, como fazer avaliação, a importância de fazer o cumprimento de carga horária, alguns instrumentos foram construídos pela própria supervisão para apoiar o processo do gestor, seja para que os médicos não estejam cumprindo a carga horária, fazer a notificação, seguir o próprio regimento burocrático do programa, foi dada essa oportunidade para os gestores via supervisão, para poder usar esse instrumento no seu processo de gestão dos médicos (...) teve aproximação no sentido de indicar como acolher em parceria com a própria DAB (...) outros atores que defendia esse papel da gestão é meu, que foram os apoiadores do ministério da saúde e os próprios apoiadores da DAB (...) Além disso a gente também orientava os gestores (...) a gente tentava orientar junto com a DAB para atenção básica como o todo, mas dentro da supervisão a gente tentava focalizar (...) Se não vai ser atenção básica como o todo, pelo menos nas unidades que tem médicos a gente acompanha, tem essas condicionalidades, então ai acontecia [...]. (E2)

[...] Na verdade, tiveram vários momentos, um dos momentos foi na perspectiva mais macro para a gente poder ter uma discussão com esses gestores explicando sobre as portarias, sobre a adesão, outra foi posterior ao processo de adesão e já com a contemplação desses médicos, e teve um momento na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) onde se explicou como funcionava o programa, o processo de adesão, entre outras coisas que é um espaço privilegiado e o último momento que era mais individual e que de certa forma acabava sendo feito tanto pela equipe de gestão do PROVAB quanto pela equipe de Apoio Institucional. (E3)

[...] Sempre existiram as reuniões loco regionais...tinha sim formação, reuniões da gestão do PROVAB com os gestores municipais, com

Referência Descentralizada para explicar todas as condicionalidades, todos os termos de compromisso e muito mais próximo das gestões, inclusive porque no início tinham as DIRES e a DIRES apoiavam bastantes. Mas em todas as locorregionais do PROVAB eram convidados tantos os gestores municipais tanto a própria SESAB convidava os Apoiadores Institucionais que estavam sempre presentes inclusive apoiando os supervisores nas visitas. (...) acho que dos apoiadores institucionais que foi desde o início, mas acho que foi mais qualificado com o tempo do apoio deles estarem presente porque passava...os apoiadores institucionais também passavam algumas situações e problemas que estava acontecendo no território em reunião com a coordenação que passava para os supervisores e a gente tinha eventualmente, frequentemente reuniões na SESAB com o apoio institucional e também, as vezes, com coordenação de apoio, com diretor de atenção básica. (E7)

Além disso, a DAB realizou orientação aos gestores em relação à avaliação dos médicos. A estrutura administrativa e organizacional da SESAB potencializou a implantação do PROVAB, demonstrando que o PROVAB estava incorporado na estrutura da Diretoria de Atenção Básica da SESAB.

[...] Houve, sim, o apoio a partir do momento que a Diretoria de Atenção Básica tomou conhecimento do programa, viu no programa um grande potencial transformador e de valorização da atenção básica e com isso a Diretoria traçou algumas estratégias de apoio aos municípios uma delas foi a divulgação do PROVAB nos municípios, nos espaços colegiados através das tecnologias de informação e comunicação, então divulgação no Facebook da Diretoria, no sitio virtual da Diretoria com chamamentos específicos para adesão ao programa e foi feito também estratégias de promover, induzir essa adesão, e essa indução foi responsável pelo aumento substancial de um ano para o outro de 2012 a 2013 e de 2013 para 2014 de participante do programa, então foi feita uma divulgação maciça, estratégica, regionalmente de forma descentralizadas e foi feito também encontros específicos para divulgar o programa e houve também um momento no encontro dos prefeitos da Bahia na UPB, um momento de explanação da Diretoria principalmente da figura do Diretor falando da importância do programa para os municípios e a janela de oportunidades para os municípios no ponto de vista da provisão e da qualificação das práticas nos municípios. (E5)

[...] Eu vivenciei a SESAB no âmbito do PROVAB, ela incorporou muito esse programa, ele ficou dentro da instituição muito bem posicionado dentro do Departamento de Atenção Básica no cenário onde o programa ia ser desenvolvido. (...) facilitou e muito porque tinha toda uma equipe que era do próprio departamento que facilitava esse trabalho da gestão com o município, eu não participei muito desse processo porque eu trabalhava na coordenação descentralizada [...]. (E6)

As atividades de monitoramento do PROVAB estavam relacionadas ao acompanhamento dos municípios em relação ao cumprimento das responsabilidades inerentes a todo gestor municipal que tem um médico atuante na Estratégia Saúde da Família, a exemplo da regularidade de informações no CNES,

acompanhamento da frequência, disponibilidade de unidade de saúde com estrutura física adequada e insumos e materiais.

Os entrevistados relataram que à medida que iam surgindo novas demandas originadas do território, articulavam-se com os demais atores do grupo e realizavam a intervenção, além de monitorar com frequência até a plena resolução. Em caso de não cumprimento das condicionalidades ou até mesmo ausência de respostas quanto as inconformidades identificadas pelo grupo condutor, era expedida notificação ao município e estabelecido prazo para resposta e adequação.

Frequentemente as demandas dos médicos e dos gestores chegavam até o grupo condutor através da supervisão médica, porque o papel da supervisão ainda estava em construção, ou pela representação dos médicos nas reuniões do colegiado. Ao passo que ia sendo construído esse papel, era direcionado as demandas para os atores responsáveis. Eram utilizados os relatórios de supervisão médica e os sistemas de informação do PROVAB como fonte de informações e monitoramento.

A supervisão médica teve um papel importante junto ao secretário municipal de saúde e, quando necessário, com o prefeito, realizando articulação in loco para que as condicionalidades fossem cumpridas. Era orientado pela coordenação de instituição supervisora que os supervisores extrapolassem os limites da relação com o médico, devendo alcançar a equipe e gestão, pois uma vez resolvidos os problemas de condicionalidades produziram mudanças e evitaria prejuízos na formação do médico e no processo de trabalho em equipe. E, quando o trabalho do supervisor começou a articular com o processo de trabalho das referências do Ministério da Saúde e do apoio institucional, reduziu-se o número de processos administrativos tramitados na CCE.

Os problemas identificados no monitoramento eram rapidamente resolvidos devido a capilaridade do Apoio Institucional nos territórios, que prioriza os municípios participantes do PROVAB, realizando visita in loco, qualificando as gestões, orientando o processo de trabalho, e produzindo relatórios apontando as inconformidades, assim, ampliava a resolutividade das intervenções do grupo condutor. O Apoio Institucional atuava articulado com a supervisão médica e referência do Ministério da Saúde realizando plano de ação que era pactuado com o

município para que o mesmo pudesse ser responsabilizado e intervisse nos problemas relatados.

As intervenções realizadas nos municípios para adequação das inconformidades e garantia das condicionalidades eram baseadas nos documentos legais do Ministério da Saúde e normativas do PROVAB.

Após as tentativas de resolução dos problemas nos municípios, em caso de resposta negativa, era tramitado processos administrativos e recomendado o desligamento do município e remanejamento do(s) profissional(is) conforme legislação própria do Programa. As evidências demonstram que foram poucas exceções e o grupo condutor conseguia trabalhar de maneira que as intervenções tivessem efeitos positivos no território sem a necessidade da interferência da coordenação nacional.

O monitoramento realizado com frequência visava assegurar o cumprimento das condicionalidades pelos municípios, possibilitando transformações no processo de trabalho e na formação dos médicos.

[...] As atividades de monitoramento (...) começamos o grupo a construir o monitoramento, quais eram os municípios que tinham médicos, quantos médicos foram alocados por municípios, se esses profissionais estavam devidamente cadastrados no CNES, se estavam identificados como médicos de programa de provimento. Em relação a outras atividades ficavam como demanda espontânea na medida em que iam surgindo problemas no território nós íamos acompanhando e construindo esse processo de trabalho no sentido de monitorar e acompanhar os profissionais nos territórios (...). O monitoramento era feito através de contado com a gestão municipal para saber se, de fato, procedia à denúncia, se realmente existia o descumprimento das condicionalidades, e se teria um prazo para sanar essas pendências. Caso não obtivéssemos respostas, alguns municípios a gente priorizávamos a visitas, baseando pelo quantitativo de profissionais que existia naquele território. No caso de descumprimento das condicionalidades dos profissionais do PROVAB, município era notificado, nós tínhamos um ofício padrão do Ministério da Saúde onde realizávamos a notificação do município, e estabelecíamos um prazo para o cumprimento da pendência. Em relação aos médicos existia também um documento que era apresentado a eles no sentido de voltar a cumprir a carga horária atrelada as condicionalidades que constava no edital de adesão e termo de compromisso por ele assinado. (E1)

[...] tinha um espaço colegiado que era um espaço de acompanhamento das demandas que eram realizados pelos médicos, mas era um espaço também de muita elaboração pedagógica, e ter a presença de uma representação dos médicos, de quem estava sendo o principal objeto desse programa, isso trouxe um elemento muito qualificado, porque a gente não trabalhava, não produzia algo distante de quem ia receber isso, então isso já era um diferencial muito grande. (...). Então no caso de não cumprimento das condicionalidades isso vinha à tona de forma muito rápida e concreta (...). (...) então isso a gente conseguia ter resolutividade de forma muito mais rápida, pois existia uma capilaridade muito grande, existia outro

componente que era o Apoio Institucional da Secretaria, da diretoria, que estava coparticipante do PROVAB e fazia com que o diálogo com a gestão fosse muito mais direto [...]. (E3)

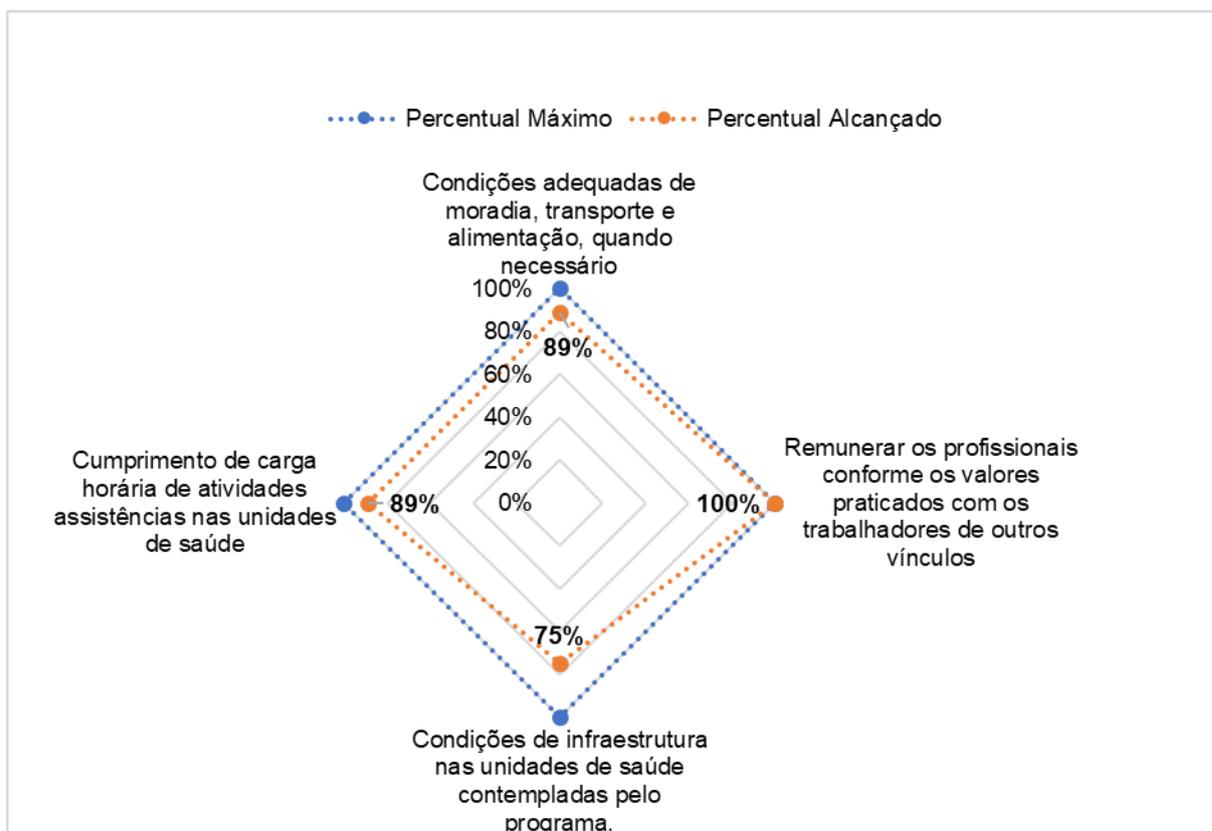
[...] Quando a gente via alguma inconformidade, a gente registrava e relatório encaminhava para CCE para que fossem tomadas as providências cabíveis e para além dessas providências administrativas e as vezes burocráticas porque tinha que seguir fluxos legais do regimento do programa, tinham também os encaminhamentos frentes aos municípios, a gente chamava os Secretários de saúde, os coordenadores de atenção básica e tinha uma conversa reorientando o programa no município e colocando para a gestão desse município que se não houvesse readequação ia ser desligado do programa [...].” E5

Não foram identificadas evidências relacionadas à utilização de dados dos sistemas de informação do PROVAB para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos decorrentes da atuação dos médicos nas equipes de saúde da família que aderiram ao PROVAB. Infere-se que, essa falha pode ter comprometido ações potenciais para intervir nas necessidades da população.

4.3.2. Condições funcionais e de trabalho

Quanto às atividades de implantação do componente de condições funcionais e de trabalho, verificou-se que a atividade condições de infraestrutura de saúde contempladas pelo programa obteve 75% de implantação, sendo classificada como implantada. As atividades condições adequadas de moradia, transporte e alimentação e cumprimento de carga horária das atividades assistenciais nas unidades de saúde obtiveram 89% de implantação, classificadas como implantadas. A atividade remunerar os profissionais conforme os valores praticados com os trabalhadores de outros vínculos atingiu 100% de implantação.

Figura 10 – Percentual de implantação do componente condições funcionais e de trabalho do PROVAB, Bahia, 2013-2015.



Fonte: Elaboração do autor.

O acompanhamento de carga horária de trabalho dos “Provabianos” era de responsabilidade dos gestores municipais, sendo esperado que fosse realizado por meio de instrumentos utilizados no município para o controle de carga horária dos outros profissionais de diferentes vínculos de trabalho. Contudo, esse monitoramento também era executado pela referência do Ministério da Saúde ao realizar visitas nos municípios para acompanhamento do Programa. Para além disso, a referência costumava fazer busca de médicos do PROVAB, no CNES, com o intuito de identificar outros vínculos de trabalho ativos, cujo somatório de carga horária interferisse no cumprimento das atividades do PROVAB.

A supervisão médica também se questionava quanto a esse papel “fiscalizador” quando realizada a visita mensal in loco, já que havia um entendimento que a atribuição era orientar o processo de trabalho dos médicos. Realizavam diálogos com médicos no sentido de orientar sua conduta e explicar o

funcionamento da atenção básica, também reforçavam com os gestores a responsabilidade em acompanhar o cumprimento de carga horária dos profissionais.

O relato dos entrevistados é que viam na prática que alguns médicos ingressavam no PROVAB e prontamente fechavam acordos com os gestores para assumir plantões em pronto-atendimento ou hospital no município, e com isso trabalhariam menos dias na Estratégia Saúde da Família. Nessas situações, ambos eram notificados e tramitava-se processo administrativo na CCE para que fossem ouvidas as partes e emitido parecer após análise do processo pelo colegiado.

Essas situações apontam que há um desafio na formação a ser solucionado pelas Instituições de Ensino Superior, Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Os dois primeiros, principais responsáveis pela reformulação dos currículos de graduação em medicina que sejam coerentes com as necessidades do sistema, com maior priorização do ensino médico na Atenção Básica e áreas prioritárias para o SUS, a exemplo da clínica médica, ginecologia, pediatria e cirurgia geral. O segundo, por ser o formulador de Políticas de reorientação da formação em saúde para o SUS, cuja lei orgânica atribui a responsabilidade na formação de recursos humanos para o Sistema.

Eram solicitados documentos comprobatórios do cumprimento de carga horária com validação da gestão municipal. Em caso de negativa, procedia o tramite burocrático para coordenação nacional, que validaria a decisão da coordenação estadual ou adotaria outras medidas para resolução.

Esses processos administrativos foram reduzindo à medida que as intervenções foram iniciadas em campo nos momentos de crises. Em caso de persistência o profissional era afastado e a gestão deixava de participar do Programa.

[...] A responsabilidade por esse cumprimento é do município, a gente no processo da supervisão a gente pedia para os supervisores tanto reforçarem com o município a importância do cumprimento de carga horária (...) Na supervisão a gente conversava com o médico, conversava com o gestor, falava que ele tem autonomia de cobrar, de cortar ponto, mas não tínhamos muita legitimidade para tomar uma posição oficial com relação a isso. (...) a gente quanto coordenação mandava documentos para o médico, também para o município, legitimando a falta do médico. Pessoalmente assim eu não cheguei a ver casos assim de muitos cortes de salários nem nada disso, porque o médico não cumpria a carga horária, na minha vivência da coordenação não. (E6)

[...] existia desde um diálogo com o supervisor que possibilitava que ele se aproximasse mais desse médico e pudesse orientar sua conduta, explicar como é na atenção básica, de toda a perspectiva legal que atenção básica

está envolvida, até mesmo processos de advertências, notificação desses médicos e também em alguns casos extremos de não observância do que havia sido adequado do afastamento do programa. (...) a gente se via em uma condição onde existia um descumprimento por parte dos profissionais médicos e que isso era avaliado junto ao colegiado e se buscava sanar todo tipo de problema que podia gerar. Então, era algo muito dinâmico e com muita rapidez, se reduziu muito o processo burocrático, até porque todos tinham muita clareza das responsabilidades, ou seja, existia uma responsabilidade compartilhada, mas muito clara e isso fazia com que a gente conseguisse se organizar para atuar em campo em situações de crises. (E3)

[...] E o que a gente via na prática era acordos que os profissionais faziam com a gestão ou que a própria gestão propunha ao profissional, de dar folga além desse dia de estudo, ou dos profissionais confundirem o dia de estudo com um dia de fazer, um dia de folga, ou um dia para eles assumirem plantões em hospitais, em pronto socorro, inclusive fora do seguimento público e isso foi encontrado, e, nesse sentido, à medida que era tomada era notificar o profissional, o profissional era notificado, a gestão era notificada e acompanhada, se prosseguisse o profissional era afastado e a gestão também deixava de participar do programa e deixava de ter priorização do Apoio Institucional, então isso era o que mais acontecia. (E5)

O pagamento das bolsas era acompanhado pelo grupo condutor, e sempre que ocorria algum atraso no pagamento da bolsa do profissional, imediatamente realizavam contato com o Ministério da Saúde para entender o motivo e também particularizar cada situação.

Os motivos mais frequentes que levaram a suspensão ou atrasos no pagamento das bolsas estavam relacionadas à glosa pelos gestores municipais devido descumprimento de condicionalidades dos profissionais, a exemplo de cumprimento de carga horária ou inexistência de produtividade informada através do e-SUS.

Outra situação de atraso estava relacionada a organização da folha de pagamento no Ministério da Saúde, que não era frequente, sendo regularizado em tempo oportuno sem haver interrupção do trabalho dos profissionais e continuidade no Programa.

[...] nós éramos questionados quando tinham atraso de bolsa inicialmente atrasava 15/20 dias no máximo; então, nosso papel era solicitar desse profissional os dados bancários, solicitar desse profissional seu CPF e nos consultávamos junto com a coordenação nacional qual a motivação do atraso, mas todos foram pagos em tempo hábil. (E1)

[...] Tiveram algumas excepcionalidades, não era algo que fosse corriqueiro, mas existiu alguma deficiência por parte do Ministério da saúde onde houveram atrasos, mas isso foi regularizado em tempo razoável que fez com que não houvesse a interrupção do trabalho dos profissionais e até mesmo... isso não influenciou na continuidade desses profissionais no PROVAB. A primeira coisa foi a gente entrar em contato com o Ministério da Saúde para poder entender o que estava acontecendo e também tentar

particularizar cada situação porque teve situações que envolveu a própria condição do profissional médico de não entendimento sobre abertura de conta, sobre alguns aspectos relacionados a cumprimento das normativas, outras relacionadas da própria condição da gestão que não tinha o conhecimento sobre sistema e nesses casos a gente conseguia orientar o profissional quanto a gestão, e alguns casos que tinha relação com o Ministério da saúde era muito mais de gerar um conhecimento nos profissionais sobre o prazo de regularização e também da necessidade de segmento daquilo que é as normativas legais. (E3)

As mudanças sucessivas de gestão municipal acabavam dificultando a resolução dos problemas, era amenizado com a chegada de um novo secretário municipal de saúde e a instauração de processos administrativos pela CCE. Ocorreram, também, atravessamentos e manobras políticas principalmente no período eleitoral dos municípios dificultando o avanço do Programa.

[...] de inesperado foram os atravessamentos políticos, principalmente político eleitoral falando aí enquanto campanha eleitoral, barganha eleitoral, aí teve que haver intervenção mesmo, e esse era algo que por mais que se fizesse a leitura de conjuntura isso foi algo inesperado, foram várias manobras eleitoral, políticas eleitoral assim nesse sentido. (E5)

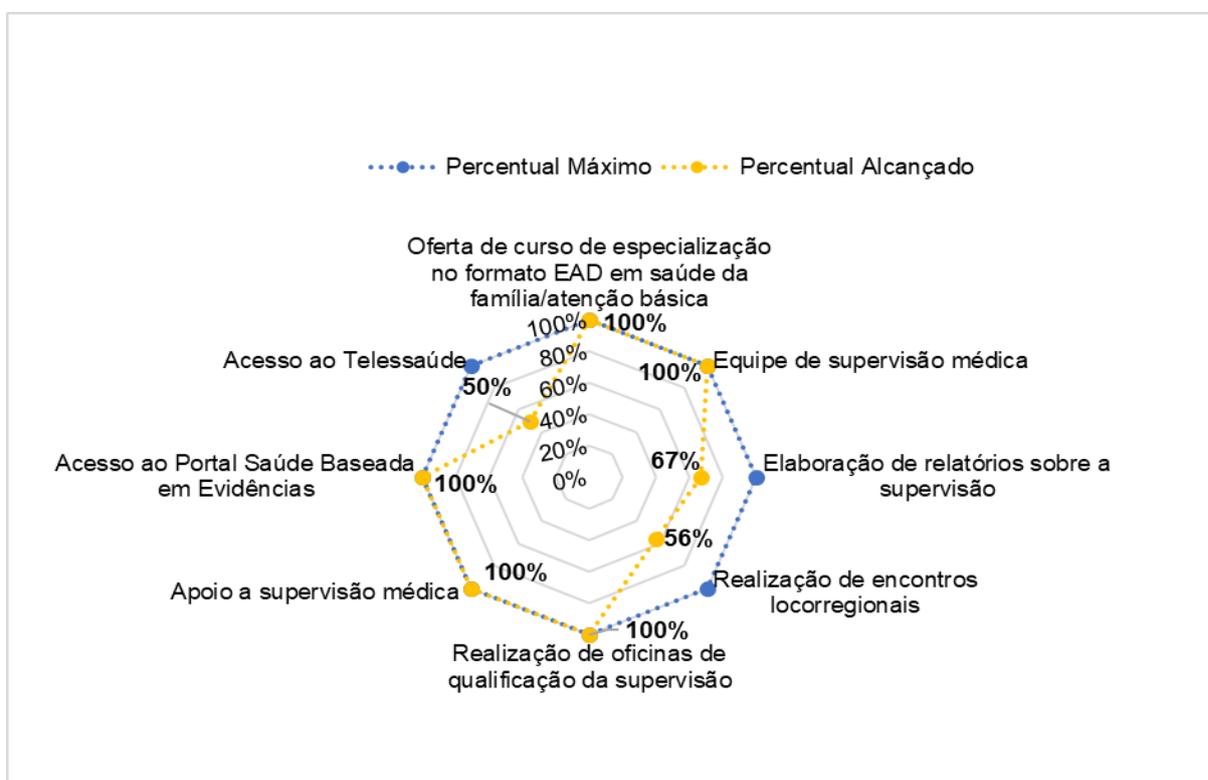
4.3.3. Pedagógico

O componente pedagógico do PROVAB obteve o percentual de 87% de implantação, sendo avaliado como implantado. Das atividades previstas, apenas três das oito foram implantadas parcialmente; o acesso ao Telessaúde pelos médicos do PROVAB alcançou o percentual de 50% de implantação; a realização de encontros locorregionais com 56% de implantação; e a elaboração de relatórios sobre a supervisão com percentual de 67% de implantação.

Figura 11 – Percentual de implantação do componente pedagógico do PROVAB, Bahia, 2013-2015.

Fonte: Elaboração do autor.

As principais atividades realizadas para o acompanhamento pedagógico do PROVAB foram: análise dos relatórios de supervisão médica que permitiram identificar demandas relacionadas ao processo de trabalho dos médicos que eram encaminhadas para acompanhamento pelo supervisor médico ou solicitada intervenção do apoio institucional da DAB e outros atores como o próprio Ministério da Saúde, e em muitos casos do gestor municipal; realização de oficinas de supervisão com temas sinalizados a partir das necessidades dos médicos, a exemplo da saúde mental na Atenção Básica e acolhimento; encontros de educação permanente com os médicos supervisionados e também com o grupo de supervisores; seminários temáticos no território envolvendo toda equipe com facilitação dos supervisores; acompanhamento de projetos de intervenção visando modificar à realidade vivenciada na saúde da família.



Os supervisores também criaram outras estratégias para acompanhar e dar resolutividade às demandas pedagógicas quando estavam à distância, utilizando grupos em *WhatsApp* e por e-mail.

Ainda que o grupo condutor tivesse programado diversas atividades no âmbito pedagógico, nem todas foram executadas, pois, muitas vezes, o tempo destinado para essas atividades eram consumidos por ações de disputa e de sustentabilidade do Programa.

Havia resistência de alguns médicos do PROVAB em relação ao componente pedagógico do Programa e pelo fato da gestão estadual dar ênfase ao componente pedagógico, seja através do curso de especialização que abordava questões que ultrapassavam a clínica ou por meio da supervisão médica que intervia nas questões do ordenamento da rede atenção à saúde, coordenação do cuidado a partir da Atenção Básica, clínica centrada na pessoa e gestão da clínica.

A Escola Estadual de Saúde Pública teve um papel essencial na articulação e participação nas atividades do curso de especialização e da CCE; direcionou um servidor para cuidar acompanhar e participar da organização do curso de especialização que foi ofertado pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

[...] o empenho da Escola direcionando os profissionais para apoiar as atividades, para apoiar a articulação com a Universidade; teve uma servidora que ficou emprestada para pode alinhar isso [...] com o curso da UFBA [...] E2

Todo o acompanhamento do programa foi direcionado a partir de um plano de trabalho elaborado pela coordenação de instituições supervisoras, o qual estruturou o componente pedagógico do PROVAB. Essa iniciativa possibilitou que o supervisor médico tivesse autonomia para construir alternativas para viabilidade do plano de trabalho junto com seus supervisionados. A coordenação de instituições supervisoras considerou que esse instrumento foi importante para romper com a imagem de que a supervisão era uma fiscalização.

A distribuição de supervisores médicos nos territórios considerou entre alguns critérios, a classificação no processo seletivo e a proximidade de residência do supervisor com o(s) município(s) de atuação. Limitou a um máximo de quatro a cinco município por supervisor e a uma distância entre os municípios de, no máximo, 200 km, e uma relação de 1/10 médicos que na prática acontecia um supervisor para cada sete médicos. Essa alocação de distribuidores também considerou a classificação no processo seletivo.

O estado da Bahia adotou esses critérios devido as características do território baiano e a dispersão dos médicos do PROVAB nos municípios, em que

todo o processo de escolha e definição do local de atuação dos supervisores foi democrático e dialogado.

As equipes de supervisão no território eram distribuídas mediante ao mapeamento pelas instituições supervisoras considerando local de moradia desse supervisor e a relação de proximidades com esses municípios que eles iam supervisionar [...]. (E1)

Tinha alguns parâmetros de quantitativo de médicos por supervisor, tinha a condição de escolha desses profissionais que tinha questão de afinidade e questão de distância também, e essa escolha para além de democrática foi dialogada; então, existia essa condição inicialmente ter a responsabilidade da Universidade Federal da Bahia por um território e a SESAB por outro território definido, mas as escolhas de vinculação desses supervisores eram dialogadas com essa gestão, trabalhando os aspectos quantitativo, de distância, disponibilidade de tempo e também tinha alguns casos que era baseado no perfil desses supervisores. (E3)

Os supervisores eram acompanhados pedagogicamente através da coordenação da supervisão com instrumentos específicos criados por esta coordenação, permitindo fazer análise longitudinal e recondução do processo de trabalho da supervisão. Além disso, eram realizadas reuniões presenciais com supervisores, por macrorregião de saúde, para acompanhamento e avaliação das atividades pedagógicas desenvolvidas.

Os entrevistados apontaram as principais facilidades para realização do acompanhamento pedagógico, destacando-se: plataforma do curso de especialização ofertado, em 2013, pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e a interação que os professores do curso realizavam com a CCE; a coordenação da supervisão demonstrou ter compromisso com o SUS, com a Atenção Básica, cuja qualificação, empenho e maturidade profissional foram suficientes para conduzir a proposta pedagógica do Programa e de poder valorizar o profissional atuante na Atenção Básica; atuação do Apoio Institucional juntos aos gestores municipais para minorar os problemas que, porventura, viessem comprometer o desenvolvimento pedagógico dos médicos, além de serem propulsores das propostas pedagógicas; oferta do curso de especialização no formato EAD possibilitando que a discussão teórica produzisse efeitos práticos orientados pela supervisão médica; grupo de supervisores que tinham experiência em processos educativos e na Atenção Básica. Além disso, a gestão da coordenação pedagógica no âmbito do Programa, envolvendo a SESAB e UFBA, cujo trabalho era coletivo, sempre avaliando as

atividades para que pudessem ser identificadas lacunas e dificuldades em tempo de corrigir o plano de trabalho.

Foram relatadas pelos entrevistados algumas dificuldades para realizar o acompanhamento pedagógico, a exemplo da ausência de direcionamento da coordenação nacional que dificultou a organização do processo de trabalho do grupo.

A resistência de alguns supervisores e de alguns médicos por se considerar prontos para atuarem nas suas funções foi destacado como um problema pelos entrevistados do grupo condutor.

Outra questão relevante foi a dificuldade dos médicos entenderem que o Programa tinha outros objetivos que permeavam a formação em saúde, e não era um “trampolim” para residência médica, já que alguns buscavam participar do PROVAB somente pela condição de conseguir a bonificação para ser utilizado nos processos seletivos de residência médica.

Alguns supervisores fugiam do perfil esperado, em especial em 2013, pois não havia número suficiente de supervisores com a formação desejada, problema complexo para o desenvolvimento a contento das atividades do acompanhamento pedagógico.

À vista disso, foi necessária a criação de diretrizes para o processo de trabalho da supervisão médica, publicada sob a forma de manual e orientada pela equipe de supervisores de referência vinculados a universidades públicas estaduais e federais do Estado.

Realizadas pelo grupo condutor...Bom, inicialmente foi garantir a supervisão, primeira questão pela quantidade de médicos que estava chegando a gente teria médicos qualificados e suficiente para está sendo supervisor de todos esses médicos. Então isso foi o principal. Depois passado essa fase de garantir, teve que os que entraram tiveram que ser qualificados, né? Porque os que eram da própria atenção básica, já tinham experiências, (...) tinham outros que não era da área da atenção básica, era de áreas afins tipo gineco, da própria pediatria, muito afastados da atenção básica [...]. (E2)

[...] uma delas foi da gente fazer o estudo da proposta que isso é uma atividade muito mais interna; programar quais seriam as atividades para a gente poder está levando o conhecimento da gestão esse conhecimento; poder fazer a publicidade da proposta; negociar sempre com o Ministério a saúde a ampliação de vagas, buscando beneficiar ao máximo os municípios e fazer o processo de supervisão, orientação da gestão quanto as portarias, tirada de dúvidas, reuniões regionais, orientação de apoio institucional, reuniões com a universidade federal e escola de saúde pública; discussão sobre a própria legalidade do processos seletivo, credenciamento (...) E depois dos municípios aderirem serem contemplados fazer todo processo

de acolhimento desses médicos, orientar a supervisão para fazer o acolhimento in loco, iniciar uma organização do processo pedagógico e realizar tanto a supervisão quanto o monitoramento da inserção, da vinculação desses médicos em cada um dos municípios, isso tudo muito articulado com o Ministério da saúde e também com a Universidade Federal. (E3)

O grupo condutor destacou a ausência de um projeto político-pedagógico de responsabilidade do Ministério da Saúde, que lançou o Programa sem descrever e sistematizar a proposta pedagógica do Programa. Essa lacuna dificultou o alinhamento das propostas pedagógicas. Segundo os entrevistados, a existência de um grupo no Estado da Bahia com compromisso, sensibilidade e com entendimento do papel do SUS na formação em saúde, permitiu elaborar um plano de trabalho pedagógico que orientasse o trabalho da supervisão.

Além disso, expuseram que o trabalho do supervisor, às vezes, acontecia sem parceria das gestões municipais, pois a dimensão pedagógica não foi incorporada por todos os atores que participavam do Programa, alguns gestores municipais não investiam na integração ensino-serviço, a educação permanente dependia do interesse do gestor, não era algo institucionalizado.

[...] bom além dos elementos próprios da supervisão, era o relatório, que de supervisão principalmente a gente olhava se foi postado, ou se não foi postado (...) a gente começou a analisar esses relatórios, para trazer algumas demandas para melhorar, que é uma demanda muito forte dos médicos, ao longo dos anos do PROVAB melhorar as condições de trabalho, então para alguns município que era muito queixosos relatava isso, ou pela queixa direta pelo supervisor ou no acompanhamento do relatório (...) a gente articulava com os demais atores que pudessem intervir nisso, seja o apoio da DAB, seja o apoio do ministério da saúde, ou seja, o próprio gestor para melhorar essas condições [...]. (E2)

As facilidades têm muito a ver com a equipe que estava atuando, a equipe de gestão, muito pelo empenho e qualidade desses profissionais, com implicação, com o nível de maturidade para conduzir o programa a nível estadual, uma cumplicidade muito grande dos supervisores e acho que trouxeram muito da proposta do programa de poder valorizar a atenção básica e também uma coisa que facilitou bastante foi a atuação do apoio institucional junto a gestão, isso acabou reduzindo digamos, nosso campo de problemas; até porque tinha profissionais da Diretoria de Atenção Básica que estava responsável por essa interlocução com a gestão. Isso fez com que a gente conseguisse está atuando tanto do aspecto pedagógico junto aos supervisores desencadeando junto aos profissionais e reduzindo ruídos junto a gestão [...]. (E3)

[...] dificultadores que houve componentes como logística, no que tange a logística foram muitas as dificuldades, recursos financeiros (...). (...) as dificuldades de veículos para fazer as visitas, o número de profissionais para atuar no monitoramento e outro dificultador foi o Ministério ter lançado programa sem descrever, sem sistematizar a proposta pedagógica do programa. O PROVAB não teve um projeto político pedagógico, ele não

teve um PPP, então isso dificultava inclusive o alinhamento do que de fato seriam as propostas pedagógicas, se não tivesse esses profissionais com esse compromisso, com essa sensibilidade e com compromisso com essa formação e não entendesse a necessidade dessa formação para atuar no SUS e em particular na atenção básica, não seria possível construir uma proposta pedagógica própria para o programa. (E5)

A composição da coordenação da supervisão do PROVAB no Estado da Bahia foi modificada em relação as recomendações nacionais, pois foi percebido que para dar resposta às necessidades do Programa e alcançar a imagem-objetivo proposta, era necessário compor uma equipe de coordenação da supervisão multiprofissional. A estrutura que foi organizada para o Estado da Bahia foi singular em relação a outras UF do país. A equipe de coordenação da supervisão era formada por profissionais da medicina de família e comunidade, fisioterapeuta, enfermeiro e psicólogo, que, juntos, trouxeram muita qualificação de campo e de núcleo que possibilitaram a construção de uma proposta pedagógica consistente, com diferencial na organização tanto no âmbito da gestão quanto pedagógico.

[...] A composição ela era... a gente acabou mudando a composição um pouco porque a gente viu que precisava de um grupo mais próximo da equipe de gestão com profissionais médicos, e a gente criou mais uma vez na Bahia uma estrutura que não tinha nem outro Estado, a gente acabou convidando alguns profissionais médicos para que ajudasse na construção inclusive da estrutura pedagógica para os supervisores médicos, isso trouxe uma qualificação muito grande, até porque possibilitou que a gente tivesse uma qualificação de campo de conhecimento e de núcleo de conhecimento, e que foi um grande diferencial desses profissionais. Eles conseguiram construir na verdade, junto com a equipe de gestão do PROVAB uma proposta pedagógica muito mais consistente e pode estar levando para outros supervisores uma organização, um processo pedagógico muito mais organizado, acho que isso tenha sido um grande diferencial desse nível de organização tanto de gestão tanto pedagógico. (E3)

A equipe de supervisores foi formada por médicos que tinham especializações em diversas áreas, em maior número nas áreas básicas (medicina de família e comunidade, pediatria, ginecologia e obstetrícia) e em menor quantitativo nas especialidades de média complexidade (oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, psiquiatria, anestesiologia, etc). Ainda que o grupo condutor priorizasse especialidades das áreas da atenção básica, não havia candidatos selecionados em número suficiente.

Devido à escassez de supervisores com perfil e qualificação que atendesse a necessidade do Programa, foram ofertadas capacitações a todos os supervisores. As temáticas das capacitações também eram definidas a partir das demandas nas

reuniões com médicos e gestores municipais. Os encontros para formação dos supervisores pautavam-se no direcionamento das ações voltadas para atenção básica, modelo de atenção à saúde, orientação do papel pedagógico (avaliação formativa e somativa dos médicos, realização de visitas conjuntas).

Além disso, foi disponibilizado material didático sobre gestão da clínica, gestão do cuidado, projeto terapêutico singular, agenda compartilhada, entre outras ferramentas da medicina de família e comunidade, de modo que o processo de trabalho dos supervisores estivesse alinhado e em conformidade com o plano de trabalho da supervisão. A coordenação buscava estabelecer um processo contínuo de qualificação dos supervisores para que eles atuassem como multiplicadores.

Da mesma forma se pensou a oferta de um curso de formação de preceptores, em parceria com UFBA e Associação Brasileira de Educação Médica, porém não houve disponibilidade de recurso, e o curso acabou não sendo executado.

A composição da equipe de supervisão médica era composta por médicos com as mais diversas especializações. Preconizava-se que tivesse especialização em Medicina de Família e comunidade, mas devido à dificuldade desse profissional no mercado ter essa disponibilidade e a quantidade foram agregando outros profissionais médicos com diversas formações. A coordenação da instituição supervisora do PROVAB a partir do momento que identificou as necessidades trazidas dos profissionais médicos e as necessidades trazidas médicos “Provabianos” e da gestão, procurava estabelecer normas e rotinas, manuais e capacitações frequentes para esses supervisores. (...) a coordenação de instituição supervisora entendendo a necessidade de ofertar um direcionamento no sentido das ações voltadas para à atenção básica, realizava capacitações anuais instrutivos e reuniões de orientação a esses supervisores. (E1)

A maioria dos membros do grupo condutor tiveram conhecimento e/ou acesso aos relatórios de supervisão médica do PROVAB, exceto algum membro que exercia função de direção e acabava que o tempo era exíguo para acessar os relatórios de supervisão, já que essa atribuição era realizada mensalmente pela coordenação da supervisão.

Além de ter acesso aos relatórios, a coordenação da supervisão pegava uma amostra dos relatórios e procedia com avaliação e encaminhamento das demandas apontadas. Também eram dados feedbacks aos supervisores em relação as lacunas identificadas no preenchimento e a em relação a supervisão realizada. Esse instrumento foi elaborado pelo Ministério da Saúde e, anualmente, era solicitado que as coordenações estaduais colaborassem com a qualificação do instrumento.

A CCE ressaltou que esse instrumento era muito reducionista e não conseguia abranger as lacunas da formação, não retratava com fidedignidade o conhecimento do profissional médico e dependia muito de cada supervisor o preenchimento com informações que pudessem dar valor de uso.

O preenchimento realizado a contento era sempre atingido por algum supervisor médico de família e comunidade ou àquele que tinha experiência na Atenção Básica e conseguia detalhar com maior riqueza fatos e observações que subsidiaria correção da trajetória e avaliação formativa e somativa dos médicos.

Ainda que tivessem todas essas dificuldades no relatório, a coordenação sempre se colocou à disposição para orientar e construir outros instrumentos complementares e que pudessem ser utilizados para fins de avaliação e acompanhamento do processo de trabalho dos supervisores e médicos.

[...] Todos os relatórios da supervisão médica eu tinha acesso no sistema, apesar de não conseguir ler todos completamente. Mas a partir do momento que eu fosse visitar um município eu tinha essa disponibilidade de verificar o relatório de supervisão médica. (E1)

[...] mensalmente as coordenações supervisoras entregavam uma amostra desses relatórios e fazia uma avaliação...a gente dava um feedback aos supervisores como estava cada área, sinalizando algumas deficiências que deviam ser monitoradas por município e inclusive orientação aos gestores que as vezes acontecia algum descumprimento das condicionalidades por falta de conhecimento dos gestores. (E4)

[...] eu tive acesso a alguns relatórios de supervisão, principalmente quando a gente tinha relato dos coordenadores de atenção básica de insatisfação ou de inadequação desse profissional, a equipe ou município. Ai a gente pedia com conversa com supervisor e aí trazia esses relatórios onde a gente tomava conhecimento da evolução ou da involução desse profissional que chegava na equipe e começava a ser, passava pelo processo de supervisão. (...) esse relatório de supervisão o que o ministério tinha como modelo de referência era muito simplista, muito reducionista e não abrangia as lacunas da formação que precisava ser modificada, eles não traziam o gap do conhecimento em relação do conhecimento daquele profissional e isso variava muito de supervisor para supervisor. Aquele supervisor que era mais experiente na saúde da família, que era mais comprometido com o trabalho e que tinha um processo de trabalho mais organizado ele trazia um relatório de supervisão com maior riqueza de detalhes que de fato subsidiaria um processo de correção de trajetória, subsidiaria uma avaliação formativa e somativa, então houve também a meu ver essa deficiência. (E5)

4.4. TRIÂNGULO DE GOVERNO: ASPECTOS CRÍTICOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROVAB NA BAHIA

Sobre o projeto de governo foi possível analisar em que medida o PROVAB no Estado da Bahia foi prioridade para a secretaria da saúde e da Faculdade de

Medicina da UFBA e a existência de coerência entre os problemas que foram priorizados e as ações propostas.

Da capacidade de governo permitiu observar as características dos coordenadores de instituições supervisoras, a sua capacidade técnica e de liderança a fim de organizar as atividades na implantação do PROVAB. Quais as técnicas e métodos foram utilizados para minorar aspectos críticos possíveis de serem solucionados a partir dos instrumentais intelectuais e técnicos dos atores do programa.

Analisar a governabilidade dos atores da CCE do PROVAB foi possível verificar a existência de apoio político-institucional da secretaria da saúde do Estado da Bahia e da FAMEB/UFBA. Como essas instituições proporcionaram autonomia à CCE principalmente em relação a gestão de recursos humanos.

4.4.1. Projeto de governo

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia liderou a adesão ao PROVAB através da Escola Estadual de Saúde Pública estrutura que desenvolve processos formativos no âmbito do SUS/Bahia, em parceria com a Diretoria da Atenção Básica, apostando no PROVAB como possibilidade de aperfeiçoar os profissionais a partir da integração-serviço. Apostava no PROVAB como um meio de dar respostas as necessidades dos municípios quanto ao provimento de profissionais para Atenção Básica cuja demanda era apresentada, pelos gestores municipais, em todos os espaços de governança dos três entes federativos.

O movimento de adesão ao PROVAB também pode ser atribuído ao compromisso do secretário estadual da saúde que defendia a qualificação da atenção básica, ampliação do acesso, reorientação do modelo de atenção, formação profissional ordenada pelo SUS. Além do Secretário, a CCE via no PROVAB a oportunidade para expansão cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família em municípios com dificuldades de provimento médico.

A Faculdade de Medicina da Bahia fez a adesão ao Programa em momento posterior à SESAB. A direção da Faculdade de Medicina da UFBA (FAMEB) à época entendia que o PROVAB seria o propulsor de transformações do curso de graduação em Medicina. A direção da FAMEB percebeu que o PROVAB era um

programa atrativo para egressos do curso de medicina devido à bonificação concedida ao final do Programa.

[...] Tanto a SESAB quanto à UFBA sempre apostou no aperfeiçoamento dos profissionais no ensino-serviço. O Estado da Bahia foi quem mais fomentou e motivou a participação no PROVAB, ou seja, abraçou a causa acreditando na formação voltada para atenção básica, no sentido de qualificar o cuidado desses profissionais para atuação na atenção básica. (E1)

[...] quando eu fui para UFBA, passou a preocupar muito esse alinhamento com a residência com a graduação, então ver o campo de prática que pudesse alinhar formação nos serviços nesse sentido. (E2)

Eu acho que o PROVAB dialogava com várias necessidades que existiam na atenção básica (...). Com essa análise a gente via que o PROVAB era uma resposta muito clara, para essas necessidades, e a partir disso, a Diretoria de atenção básica junto com a Secretaria junto com o Gabinete fez questão de protagonizar esse espaço e poder estar trazendo junto com os municípios e buscando orientar os municípios para que vinculasse ao programa. (...). Principalmente a responsabilidade pela formação, pelo perfil da gestão da universidade naquele momento do PROVAB, principalmente a questão da responsabilidade sobre a política pública acho que foi a resposta mais concreta desse encontro da universidade com o território e a universidade possibilitou trazer uma condição de organização do espaço pedagógico [...]. (E3)

O objetivo do PROVAB exposto nos documentos e falas institucionais do Ministério da Saúde enfatizava o provimento e valorização de médicos para atenção básica, porém o grupo condutor do Programa no Estado da Bahia considerava que para além do provimento, considerado como objetivo secundário, tinha um desafio maior que era a reorientação da formação médica buscando superar o modelo de formação hospitalocêntrica e centrado na doença.

O objetivo do PROVAB de estimular e valorizar o profissional da Atenção Básica, bem como oferecer supervisão didático-pedagógica estava muito claro para os membros da CCE, sabia-se onde queria chegar e o que queria produzir. As falas foram complementares mostrando ter uma imagem-objetivo precisa de apostar na formação médica, cujos resultados seriam a fixação do profissional na atenção básica e ampliação da resolutividade da atenção básica.

Considerando que o intuito era além do provimento mudar a qualidade da prática que era ofertada aos usuários e o modelo de atenção. Porque o que seria o grande salto do PROVAB seria promover o deslocamento daquele profissional que entra médico centrado, hospitalocêntrico, com a formação(...) para se descolar para uma formação de clínica ampliada, da gestão do cuidado, da gestão da clínica, no modelo pautado na vigilância à saúde no cuidado e tendo o cuidado com o conceito mais ampliado, levando em conta o conceito de vulnerabilidade (...) esse programa, na verdade (...)

vai além do provimento que é principalmente a qualificação do processo de trabalho [...]. (E5)

[...] os objetivos do PROVAB, a priori, para gestão nacional vem com essa carga de ampliação da atenção básica, ampliação do cuidado mesmo que centrado na figura do médico, mas era o que acabava barrando essa ampliação, mas acho que vem com toda essa carga de mudar a formação médica, também, a priori pelo provimento, mas vejo o PROVAB não como um braço do Mais Médicos, mas como o berço do Mais Médicos. (E7)

A pauta do PROVAB foi considerada prioritária no colegiado executivo da Diretoria de Atenção Básica. Foi tratado como projeto estratégico para qualificar a atenção básica, sendo incorporado no processo de trabalho dos técnicos da DAB.

4.4.2. Governabilidade

A implantação do PROVAB no Estado da Bahia logrou êxito devido a uma série de facilidades que proporcionaram a formulação de estratégias pedagógicas, planejamento, execução e monitoramento das atividades de todos os componentes do Programa. O contexto político-institucional da SESAB foi bastante favorável à implantação do PROVAB na Bahia. Os membros da CCE afirmaram que a figura do Secretário de Saúde foi importante, pois ele acreditava na resolutividade e potencialidade do programa, fazendo a defesa do PROVAB juntos aos gestores municipais. Destaca-se, também o apoio de instituições de ensino superior que tinham expertise na formação médica e pesquisa em saúde coletiva, bem como o apoio e suporte da Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia. Além disso, a relação que o gabinete do secretário tinha com a Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia dava solidez ao Programa para enfrentar os debates com as corporações médicas.

Existiu um trabalho intenso da Diretoria de Atenção Básica com o gabinete do secretário de saúde à época, com análise política e estratégica dos municípios potenciais para implantação do Programa. Todos os pedidos que eram solicitados ao secretário, eram prontamente respondidos de modo que o Programa funcionasse adequadamente.

Colocou à disposição a Diretoria de Atenção Básica e as equipes de Apoio Institucional¹¹ para fomentar e apoiar a implantação do PROVAB. Disponibilizou

¹¹ O Apoio Institucional tinha como principais ações em relação a implementação do PROVAB: “a) informar e orientar os gestores municipais e regionais em relação ao funcionamento do PROVAB (referências técnicas, como acessar o supervisor, entre outros); b) preparar a gestão para receber e

recursos materiais e humanos na estrutura da Diretoria de Atenção Básica, com ofertas de tecnologias de monitoramento e avaliação, bem como as DIRES contribuíram com a logística que permitiu facilitar o desenvolvimento das atividades da supervisão médica, educação permanente para os membros do grupo condutor, e qualificação do corpo de supervisão médica.

A SESAB sempre apoiou muito o programa então algumas dessas questões de encontros, formações, apoio dos Apoiadores Institucionais, as áreas técnicas estavam à disposição. Agora, financeiramente, eu não lembro, mas apoio logístico e de formação, financeiramente, não. (E7)

Embora o Estado da Bahia tenha priorizado a implantação do PROVAB à época, não investiu recursos financeiros diretamente no Programa. O Estado investiu recursos financeiros de forma indireta através das atividades do Apoio Institucional que foram essenciais para efetivar a interlocução entre a CCE do PROVAB e municípios.

Eu acho que de forma direta de cofinanciamento, acho que não chegamos a esse nível e acho que talvez o que a gente consiga indiretamente é ter a estrutura física onde a gente conseguiu colocar à disposição do PROVAB, a disponibilidade de carro... diretamente de financiamento acho que não, mas que no processo de organização do programa, disponibilidade de espaço para encontros, na disponibilidade da equipe de Apoio Institucional para abordagem dessa temática talvez sim, mas de forma direta a gente realmente não conseguiu estabelecer, até porque poderia causar um viés no Programa nacional. (E3)

A extinção das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) em dezembro de 2014 fragilizou a relação do programa com os municípios, pois as DIRES faziam a interlocução com os municípios.

Desfavoráveis acho que a gente pegou um momento com as extinções das DIRES, acho que ali a gente teve uma tremida na base, porque as DIRES também nos davam muito apoio não só na parte burocrática do Estado, mas também nesse diálogo com os municípios. Com os desmonte das DIRES a gente acabou tendo uma fragilidade nesse elo que tinha com os municípios. (E6)

acolher o profissional do PROVAB; c) orientar o coordenador de Atenção Básica na condução da equipe Saúde da Família que tem profissional do PROVAB (qualificação); d) subsidiar a Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do PROVAB na condução do programa no Estado da Bahia; e) qualificação da equipe técnica das regionais para apoio aos gestores municipais; f) realização visita técnica de apoio institucional para o acompanhamento do processo de trabalho da EqSF com PROVAB; g) encaminhamento e acompanhamento das denúncias de irregularidades com o programa; h) subsidiar os coordenadores descentralizados e supervisores PROVAB quanto as diretrizes da PNAB e PEAB” (SILVA, 2016; BAHIA, 2014a).

O PROVAB com o tempo foi ocupando espaços dentro da instituição e cada vez mais era valorizado o trabalho dos atores, porém o protagonismo dos mesmos desencadeou uma espécie de “disputa” com alguns atores do PMM que levou ao acirramento das relações, mas isso não era ligado a política institucional.

[...] o Mais Médicos começou a ficar muito grande e acoplar com o PROVAB, vejo que começou a ficar desfavorável, pois vejo que começou a ter uma disputa interna de poder, realmente o PROVAB e Mais Médicos deu um poder muito grande, aproximação com gestores, de atores de decisão, então isso com o passar do tempo passou a ser um problema complicado, porque ai não estava ligado com política diretamente institucional [...]. (E2)

Aconteceram situações que obstaculizaram o trabalho da coordenação e da supervisão, a exemplo da insuficiência de recursos financeiros para realização de oficinas de qualificação dos médicos e viagens para acompanhamento dos supervisores médicos.

Olha a gente teve, teve oficina cancelada, viagem negada de supervisão, mas assim a gente entreviu, falou, reclamou, conseguimos rever algumas coisas, mas outras acabaram sendo subsumidas mesmo dentro da lógica burocráticas institucional [...]. E6

O bom relacionamento existente entre a Diretoria de Atenção Básica estadual, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde pode ser atribuído ao fato do governo do Estado da Bahia e o governo federal serem ligados ao mesmo partido político muitos profissionais que apoiavam o Estado da Bahia faziam parte do grupo condutor nacional.

[...] o que favoreceu... ser o governo da Bahia, não era explícito isso, mas por ser PT e o programa do PT ajudou muito, tinha também a militância dentro da área da saúde para o apoio da reforma sanitária especificamente um movimento específico entre os médicos preocupado com o mercado, preocupado com a valorização da medicina de família [...]. (E2)

[...] a qualificação desses trabalhadores e que tinham uma sintonia muito grande com a política institucional, então essa condição favoreceu muito e que fosse uma continuidade aqui no Estado e ajudou muito esse aspecto (...) o gabinete da secretaria de saúde acho que isso trouxe um elemento de respaldo institucional e junto com a Universidade Federal da Bahia trouxe uma solidez na proposta até para que a gente fizesse embates quando as discussões era muito mais corporativa do que realmente programáticas. (E3)

Os fatores políticos institucionais no Estado, primeiro foi estar com um governo reformista, um governo de esquerda, um governo atitudinal, porque era um governo de agir e de procurar soluções e viabilidades. Então isso foi um contexto político-institucional favorável e para além dessa característica do Estado tinha também o bom relacionamento institucional que a Diretoria de Atenção Básica tinha, ainda tem, mas naquele momento era muito mais

intenso e forte com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Outro aspecto favorável era a credibilidade que o apoio institucional já tinha conquistado naquele momento (...) aqui outro fator favorável foi a boa relação da Diretoria com a Associação Baiana de Medicina de Família [...]. (E5)

Entretanto havia críticas à gestão do PROVAB a nível nacional. Também existia a perspectiva de descontinuidade do PROVAB que não era declarada oficialmente, demonstrando a falta de planejamento do Ministério da Saúde nos anos de 2015-2016, gerando instabilidade nos municípios e participantes.

Os fatores que considero desfavoráveis foram a pouca divulgação por parte do Ministério da Saúde, aí digo a pouca divulgação em meio de comunicação da existência desse programa, da viabilidade e contribuição que esse programa traz para o município para a gestão municipal e para equipe que recebeu aquele profissional. (E1)

Dos aspectos que não favoreceu muito tem a ver com a condição de sempre ter uma perspectiva de descontinuidade do PROVAB, isso trouxe instabilidade para o programa; o PROVAB a cada ciclo parecia que era o último que denota um não planejamento ou um planejamento que não ficava declarado isso acabou prejudicando e gerando instabilidade nos municípios e que isso era reproduzido em uma possibilidade de descontinuidade acho que isso talvez prejudicou bastante. (E3)

Quanto à participação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, as evidências apontam que a entidade teve atuação favorável à implantação do PROVAB no quesito provimento orientando os gestores em relação a provisão de médicos, mas não tinha clareza sobre os outros componentes do PROVAB. A participação do COSEMS foi inexpressiva, com pouco protagonismo no início do programa apesar de terem sido importantes para os gestores municipais à época. O COSEMS teceu críticas ao PROVAB principalmente aos documentos publicados pelo Ministério da Saúde que gerou muitas dúvidas em relação as condições de cumprimento de carga horária, se as 8h direcionadas para o curso de especialização poderiam ser utilizadas como folga pelos profissionais.

Chamou atenção que alguns membros do grupo condutor não se recordavam do posicionamento e da participação do COSEMS na implantação do PROVAB, inferindo-se que, de fato, a participação do mesmo não foi relevante.

O COSEMS não teve participação, foi muito inexpressiva, não se envolveu até porque o COSEMS resolveu participar dessa atuação, ou seja, foi convidado para essa participação no momento da adesão do programa Mais Médicos. Inicialmente no PROVAB eu me recordo que não teve participação do COSEMS, até porque o grupo da SESAB daqui da Diretoria de Atenção Básica conseguia conduzir de forma efetiva. (E1)

Teve muita crítica na época, principalmente pelas dúvidas relacionadas as primeiras portarias, mas talvez muito mais dúvidas e teve também muita empolgação de ter provimento de profissionais. (E3)

O COSEMS entendeu... ele foi favorável ao PROVAB, mas a maior defesa dele era do provimento, no primeiro momento o COSEMS não enxergava outros componentes do PROVAB ele não tinha essa clareza, mas defendia o programa no componente provimento isso aí ele defendia entre as corporações, mas outros componentes ele não fazia defesa, o carro chefe deles era provimento. (E5)

Contudo, o apoio dos gestores municipais foi muito importante para implantação do PROVAB, pois tiveram muitos benefícios, a exemplo da desoneração da folha de pagamento dos recursos humanos em saúde, pois os médicos eram remunerados através de uma bolsa formação e, contavam com o médico por, no mínimo, doze meses, facilitando maior adesão de municípios. Entretanto, apesar do número elevado de gestores interessados na adesão do Programa, nem todos garantiram estrutura adequada para acolher o médico do PROVAB e proporcionar uma vivência qualificada e exitosa nas unidades de saúde.

Uma das coisas que facilitou foi a questão do provimento do médico acho que isso foi muito claro; a outra é o não impacto sobre a questão financeira do financiamento na atenção básica dos municípios quando não há um impacto há uma maior adesão dos municípios; e a terceira, foi a possibilidade de profissionais médicos verem no PROVAB um ganho de pontuação para residência, então acho que esses são três aspectos bem importantes que tem no Programa.” E3

Foram muitos desafios enfrentados na implantação do PROVAB. Os entrevistados referiram que a maior dificuldade foi a resistência da corporação médica que além de tensionar os atores envolvidos com o Programa, tentavam desqualificar o PROVAB. Para o grupo condutor, essa tentativa de desqualificação e oposição ao Programa está relacionada a disputa pelos postos de trabalho e pela reserva de mercado que um grupo dentro da categoria desejava manter o controle e regulação.

Para além disso, inicialmente houve uma resistência por parte da Comissão Nacional de Residência Médica¹² em relação a utilização da bonificação concedida

¹² A Comissão Nacional de Residência Médica foi criada no ano de 1977, no mesmo decreto que cria a Residência Médica como uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*. Este decreto foi revogado e publicado em 2011 o Decreto n. 7.562, de 15 de setembro de 2011, que dispõe sobre a CNRM e o exercício das suas funções. Foi instituída como uma “instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação e tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as

aos médicos concluintes do Programa com conceito satisfatório, sendo superado após muito diálogo e esclarecimento sobre a concessão e critérios para utilização da bonificação.

Observou-se, também, que havia uma certa dificuldade de os médicos cumprirem algumas condicionalidades, principalmente àquelas preconizadas em portaria

[...] realmente a implantação do PROVAB foi muito difícil, pois teve muita resistência dentro da CNRM, apesar foi a CRNM que foi aprovado, mas foi um processo de muito dialogo para que o ministério conseguisse dar os 10%, para que ele construísse o PROVAB, muita resistência dos programas de residência para aceitar os 10% o grande atrativo era isso, e é algo que até hoje a gente enfrenta, sempre está tendo liminar, os advogados da união estão voltados para isso, o ano de 2012 e 2013 foi de intensa valorização para que isso fosse garantido [...]. (E2)

Justamente as corporações médicas que foi necessário vencer várias disputas para que se conseguisse implantar o programa. (E5)

As dificuldades obstáculos para implantação do programa: um vou dizer de cara logo foi a classe médica, são meus colegas, mas são um dos grandes obstáculos para tudo que venha ser de...da saúde como um direto, da saúde para todos, porque tira o poder do mercado, então, todo programa que qualifique a atenção básica, que fecha os consultórios populares de ponta de esquina, que tira os pacientes das consultas populares vai ser contra, ne?! [...]. (E6)

4.4.3. Capacidade de Governo

No início do Programa, o Estado da Bahia por meio da Diretoria de Atenção Básica preocupou-se em divulgar e fomentar a adesão a todos os municípios da Bahia que enfrentavam o problema de escassez de profissionais, utilizou meios eletrônicos e virtual, contatos por telefone, realizou webconferências fazendo com que essas estratégias fossem mais notórias do que a divulgação realizada pelo Ministério da Saúde.

Após o período de adesão dos municípios partiu para orientação da implantação do programa, municinando o município de portarias, realizando reuniões

instituições e os programas de residência médica”. No PROVAB a CNRM desempenhou um papel importante que foi regulamentar a utilização do bônus concedido aos médicos do PROVAB, bem como pactuar com a SGTES/MS o percentual desse bônus (BRASIL, 2012d; 2013e).

nas regiões de saúde, priorizando visitas in loco do Apoio Institucional, e realizando ações articuladas com a EESP e FAMEB/UFBA.

Em 2013, ao tempo em que se iniciava as atividades da supervisão médica, ia sendo implantada a Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB e ofertado o curso de especialização pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

A CCE era protagonista, coeso e prezava pela democracia no trabalho do grupo, a exemplo da inserção da representação dos médicos do PROVAB na CCE. A organização do grupo para implantar o PROVAB estava pautada nas normativas do Ministério da Saúde. Entretanto, tomou a iniciativa de ampliar a coordenação das instituições supervisoras, o que foi autorizado pela coordenação nacional do Programa. Em seguida, foi construído o plano de trabalho da coordenação das instituições supervisoras FAMEB/UFBA e SESAB, que atuavam integradas na estrutura de gestão da secretária de saúde do estado da Bahia. A organização da supervisão estadual culminou em uma coordenação de instituições supervisoras integrada e participativa que atuou tanto no âmbito administrativo quanto pedagógico do Programa.

O grupo era muito protagonista, acho que tem uma equipe muito coesa e com muita qualidade que estava à frente do PROVAB, e que já trouxe um elemento que era diferenciado que demonstrava muito a condição democrática que é ter dentro de um grupo colegiado a presença de médicos, a representação de médicos, acho que isso é como se fosse um presente mesmo, isso só referendava aquilo que eu acreditava, eu cheguei com isso já bem encaminhado e que fazia com que a gente pudesse falar de coisas muito reais do cotidiano dos médicos. (E3)

Os profissionais que integravam a coordenação das instituições supervisoras do PROVAB tinham formação em saúde coletiva e, no mínimo, especialização em saúde coletiva e alguns com mestrado. O grupo era multiprofissional, composto por enfermeiro, médico de família e comunidade, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo, todos com experiência na saúde coletiva e tinham afinidade com a formação em saúde. Apostavam na oportunidade do SUS reorientar a formação em saúde.

Eram pessoas que já trabalhavam no departamento de atenção básica, já tinham vivências, tanto nos processos institucionais de gestão da saúde como também de acompanhamento e monitoramento dos indicadores de atenção primária; então, acho que a equipe da coordenação centralizada eram técnicos que tinham o domínio das ações institucionais da atenção primária à saúde, a gente que era coordenação descentralizada a gente tinha mais o perfil da assistência, de médico de família, de médico de comunidade, fomos equipes que somou qualitativamente na condução do programa na minha avaliação. (E6)

Sim, possuíam formação inclusive multiprofissional. No caso tinha formação voltada para saúde pública e o que traz mais um destaque para o Estado que era uma equipe multiprofissional, então que desenvolvia outras habilidades, não só a categoria de medicina. (E4)

[...], mas falando pessoalmente dessas pessoas de formação individual todas elas têm formação em saúde coletiva ou medicina de família ou saúde da família e são ou foram trabalhadoras do SUS, ou professores; então, é uma equipe muito qualificada e que principalmente entende o que estão fazendo, qualificada e que não deixam de continuar se qualificando. (E7)

Segundo os entrevistados, os dois coordenadores das instituições supervisoras FAMEB/UFBA e SESAB eram militantes e contribuíam com suas competências no desenvolvimento e consolidação do Programa no Estado, passando a assumir o Núcleo de Provimento e Fixação de Profissionais da Diretoria de Atenção Básica da SESAB que conduzia a agenda da provisão e fixação de profissionais no Estado.

As evidências apontam que a seleção de supervisores médicos para o Programa com formação na saúde coletiva ou em medicina de família e comunidade era um desafio a ser superado, já que não existiam muitos médicos com a formação e experiência desejada. Não era uma diretriz nacional ter supervisores com esse perfil, mas o Estado da Bahia optou por ter médicos supervisores com formação e experiência na saúde coletiva, atenção básica, medicina de família e áreas afins, docência e integração ensino-serviço.

Porém, mesmo com esses requisitos adotados pela coordenação da supervisão, alguns supervisores selecionados precisaram de qualificação durante o processo de supervisão médica.

[...] a exigência para a supervisão dos profissionais era que fosse médico, mas o Estado sempre primou que esse profissional tivesse a formação em medicina de família e comunidade. (E1)

[...] Uma das coisas que facilitou esse perfil desse grupo foi pensar na equipe de supervisão no processo seletivo, então isso gerou um processo de coerência para aquilo que a gente precisava. (E3)

No início a gente formou tentando se aproximar, aí já na segunda turma eu achei que o perfil foi melhor, já fez um barema mais próximo da questão prática, sim. (E4)

Embora fosse realizado o monitoramento do PROVAB na Bahia, não existiu, nem foi construído um instrumento capaz de avaliar o Programa em todos os seus componentes, também não aconteceu no âmbito nacional uma avaliação que

contemplasse todas as dimensões do PROVAB e que apontasse as fragilidades, potencialidades e desafios.

Avaliação do programa eu não tenho esse instrumento, nunca foi construído, a gente tentou construir avaliação do processo de supervisão, do programa como todo pegando todos os aspectos das condicionalidades, da supervisão, da experiência do médico, do acompanhamento do egresso não teve. (E2)

Isso foi uma das coisas que a gente acabou amadurecendo, até porque se estabeleceu um instrumento de avaliação da supervisão, que isso foi muito importante para que a gente tivesse uma aproximação com a supervisão e também a gente tivesse a real condição daquilo que era construído pedagogicamente isso foi um dos aspectos construído aqui na Bahia e junto aos médicos existia instrumentos de avaliação que acabou sendo produzido também por essa equipe de gestão e que tinha o aspecto da supervisão que é o aspecto de avaliação in loco, então foi construído alguns instrumento de avaliação para que pudesse facilitar a análise. (E3)

O PROVAB no início não tinha uma avaliação nacional, acho que no decorrer aconteceram algumas avaliações do programa. Mas a coordenação do PROVAB na Bahia criou instrumentos de avaliação que era feito no googledocs, não era nacional, mas dava para sentir um pouco como os médicos avaliava o programa e os supervisores. (E7)

A interlocução entre o Ministério da Saúde e gestão do PROVAB no Estado estudado facilitou a comunicação e cumprimento de fluxos pactuados, otimizando o tempo de resposta as demandas e ampliando a resolutividade das questões burocráticas.

Três processos facilitadores: em primeiro lugar foi o apoio incondicional do Estado da Bahia, na estrutura da secretaria de saúde, fornecendo meios de transporte, matérias educativos, fornecendo espaço físico, ou seja, toda uma estrutura necessária para que a instituição supervisora atuasse bem com o papel de referência de ministério da saúde; o segundo item é a abertura que existia no momento do Instituto de Saúde Coletiva em acolher a Referência do Ministério da Saúde para poder estar participando da formação desses profissionais; outro apoio foi do Núcleo do Ministério da Saúde a partir de um momento começou a estar fomentando as viagens e preparando o espaço para outras articulações no território. (E1)

A falta de direcionamento do processo de trabalho das referências descentralizadas¹³ do Ministério da Saúde também foi mencionada por entrevistados. Evidenciou-se que a organização do trabalho no Programa foi sendo

¹³ O papel de referência descentralizada do Ministério da Saúde era desempenhado por atores da Bahia que atuavam no Programa para acompanhar, monitorar e apoiar os municípios e a CCE na implementação do PROVAB. As competências inerentes à sua atuação não foram encontradas em documentos institucionais do Ministério da Saúde. No relatório da coordenação da supervisão foi relatada a participação destes na implementação do Programa. Em 2013, atuavam apenas dois representantes e em 2014 ampliou a equipe para 08 representantes; cada representante era responsável em acompanhar uma macrorregião de saúde, com exceção da macrorregião sul e extremo sul do Estado que contou com apenas uma referência (BAHIA, 2013a; 2014a; 2014b).

construída no decorrer da implantação do PROVAB e à medida que iam surgindo as necessidades no território apoiado. A ausência de uma diretriz norteadora do processo de trabalho deixava sobre a responsabilidade da referência descentralizada o mapeamento dos entraves e a organização de ferramentas necessárias para resolução e/ou encaminhamentos a outros atores do Programa, a exemplo da coordenação de instituição supervisora e à coordenação centralizada da referência descentralizada, no Ministério da Saúde.

5. DISCUSSÃO

Esse estudo ao avaliar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia, identificou fragilidades e dificuldades da implantação de um programa que tem como finalidade o enfrentamento da escassez de profissionais presente em diversos sistemas nacionais de saúde. Seus achados podem contribuir com o aperfeiçoamento de estratégias de provimento médico no Brasil.

Ao assumir o triângulo de governo, construído de Carlos Matus (1993), para a análise dos resultados encontrados, pode-se afirmar que as três variáveis, a saber, projeto, capacidade de governo e governabilidade do grupo condutor apresentaram robustez que explica o êxito da implantação do PROVAB na Bahia. Entretanto, a governabilidade do grupo condutor foi sendo reduzida à medida que avançava a implantação do Programa Mais Médicos. O PROVAB foi incorporado ao PMM em 2015 e este último passou a ser a principal política nacional de provimento médico no Brasil.

A CCE do PROVAB foi capaz de orientar gestores municipais, principalmente dirimindo dúvidas sobre portarias, processo de adesão ao programa e acolhimento e orientação destes profissionais. O engajamento dos atores que atuam no âmbito da gestão estadual é fundamental para o êxito na implantação de políticas de saúde (LIMA; ASCENZI, 2013). Mota e Barros (2016) evidenciaram a existência de fragilidade entre atores do Programa Mais Médicos, indicando uma série de descompassos que provocaram descontinuidade e enfraquecimento do Programa, bem como prejuízos no processo de trabalho dos profissionais.

A participação do Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia foi considerada importante para orientar, divulgar e acompanhar o PROVAB nos municípios participantes do programa. Estudos apontam que o Apoio Institucional como modo organizacional de auxiliar os municípios na implementação de Políticas de Saúde a partir da relação horizontalizada, reflexiva, autônoma e crítica, tem sido efetivo para qualificar a gestão municipal no que tange a implantação de projetos estratégicos na atenção básica. Tem sido necessária na orientação dos trabalhadores sobre o funcionamento dos programas de provimento e, principalmente, na articulação dos supervisores

com gestores municipais para a execução das atividades do componente pedagógico destes programas (FALLEIRO, 2014; SILVA, 2016; VIEIRA, 2017).

O apoio aos municípios na implementação do PROVAB foi realizado pelos atores da Comissão Coordenadora Estadual e pelo Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica, seja por meio de visitas nos municípios ou por meio de publicação de documentos informativos e orientadores. Para Carvalho (2013) e Oliveira et. al. (2015) a Comissão Coordenadora tem um papel importante na implantação do PROVAB, fazendo a co-gestão do programa com outros atores das esferas de gestão e acompanhamento da implantação nos municípios.

Neste estudo não foi observada qualquer evidência que permita inferir a utilização dos dados dos sistemas de informação do PROVAB pelo grupo condutor para analisar indicadores de saúde e epidemiológicos da população adstrita às equipes de saúde da família em que atuavam médicos do PROVAB. A análise dos dados permite que se façam inferências sobre o trabalho dos profissionais nos programas de provimento e das suas respectivas equipes, principalmente em relação a ampliação do acesso à saúde e o comportamento dos indicadores de internação por causas sensíveis à atenção básica (LIMA et al., 2016; MIRANDA; MELO, 2016; SILVA et al., 2016).

Carvalho *et al.* (2013) referem a importância do registro e utilização das informações do processo de trabalho e indicadores de saúde presentes no sistema de relatórios da supervisão do PROVAB, pois esses dados servirão para acompanhar a evolução das práticas dos profissionais e identificar fragilidades que sejam alvo de intervenções.

Contudo, o grupo condutor buscou utilizar algumas informações disponíveis nos sistemas do programa relacionadas principalmente a indicadores de estrutura e processo, a exemplo das condições de infraestrutura das unidades de saúde e jornada de trabalho dos profissionais que foram identificadas no sistema de relatórios de supervisão. As evidências deste estudo contrapõem as observações do estudo de Oliveira et al. (2015) apontando que não foi encontrado nos sistemas de informação do programa uma matriz de acompanhamento de indicadores de estrutura e processo que poderia ser utilizada pelos gestores para subsidiar a tomada de decisões e a prática dos profissionais.

As atividades de monitoramento do grupo condutor foram imprescindíveis para identificação de inconformidades especialmente na oferta de condições de infraestrutura das unidades de saúde contempladas pelo programa. Estudos apontam que a inadequação de infraestrutura de unidades de saúde pode comprometer o desenvolvimento de atividades assistenciais e no caso particular do PROVAB obstaculizar a formação dos profissionais e também ser determinante para o desligamento de profissionais (NÓBREGA-THERRIEN et al., 2015; GONÇALVES et al., 2016).

O estudo de Girardi et al. (2016) aponta a importância de o município possuir infraestrutura das unidades de saúde adequadas e existência de materiais para que consiga ampliar o escopo de prática dos profissionais participantes dos programas de provimento. Já no estudo de Campos e Malik (2008) evidenciou-se que a distância entre as unidades e o local de residência dos profissionais, assim como a indisponibilidade de materiais para realização do trabalho são fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade de profissionais médicos.

A supervisão médica do PROVAB teve um papel fundamental na articulação e orientação dos gestores municipais quanto a necessidade de fazer adequações e ajustes nas inconformidades apontadas pelos atores do programa, e quando articulados com as referências do Ministério da Saúde e Apoio Institucional da SES as ações eram potencializadas e reduzia significativamente o número de processos administrativos na CCE.

Os achados evidenciam que o trabalho do supervisor médico deve estar pautado nas dimensões técnico-pedagógica e gerencial-administrativa, deve extrapolar os muros da supervisão tradicional centrado no controle das tarefas e fiscalização das atividades, mas ofertar apoio e até fazer junto com o supervisionado, pois desse modo estimula o processo de aprendizagem (SILVA, 2016; BOTTI; REGO, 2008).

As ações dos supervisores médicos junto aos gestores municipais foram cruciais para o acompanhamento de carga horária dos profissionais do PROVAB. Não se tratava de um papel fiscalizatório e punitivo, mas cumprir a responsabilidade que foi pactuada com a CNRM e possibilitar que o médico aproveitasse a prática na saúde da família como dispositivo de aprendizagem.

Diversos estudos apontam que a assiduidade dos médicos na atenção básica amplia o acesso aos serviços ofertados pela equipe de saúde e melhoram a satisfação dos usuários, e quando o profissional não cumpre com sua jornada de trabalho afeta as atividades da sua equipe. A implantação de programas de provimento registra maior permanência do médico na unidade de saúde e tem impactos significativos sobre os indicadores de saúde (CAMPOS et al., 2014; OPAS; OMS 2017).

A oferta de alimentação, transporte e hospedagem foi exigida por alguns médicos e foi necessária a intervenção do grupo condutor, no sentido de reconhecer a necessidade dessa oferta a esses profissionais. Mota e Barros (2016) ao estudar a implantação do Programa Mais Médicos em uma UF evidenciou que o apoio dos gestores municipais para o transporte, moradia e alimentação, internet, educação permanente era bem precário.

Lotta, Galvão e Favareto (2016) apontam que os programas interfederativos e que envolvem uma diversidade de atores devem ser capazes de dar respostas a questões para o desenvolvimento do programa principalmente a questões relacionadas a alimentação e hospedagem para os profissionais, e a organização das instituições devem proporcionar que todos os atores envolvidos com estes programas estejam alinhados, pois isso será determinante para o sucesso do mesmo.

Em seu estudo, Vieira (2017) evidencia que a seleção dos supervisores médicos do PROVAB na Bahia foi realizada a partir de um regramento específico priorizando médicos com formação em MFC e/ou experiências anteriores na APS, bem como experiência em docência, diferente da seleção adotada pelo PMM que não contemplava esses critérios, que passou a ter em seu quadro de supervisores um quantitativo considerável de especialistas focais.

Alguns supervisores não tinham o perfil desejado para atuar na supervisão do PROVAB exigindo da coordenação a oferta de atividades para qualificação. Silva (2016) evidenciou a existência de limitações na atuação dos supervisores devido a experiência de alguns supervisores não ser compatível com a atuação do médico na Atenção Básica e um dos desafios do PROVAB na Bahia era a qualificação da equipe de supervisão.

No estudo de Reis (2001) evidenciou-se que o supervisor deve ser o agente de produção do conhecimento estimulando os profissionais, induzindo a dúvidas e juntos encontrar soluções as questões elaboradas. Também deve ser capaz de manter a neutralidade no momento em que é preciso ser analítico para que possa perceber elementos do trabalho que serão utilizados para o aprendizado.

A equipe que coordenou a supervisão do programa era multiprofissional diferente da recomendação nacional, pois o Estado compreendia que para dar respostas as necessidades do programa e conseqüentemente da atenção básica, era indispensável que a composição dessa equipe fosse multiprofissional. Foi bastante assertiva em organizar a composição dessa equipe, pois trouxeram muitas contribuições do campo e do núcleo profissional que possibilitaram a construção de um plano de trabalho factível a realidade da supervisão.

Silva (2016) destaca em seu trabalho que as atribuições da coordenação da supervisão do PROVAB era acompanhar e avaliar o trabalho dos supervisores, a execução do plano de trabalho e realizar a qualificação dos mesmos através do dispositivo da educação permanente, bem como, sempre que necessário, realizar visitas em conjunto e orientá-los quanto a necessidade de interação com a gestão municipal. Aponta que o trabalho do supervisor não deve ser pontual para não comprometer o componente pedagógico tão necessário para o aprendizado do médico.

A supervisão do PROVAB na Bahia não se assemelha a uma supervisão tradicional que é compreendida como o exercício de uma função gerencial com capacidade de comando para execução de atividades técnico-administrativa. Foi concebida a partir da perspectiva do Apoio Institucional como uma nova forma de realizar gestão, supervisão e apoio técnico, tendo como pilar o componente pedagógico capaz de construir junto com o outro e ofertar ferramentas para o desenvolvimento das ações e buscando a superação de atividades pouco criativas e mecânicas como o simples preenchimento de relatórios (FALLEIRO, 2014; NUNES, 1986).

A supervisão deve ser capaz de fazer a integração de ações de modo que sejam alcançados os objetivos técnicos e sociais considerando a complexidade da atenção básica, as suas ações essenciais e a diversidade de atores que compõem esse nível de atenção e ao mesmo tempo a execução de atividades diversas para

alcançar tais objetivos (NUNES, 1986). Por isso, o grupo condutor buscava orientar os supervisores a envolver toda a equipe da saúde da família no processo de supervisão. O trabalho uniprofissional, individual, e desarticulado aos demais da equipe não é tão resolutivo se desconsiderada a participação do coletivo de trabalhadores da estratégia saúde da família.

O resultado da supervisão do PROVAB no âmbito nacional foi evidenciado em um estudo que investigou como os egressos do PROVAB e aprovados na residência aprovam a experiência, cerca de 50,74% dos participantes da pesquisa preencheriam as vagas em programas de residência médica sem a necessidade de utilizar a bonificação concedida pelo PROVAB, os autores inferem que esse resultado pode ter sido contribuído pelo aprendizado na atenção básica no contato direto com os pacientes e pelo trabalho da supervisão (LIMA et al., 2016).

A necessidade de qualificação dos supervisores médicos a partir do diagnóstico da coordenação assemelha-se ao estudo de Izecksohn et al. (2017) que a necessidade de novos preceptores para residência de MFC vem acompanhada da necessidade de capacitação dos preceptores, demandando do grupo diretivo uma série de estratégias para qualificação no contexto da residência apostando na educação permanente como importante dispositivo.

Os resultados positivos só foram alcançados devido a formação e experiências dos supervisores em atenção básica tal como a participação da coordenação da supervisão do PROVAB no Estado da Bahia que identificou a existência de lacunas na formação dos profissionais, assumindo como responsabilidade do grupo condutor ofertar recursos educacionais que permitisse uma aprendizagem significativa no trabalho e pelo trabalho.

A ausência de um projeto político-pedagógico orientado pela coordenação nacional, a resistência de alguns profissionais em compreender o objetivo do programa para além da provisão, a disponibilização de recursos para deslocamento até os municípios, e o descompromisso de alguns gestores municipais foram evidenciadas como fatores dificultadores para o desenvolvimento das atividades da supervisão.

Silva (2016) no seu estudo que avaliou o processo de trabalho do médico do PROVAB na Bahia, evidenciou a inexistência de um plano político-pedagógico para o programa para que fosse possível ampliar a capacidade de intervenção do

PROVAB na formação médica, o que fez com que as metas do programa não estivessem claras.

O estudo de Nóbrega-Therrien (2010) aponta que o PPP vai expressar as atividades pedagógicas e didáticas que levam a instituição formadora a alcançar os objetivos traçados. Nele deve conter todas as orientações e estratégias que irão conduzir as ações a serem desenvolvidas para a formação de sujeitos críticos, reflexivos, transformadores. A ausência dele no processo educacional pode conduzir a diversas trajetórias e dificultar a organização do trabalho dos educadores.

Os relatórios da supervisão foram utilizados para identificar inconformidades em relação a condicionalidades por parte dos gestores e profissionais, necessidade de aprofundamento de alguma temática da assistência e do processo de trabalho em equipe. Porém, esse instrumento era reducionista e não conseguia captar todas as necessidades de formação dos profissionais e que dependia muito de cada supervisor o preenchimento com informações que abordassem elementos da formação (SILVA, 2016).

As instituições supervisoras do PROVAB no Estado da Bahia, SESAB e FAMEB/UFBA, realizaram a adesão impulsionadas por apostar na possibilidade do PROVAB reorientar a formação médica a partir das necessidades do SUS, bem como realizar a expansão da saúde da família e ampliação da resolutividade da Atenção Básica. A SESAB e a FAMEB/UFBA tinham clareza do seu papel enquanto instituições formadoras de recursos humanos para a Atenção Básica, assim como na organização e operacionalização das atividades de implantação do PROVAB para alcançar resultados satisfatórios.

Considerando as contribuições de Matus (1972), a participação dos diversos atores permite que o projeto de governo ganhe legitimidade política, descentraliza-o dos poderes decisórios e amplia a base de apoio.

O objetivo do Provab estava muito bem explicitado nos marcos legais e nas falas institucionais dos atores do Ministério da Saúde, que pautava fortemente a provisão de médicos. Por isso, o discurso e posicionamento do grupo condutor estadual para investir na formação dos médicos era ratificado através das diversas estratégias educacionais.

As evidências encontradas nesse estudo apontam que o Estado da Bahia desejava produzir mudanças na formação médica e, conseqüentemente, na

reorganização do processo de trabalho da equipe. Para Matus (1996), a partir do momento que o dirigente escolhe uma direção a seguir deve ter a capacidade de resistir nessa direção mesmo que obstáculos se apresentam à sua frente.

Apesar do papel da coordenação da supervisão e supervisão médica estarem estruturadas, por outro lado, o Ministério da Saúde não construiu diretrizes para orientar o processo de trabalho da referência descentralizada do. Evidenciou que a ausência de um documento normativo que expressasse a função deste ator no PROVAB dificultou a organização do processo de trabalho.

No que concerne à governabilidade, a SESAB colocou à disposição do grupo condutor a estrutura física da secretaria, recursos humanos e diretorias regionais de saúde nos territórios, a qual tinha muita vinculação com os municípios. O processo de implantação do PROVAB para dentro da secretaria foi facilitada pela capacidade do gestor estadual em mobilizar diretorias e trabalhadores, e por ser, uma agenda prioritária para Diretoria de Atenção Básica, sobretudo pela autonomia da SESAB em gerenciar as respectivas regionais.

Sem estrutura física e sem equipamentos adequados a gestão tem sua capacidade de governo enfraquecida e limitada, na medida em que colocados nessas condições interferem na capacidade de resposta resolutiva do grupo (FREESE et al., 2004).

Foi importante a participação do gestor estadual da saúde no momento da adesão ao PROVAB, pois sua formação, experiência política e técnica, foram essenciais para firmar o compromisso da instituição com o programa e proporcionar autonomia ao grupo condutor para planejar e executar as ações que, alinhadas ao projeto das instituições SESAB e FMB/UFBA, visavam alcançar o propósito do programa. A participação de um ator de alta direção da instituição dotado de capital cognitivo acerca da temática é determinante para configuração do projeto de governo e boa governabilidade (ALVES et al, 2010).

No estudo de Lima e Vilasbôas (2011) evidenciaram que as instituições com menor grau de implantação das ações intersetoriais foram àquelas em que os sujeitos tinham governabilidade limitada, porém o sujeito com governabilidade dentro das suas instituições favorece a operacionalização das ações.

O PROVAB encontrou resistência de corporações médicas no início da sua implantação, principalmente por discordar do discurso do Ministério da Saúde que

justificou a criação de um programa de provisão de médicos. Para alguns setores da medicina, não existem escassez de médicos, mas uma má distribuição e pouca atratividade do setor público (CARVALHO, 2013).

Ficou evidente que o Estado da Bahia tinha governabilidade sobre suas instituições e que favoreceram a implantação do programa. Por outro lado, não foi evidenciada a aplicação de investimentos financeiros, de forma direta, que poderia resultar em avanços na formação dos supervisores e médicos, bem como na melhoria da infraestrutura física das unidades de saúde.

O achado desse estudo em relação a participação do COSEMS no PROVAB assemelha-se ao encontrado por Ferreira (2016), evidenciando que o este conselho parece não se sentir parte do processo de implementação do PMM e o seu papel parece estar relacionado apenas ao repasse de orientações aos gestores municipais. Permite inferir que, se maior a sua participação e protagonismo, muitos problemas de cumprimento de condicionalidades poderiam ser minorados pela atuação desse ator.

O alinhamento entre a Diretoria de Atenção Básica do Estado da Bahia e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde foi de suma importância na realização de proposições para o PROVAB. Alves et al. (2010) aponta em seu estudo que, uma boa relação entre setores, instituições e instâncias de gestão, favorecem à implantação de intervenções.

A governabilidade do grupo condutor se mostrou restrita em relação ao processo de descontinuidade do PROVAB na esfera federal e, no âmbito do Estado a desmobilização das diretorias regionais de saúde.

Mostrou-se eficaz a atuação do grupo condutor do PROVAB e do Apoio Institucional na garantia das condicionalidades relacionadas a oferta adequada de unidades de saúde com infraestrutura das unidades e composição da equipe de saúde da família. Segundo Matus (1994), descentralizar o poder decisório permite que cada nível gerencial se ocupe dos problemas que são de maior magnitude. Desse modo, torna a gestão menos hierarquizada, possibilitando maior engajamento dos atores, refletindo na criatividade e capacidade de resolução deles.

Os atravessamentos políticos foi uma variável que estava distante de uma intervenção do grupo condutor ocasionando barreiras para implementação de

estratégias para potencializar a implantação do PROVAB. A ineficácia do poder político pode levar à derrota do poder técnico (HUERTAS, 2014).

Na dimensão capacidade de governo, as evidências demonstram que o grupo condutor do PROVAB teve uma alta capacidade de governo na implementação do programa, principalmente relacionada a divulgação, orientação aos municípios, seleção do grupo de supervisores médicos, traduzida não somente pela capacidade técnica e habilidades dos atores, mas pela capacidade de relacionar com o trabalho e com as necessidades do programa.

Contatou-se que foi assertiva a articulação com instituições com expertise em formação médica e pesquisa em saúde coletiva, cujos resultados convergiram para a elaboração de estratégias educacionais, de planejamento e monitoramento das atividades.

O estudo apontou que os atores que atuaram no PROVAB eram comprometidos, formação desejada para as funções e experiência em gestão da Atenção Básica, facilitando a operacionalização de métodos e técnicas que apoiaram a tomada de decisões e a elaboração de estratégias que dialogaram com as necessidades do programa.

Evidenciou-se uma alta capacidade de condução da equipe de supervisores devidamente orientados para alcançar os propósitos do PROVAB.

O grupo condutor do PROVAB era composto de uma equipe multiprofissional que prezava pela democracia no trabalho e se organizavam para ampliar a resolutividade da equipe com atores internos e externos a instituição. Essa integração culminou em um colegiado que se articulava constantemente para reconduzir a trajetória do Programa, se identificado distorções e inconformidades.

Por fim, destaca-se como necessária a realização de outras pesquisas avaliativas na Bahia e em demais estados brasileiros para analisar a influência da variação na implantação sobre os efeitos observados nos programas de provisão de médicos para à Atenção Básica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito avaliar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia, descrever as características da gestão estadual e identificar os aspectos que foram favoráveis e obstaculizadores para o desenvolvimento do Programa.

Os resultados deste estudo mostraram que o PROVAB alcançou 84% de implantação sendo considerado como implantado, e dentre os 18 critérios estudados, apenas um não foi implantado.

Percebeu-se que o percentual de implantação dos componentes do PROVAB foi resultado do trabalho dos atores da comissão coordenadora estadual e também dos supervisores médicos. Identificou-se que a capacidade de governo foi o vértice do triângulo de governo mais explorado pelos atores, cujos resultados foram possíveis de serem observados nas estratégias adotadas para intervir nos problemas identificados pela CCE e supervisores médicos.

As evidências revelam a valorização do componente pedagógico pelo grupo condutor estadual, eixo norteador para o desenvolvimento das atividades de supervisão e formação dos profissionais.

Este estudo aponta para necessidade de uma maior participação e implicação de atores políticos e governamentais na articulação com municípios que não valorizam a potencialidade do caráter formativo do PROVAB.

A partir dos resultados encontrados evidencia-se que quanto maior a participação de atores com capacidade técnica e governabilidade, maiores serão as possibilidades de superar obstáculos na implantação de um programa.

Diante das lacunas identificadas na implantação do PROVAB, recomenda-se a realização de monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos e de saúde de modo que seja avaliado a efetividade das ações das ESF, participantes do PROVAB, nos indicadores por causas sensíveis à atenção básica.

A ausência de alguns documentos de registros das reuniões da CCE do PROVAB foi evidenciada pelo pesquisador como um fator limitante para uma análise entre as evidências.

Constatou-se nesta pesquisa que algumas dificuldades permearam a implantação do PROVAB, a exemplo da resistência da corporação médica, incorporação incipiente do componente pedagógico pelas gestões municipais, falta de direcionamento do processo de trabalho das referências descentralizadas do Ministério da Saúde, dificuldades com a logística e a inexpressividade do COSEMS na implantação do PROVAB.

Embora as escolas médicas participantes do PROVAB aprovaram essa estratégia, por outro lado, alguns programas de residência foram resistentes e poucos colaborativos com a expansão do PROVAB, principalmente no que concerne a concessão de bônus para utilização nos processos seletivos para acesso à residência médica, situação que foi muito debatida em plenárias da Comissão Nacional de Residência Médica.

Também foi possível revelar que a coordenação da supervisão do PROVAB investiu no caráter formativo, possibilitando que médicos e supervisores fossem capacitados no decorrer do programa. Havia coerência no discurso dos atores e nas evidências em relação ao desenvolvimento de atividades pedagógicas do PROVAB; entretanto, não foram ampliados recursos financeiros para aumentar a capacidade de oferta de estratégias educacionais, fazendo-se necessária a garantia de recursos financeiros que devem ser garantidos no orçamento da secretaria para possibilitar o maior número de ofertas educacionais que visem reorientar a formação dos médicos e supervisores.

O contexto político-institucional no âmbito estadual e nacional mostrou-se favorável a implantação do programa. Contudo, foi evidenciado que a secretaria estadual da saúde não investiu de forma direta recursos financeiros no PROVAB.

Ademais, diante das facilidades evidenciadas destacam-se a relação colaborativa e harmônica entre a SESAB e FAMEB/UFBA que facilitou o diálogo e a defesa do Programa em diversos espaços, bem como o protagonismo do Instituto de Saúde Coletiva proponente do curso de especialização.

Considera-se de suma importância a elaboração de diretrizes para orientar o processo de trabalho das referências descentralizadas do PROVAB a partir do referencial pautado no apoio institucional e o maior envolvimento do COSEMS na orientação dos gestores municipais quanto à priorização de estratégias de formação de profissionais no território sob sua responsabilidade sanitária.

Observou-se que a constituição de uma coordenação da supervisão multiprofissional permitiu construir estratégias para além do campo do saber médico, necessárias para a orientação da supervisão médica na perspectiva de um olhar ampliado sobre o processo de trabalho do médico, sendo esta parte integrante da estratégia saúde da família.

A atual conjuntura político-econômica no Brasil ameaça a sustentabilidade e consolidação do Sistema Único de Saúde, e, como consequência presencia-se o enfraquecimento e desestruturação de políticas e programas estruturantes da Atenção Básica, a exemplo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e do Programa Mais Médicos.

Cabe destacar que esse estudo se limitou a avaliar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, não teve como objetivo avaliar a influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados, sendo necessária a realização de novos estudos de modo que seja possível compreender a variação desses efeitos pós implantação do PROVAB e de outros programas de provimento semelhante a este.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; ANDRADE, Roberto Fernandes. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral da saúde – doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 101-120.

ALVES, C. K. DE A. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. suppl 1, p. s145–s156, 2010.

ASSIS, M. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: _____. et al. (Org.). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 13-38.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades**. Plano Estadual de Saúde. Salvador, 2004.

_____. Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33. Salvador, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório de atividades das instituições supervisoras FAMEB/UFBA e SESAB - 2013**. Salvador, 2013a. 14p.

_____. Plano Estadual de Saúde: gestão 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33. Salvador, 2013b.

_____. Secretaria de Saúde. **Manual do Supervisor do PROVAB**. Dispõe sobre diretrizes pedagógicas para o processo de supervisão do PROVAB no estado da Bahia, Salvador, 2014a. 78p.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório de atividades das instituições supervisoras FAMEB/UFBA e SESAB - 2014**. Salvador, 2014b. 15p.

_____. Secretaria de Saúde. **Breve histórico 2007-2014, principais realizações e os novos desafios para a Atenção Básica**. Salvador, 2014c. 24p.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Salvador, 2015. 224p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROS, R. S. **Mandala de Avaliação: pistas para avaliação, integração e produção de diálogo no cotidiano do trabalho**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana/Ba, 2015, 177p.

BERGER, C. B. et al. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Alma Ata 1978, Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei Federal n. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial N° 2.087**, de 1° de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília/DF, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 15 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015**. Brasília/DF, 2011b. 59p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1377, de 13 de junho de 2011c**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html> Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a, 110p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Supervisor do PROVAB**. Dispõe sobre diretrizes pedagógicas para o processo de supervisão do PROVAB no estado da Bahia, Salvador, 2012b. 30p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c. 123 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Informe n. 07/2012. **Demandas provenientes das Instituições que ofertam programas de residência Médica**. 2012d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11818-informe-7-2012-residencia-medica-pdf&category_slug=outubro-2012-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. Ações em Saúde – Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 22 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Processo de adesão dos médicos ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**. Edital. N 03, 09 de jan. 2013b, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Convocação de Instituições para adesão ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica** - Edital. N 12, 22 de mar. 2013c, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out. 2013d. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 18 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Informe n. 04, de 03 de outubro de 2013e**. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/residencia/residencia/docs/informe-4-provab.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Informe n. 05, de 03 de abril de 2013f**. Disponível em: Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: Custeio dos Núcleos de Telessaúde (Manual Instrutivo)** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Chamamento Público de instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos interessadas em participar do processo seletivo para adesão ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). **Edital n. 10, de 26 de Abril de 2016a**. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-N-10-PROVAB.pdf> Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. **Proporção de cobertura estimada populacional de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 15 de set. 2016

BOTTI, S. H. DE O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977. 229p.

BUSS, Paulo. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMERON, IAN. Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote areas: Australia as a case study. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde** – Seminário Internacional. Brasília: Ministério da Saúde, p. 45-52, 2002.

CAMPOS, C.V.A; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 42 (2): 347-68, mar/abr. 2008.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 252–264, 2014.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2013.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-241.

COLLIÈRE, Marie-François. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**. Dados Gerais e Descrição das Desigualdades. Brasília: CFM, V.1, 2011.

COOPER, J.K.; HEALD, K; SAMUELS, M. Affecting the supply of rural physicians. **Am J Public Health**. 67(8): 756–759. Ago, 1977.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

FAGUNDES DE SOUZA, E. C. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1): S100-110, 2008.

FALLEIRO, L. M. et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALLEIRO, L. M. (Org.). **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 19-30.

FERREIRA, S. G. **O Projeto Mais Médicos e os Gestores da Atenção Básica do Estado de Sergipe : uma análise de capacidade de governo e de**

governabilidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós Graduação em Saúde Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2016.

FREESE, E; MACHADO, E; CESSÉ E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: Freese E, organizador. **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: Ed. da UFPE; 2004. p. 261-296.

GIRARDI, S. N. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde.** Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade – NESCOM. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, Jun. de 2010.

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2739–2748, 2016.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016.

GRUMBACH, K. et al. Primary Care physician's experience of financial incentives. **The New England Journal of Medicine**, v. 339, p. 1516–1521, 1998.

HARZEIM, E. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8): p 1649-1659, ago, 2006.

HOLTE, J. H. et al. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. **Social Science & Medicine**, 128, p.1-9. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das unidades da federação.** Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em 15 de set. 2016.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737–746, 2017.

LEONARDIA, J. A. Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. **BMC Health Services Research**. v. 12. p. 400-41. Nov, 2012

LIMA, E. J. F. et al. Como os Egressos do Provac e Aprovados na Residência Avaliaram a Experiência? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 731–738, 2016.

LIMA, L. L.; ASCENZI, L. D. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, 2013.

LIMA, R. T. DE S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685–2696, 2016.

LIMA, E. C. DE; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507–1519, 2011.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. DA S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2761–2772, 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: O Caso Brasileiro**. Tese Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina social. Rio de Janeiro, 2007.

MAIA, A. Processo de Regionalização da Saúde na Bahia : Aspectos Políticos-Institucionais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 1809–239X, p. 400–422, 2017.

MARTINS, M.A. Experiências e propostas nacionais para provimento e e fixação de profissionais em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde – Seminário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 45-52, 2002.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade a atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUS C. **Estrategia y plan**. Santiago de Chile: Editorial Universitária; 1972. p. 73-77.

_____. O Triângulo de Governo. In: _____. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Ipea, 1993. p. 59-62.

_____. **El método PES: reingeniería pública y la teoría de las conversaciones: trabas y problemas.** Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1994. (Colección Ciências y Técnicas de Gobierno, n. 2).

_____. **Adeus, Senhor Presidente.** São Paulo: Fundap, 1996. 381p.

_____. **Los 3 cinturiones del gobierno.** Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.

MIRANDA, A. S. DE; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2837–2848, 2016.

MOTA, R. G. DA; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2879–2888, 2016.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 10 (supl 1): S69-S81, nov. 2010.

NKOMAZANA, O. et al. Stakeholders' Perceptions on Shortage of Healthcare Workers in Primary Healthcare in Botswana: Focus Group Discussions. **Plos One**, 10(8), agosto, 2015.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M. et al. Projeto Político Pedagógico : concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 44(3), p. 679–686, 2010.

NUNES, T. C. M. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 466–476, 1986.

O'DOWD, A. GP numbers are not shrinking but demand is swallowing the extra workforce, MPs told. **BMJ**, 2015.

OLIVEIRA M. C. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(10): 2999-3010, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Aumentar el acceso al personal en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones sanitario mundiais de política.** Ginebra, Suiza. 2011. 80p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a La Salud y la Cobertura Universal de Salud.** Washington, DC. 2017. 29p.

OZEGOWSKI, S. Effective policy mechanisms for an equitable geographical distribution of general practitioners: a qualitative comparative analysis of the

accessibility of primary care in Europe. **Journal of Health Services Research & Policy**. V. 18. P. 151-159. July, 2013.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459-492.

PINTO, I.C.M. TEIXEIRA, C.F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde na Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9): 1777-1788, set, 2011.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1555-1564, ago, 2006.

RABINOWITZ, H. K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. **The New England Journal of Medicine**, 1, v. 328, n. 13, p. 934-939, abril, 1993.

REIS, C. C. L. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001, 122p.

SALES FERREIRA, G. **O projeto Mais Médicos e os gestores da atenção básica do estado de Sergipe: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2016, 119p.

SALSBERG, E. S. Is the Physician Shortage Real? Implications for the Recommendations of the Institute of Medicine Committee on the Governance and Financing of Graduate Medical Education. **Academic Medicine**, Washington DC, 90: 1210-1214, 2015.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A. Da Fragmentação a Integralidade: Construindo e Reconstruindo a Prática em Saúde Bucal, no Programa Saúde da Família do Município de Alagoinhas-BA. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, 2006.

SHTASEL, D et al. Developing a Pipeline for the Community-Based Primary Care Workforce and Its Leadership: The Kraft Center for Community Health Leadership's Fellowship and Practitioner Programs. **Academic Medicine**. 90(9):1272–1277, sep. 2015.

SILVA, K. C. S. **Processo De Trabalho Do Médico No Programa De Valorização Profissional Da Atenção Básica – Provb**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana/Ba, 2016, 149p.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do

estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899–2906, 2016.

SILVA, R. B; PINEAULT, R. Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec. **Canadian Journal of Rural Medicine**. 17(3): 92-98, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TALIB, Z. M. et al. Investing in community-based education to improve the quality, quantity, and retention of physicians in three African countries. **Educ Health**, 26(2): 109-114, mai-ago, 2013.

TREVISAN, M. Evaluability assessment from 1986 to 2006. **American Journal of Evaluation**, September 2007 vol. 28 no. 3 290-303.

VIEIRA, M. C. **Faculdade de Ciências Médicas Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2017.

VIEIRA DA SILVA, Lígia. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; _____ (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-39.

_____. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 86-93.

WHOLEY, J.S; HATRY, H.P; NEWCOMER, K.E. (Ed). **Handbook of practical program evaluation**. S. I., 2004.

APÊNDICE A - MATRIZ PARA PROCESSAMENTO DOS DADOS SOBRE O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROVAB

CATEGORIA DE ANÁLISE	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	EVIDÊNCIAS (FONTE entrevistas ou documento)	PONTUAÇÃO OBTIDA
CONDIÇÕES FUNCIONAIS E DE TRABALHO	Condições adequadas de moradia, transporte e alimentação, quando necessário	09	<p>“Então, assim quando era detectado qualquer problema de descumprimento das condicionalidades, a própria instituição supervisora também ia ao município, fazia a visita, e detectado qualquer descumprimento era criado um relatório que era passado para a comissão estadual” E4</p> <p>“Quando a gente via alguma inconformidade, a gente registrava e relatório encaminhava ara CCE para que fossem tomadas as providencias cabíveis e para além dessas providencias administrativas e as vezes burocráticas porque tinha que seguir fluxos legais do regramento do programa, tinham também os encaminhamentos frentes aos municípios, a gente chamava os Secretários de saúde, os coordenadores de atenção básica e tinha uma conversa reorientando o programa no município e colocando para a gestão desse município que se não houvesse readequação ia ser desligado do programa (...).” E5</p>	08
	Remunerar os profissionais conforme os valores praticados com os trabalhadores de	09	“Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do Programa será concedida aos médicos participantes bolsa, nos termos do artigo 15 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, na redação dada pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, com valor mensal de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)” D41	09

	outros vínculos		<p>“(…) nós éramos questionados quando tinham atraso de bolsa inicialmente atrasava 15/20 dias no máximo; então, nosso papel era solicitar desse profissional os dados bancários, solicitar desse profissional seu CPF e nos consultávamos junto com a coordenação nacional qual a motivação do atraso, mas todos foram pagos em tempo hábil.” E1</p> <p>“Teve algumas excepcionalidades, não era algo que fosse corriqueiro, mas existiu alguma deficiência por parte do Ministério da saúde onde houveram atrasos, mas isso foi regularizado em tempo razoável que fez com que não houvesse a interrupção do trabalho dos profissionais e até mesmo... isso não influenciou na continuidade desses profissionais no PROVAB. A primeira coisa foi a gente entrar em contato com o Ministério da Saúde para poder entender o que estava acontecendo e também tentar particularizar cada situação porque teve situações que envolveu a própria condição do profissional médico de não entendimento sobre abertura de conta, sobre alguns aspectos relacionados a cumprimento das normativas, outras relacionadas da própria condição da gestão que não tinha o conhecimento sobre sistema e nesses casos a gente conseguia orientar o profissional quanto a gestão, e alguns casos que tinha relação com o Ministério da saúde era muito mais de gerar um conhecimento nos profissionais sobre o prazo de regularização e também da necessidade de segmento daquilo que é as normativas legais.” E3</p>	
--	-----------------	--	--	--

			“De ocorrência em relação a pagamento de bolsa, não. Não lembro de nenhuma ocorrência.” E4	
	Condições de infraestrutura (segurança, higiene, equipamentos, insumos, instalações sanitárias) nas unidades de saúde contempladas pelo programa.	08	<p>“Então no caso de não cumprimento das condicionalidades isso vinha à tona de forma muito rápida e concreta (...). (...) então isso a gente conseguia ter resolutividade de forma muito mais rápida, pois existia uma capilaridade muito grande, existia outro componente que era o Apoio Institucional da Secretaria, da diretoria, que estava coparticipante do PROVAB e fazia com que o diálogo com a gestão fosse muito mais direto. (...) em algum momento chegou até resultar na transferência de alguns profissionais médicos e também abertura de processo administrativo para adequação de município e exclusão do município devido a não condicionalidade. (...) ainda bem que isso foram exceções e que demonstra que o programa em si estava adequado e as exceções a gente conseguia trabalhar isso dentro de um grupo condutor.” E3</p> <p>“Mas teve municípios que foi assim (...) aconteceu que só as unidades que tinham PROVAB, nem a do Mais Médicos foram, só as unidades do PROVAB, pela insistência do papel da supervisão de ter as mínimas condicionalidades para equipe trabalhar bem, funcionou!” E4</p> <p>“Processo de remanejamento de médico por condições insatisfatórias na estrutura das unidades” D3</p> <p>“Descumprimento de condicionalidades do município</p>	06

			de Salvador, ensejado remanejamento dos médicos.” D9	
			“Resultados alcançados na gestão do PROVAB: Apoio à verificação de irregularidades (municípios, supervisores e médicos) e monitoramento da situação de resolução.” D38	
	Cumprimento de carga horária de atividades assistências nas unidades de saúde	09	<p>“(…) o cumprimento da carga horária era acompanhado exclusivamente por informações junto ao gestor e sobre consulta ao profissional. (...) eu fazia uma busca no CNES para saber quantos vínculos esse profissional tinha ativo, para saber se esse vínculo que ele tinha ativo interferia na carga horária do PROVAB que era de 40 horas (...). Ao que me recordo, alguns poucos municípios sofreram penalidades, mas era mediante ao diálogo juntamente com a gestão municipal (...) quando fosse o descumprimento de carga horária do profissional nos solicitávamos que fossem enviadas de acordo normas do edital o acompanhamento da frequência validada pela gestão municipal. ” E1</p> <p>“(…) a gente se via em uma condição onde existia um descumprimento por parte dos profissionais médicos e que isso era avaliado junto ao colegiado e se buscava sanar todo tipo de problema que podia gerar. Então, era algo muito dinâmico e com muita rapidez, se reduziu muito o processo burocrático, até porque todos tinham muitas clarezas das responsabilidades, ou seja, existia uma responsabilidade compartilhada, mas muito clara e isso fazia com que a gente conseguisse se</p>	08

			<p>organizar para atuar em campo em situações de crises. ” E3</p> <p>E o que a gente via na prática era acordos que os profissionais faziam com a gestão ou que a própria gestão propunha ao profissional, de dar folga além desse dia de estudo, ou dos profissionais confundirem o dia de estudo com um dia de fazer, um dia de folga, ou um dia para eles assumirem plantões em hospitais, em pronto socorro, inclusive fora do seguimento público e isso foi encontrado, e, nesse sentido, à medida que era tomada era notificar o profissional, o profissional era notificado, a gestão era notificada e acompanhada, se prosseguisse o profissional era afastado e a gestão também deixava de participar do programa e deixava de ter priorização do Apoio Institucional, então isso era o que mais acontecia.” E5</p> <p>“Eu me lembro que 2013 eu era supervisora e supervisionava dois médicos em (...) e eles fizeram acordos com a gestão municipal de não cumprir a carga horária de 32 horas com 8 de formação, eles faziam três dias; e por orientação tanto do ministério, na época, quanto da coordenação Estadual esses médicos foram retirados do programa por não cumprir as condicionalidades.” E6</p> <p>“Processo de descumprimento de CH do médico.” D3</p> <p>“Descumprimento de CH do médico do município X.” D5</p> <p>“Descumprimento de CH do médico do município Y.” D7</p>	
--	--	--	---	--

			<p>“Descumprimento de CH dos médicos do PROVAB.” D8</p> <p>“Descumprimento de CH de medica no município Z.” D9</p>	
	TOTAL DO COMPONENTE:	35		31
<p>Componente não implantado: 00 pontos Componente parcialmente implantado: 11 pontos Componente implantado: acima de 24 pontos</p>				
PEDAGÓGICO	Oferta de curso de especialização no formato EAD em saúde da família/atenção básica	09	<p>Todos os médicos ativos no Programa estiveram matriculados, pois era condição <i>sine qua non</i> a permanência no PROVAB.</p> <p>"Art. 5º Aos profissionais que participarem do Programa de que trata esta Portaria será obrigatória a inscrição e frequência em curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)." (NR)"</p> <p>“A UFMA indicou uma profa para representar o curso de especialização na CCE.” D8</p> <p>“Representação do Curso de Especialização (ISC/UFBA).” D18</p>	09

			“(…) inicialmente quando comecei no PROVAB (…) sabendo que era um projeto de integração ensino-serviço (…) pedi para me cadastrar na plataforma do curso para eu saber quais atividades e acompanhar essas atividades e como eram oferecidas para esses profissionais (…) A primeira, foi a abertura do instituto de Saúde Coletiva ofereceu para que eu pudesse entrar na plataforma; a segunda, a interação que tinha o Instituto de Saúde Coletiva com alguns professores do curso de especialização comigo; e, terceiro, nós temos a relação institucional que eu construir com a instituição.” E1	
	Equipe de supervisão médica	09	<p>“Durante o ano de 2013 foram contempladas várias ações no contexto das Instituições com cadastramento de 122 supervisores, sendo selecionados 72 ao longo do Provab 2013, pois houve nove desistências, com convocação de novos supervisores e remanejamentos para contemplar a supervisão de todos os médicos lotados no estado da Bahia. A média de supervisores foi de 65 para atender todos os municípios do estado que possuíam médicos pelo PROVAB. A distribuição dos supervisores foi realizada de forma regionalizada e por ordem de classificação da seleção através de Edital nº 01 de 15 de Março de 2013.” D38</p> <p>“Durante o ano de 2014 foram cadastrados 73 supervisores, sendo selecionados 46 ao longo do PROVAB 2014, pois houveram 07 desistências, com convocação de novos supervisores e remanejamentos para contemplar a supervisão de todos os médicos</p>	09

		<p>lotados no estado da Bahia. A média de supervisores foi de 39 para atender todos os municípios do estado que possuíam médicos pelo PROVAB. A distribuição dos supervisores foi realizada de forma regionalizada e por ordem de classificação da seleção através de Regulamento 01/2014 de Maio de 2014. ” D39</p> <p>“O processo seletivo dos seletivos dos supervisores médicos estava ancorado na Portaria n. 2087/2011, possibilitando que médicos com diplomas expedidos e/ou validados por alguma instituição de ensino superior no Brasil e com CRM ativo participassem do processo seletivo. O processo seletivo foi constituído de análise curricular, realizado pela DAB e EESP. O período de atuação destes é de doze meses. Cada supervisor será responsável por dez provabianos. Devem visitar todos os municípios que tem médicos do PROVAB. A Carga horária de trabalho do supervisor é de 8h semanais de supervisão in loco e 12 h de supervisão à distância. A IS poderá adequar a distribuição de CH conforme necessidade identificada no processo de supervisão. O médico supervisor deve ter disponibilidade para viagens. ” D10</p> <p>“A composição da equipe de supervisão médica era composta por médicos com as mais diversas especializações. Preconizava-se que tivesse especialização em Medicina de Família e comunidade, mas devido à dificuldade desse profissional no mercado ter essa disponibilidade e a quantidade foram agregando outros profissionais médicos com diversas formações. ” E1</p>	
--	--	---	--

			<p>“A composição ela era... a gente acabou mudando a composição um pouco porque a gente viu que precisava de um grupo mais próximo da equipe de gestão com profissionais médicos, e a gente criou mais uma vez na Bahia uma estrutura que não tinha nem outro Estado, a gente acabou convidando alguns profissionais médicos para que ajudasse na construção inclusive da estrutura pedagógica para os supervisores médicos, isso trouxe uma qualificação muito grande, até porque possibilitou que a gente tivesse uma qualificação de campo de conhecimento e de núcleo de conhecimento, e que foi um grande diferencial desses profissionais. Eles conseguiram construir na verdade, junto com a equipe de gestão do PROVAB uma proposta pedagógica muito mais consistente e pode estar levando para outros supervisores uma organização, um processo pedagógico muito mais organizado, acho que isso tenha sido um grande diferencial desse nível de organização tanto de gestão tanto pedagógico.” E3</p> <p>“As equipes de supervisão no território eram distribuídas mediante ao mapeamento pelas instituições supervisoras considerando local de moradia desse supervisor e a relação de proximidades com esses municípios que eles iam supervisionar (...)” E1</p> <p>“(...) a gente ficou com uma média de sete no Estado só que alguns ficaram com seis, como houve uma evasão inicial muito grande chegou a ter cinco</p>	
--	--	--	---	--

			supervisores pro médicos e como não houve reposição e que foi algo complicado e que a própria gestão Estadual e orientação do Ministério a gente foi ajustando isso e a gente passo a ter essa média de sete médicos por supervisor, esse critério de distribuição de médicos por supervisores no Estado sempre usando esses mesmo critérios.” E2	
	Elaboração de relatórios sobre a supervisão	09	<p>“Apresentação das atividades desenvolvidas pelas IS do PROVAB, UFBA e SESAB 2013.” D38</p> <p>“Apresentação das atividades desenvolvidas pelas IS do PROVAB, UFBA e SESAB 2014.” D39</p>	06
	Realização de encontros locais regionais	09	<p>Pouco aparece no registro das atas elementos sobre oficinas locais regionais, a mesma foi incorporada no processo de trabalho dos supervisores e coordenação no ano de 2014, pois não era diretriz do Ministério da Saúde a realização dessa atividade pedagógica;</p> <p>“(…)oficina local regional do PROVAB(…)” D6</p> <p>“a gente se dividia nas nove macrorregionais para estar em todas as locais regionais do centro-oeste ao sul da Bahia (...). (...) nem todos os supervisores compareciam em todas as reuniões locais regionais (...)” E7</p>	05
	Realização de oficinas de qualificação da supervisão	09	<p>“As instituições supervisoras promoveram no ano de 2013 três oficinas de capacitação para supervisão do programa, envolvendo a Diretoria da Atenção Básica, Faculdade de Medicina da UFBA, Associação Baiana de Medicina de Família e Comunidade, Telessaúde,</p>	09

		<p>Coordenação Pedagógica do PROVAB (COPED/DEPREPS) com o objetivo de qualificar e alinhar os perfis de supervisores com base na política estadual e nacional da Atenção Básica.” D38</p> <p>“ Foi realizada, em 2014, oficinas de educação permanente para supervisores para qualificação da atenção básica e da supervisão” D39</p> <p>“(…) a coordenação de instituição supervisora entendendo a necessidade de ofertar um direcionamento no sentido das ações voltadas para à atenção básica, realizava capacitações anuais instrutivos e reuniões de orientação a esses supervisores.” E1</p> <p>“E, para além disso, tinha ações muito qualificadas e tinha a ver com ações de momento pedagógicos, de educação permanente, junto ao grupo que supervisionava e que também acabava reverberando para os médicos, então tinha uma constante atuação e busca de qualificação desses supervisores e isso fazia com que tivesse muita coerência (...). O principal aspecto foi de a gente estabelecer um processo de qualificação dos supervisores (...) e ter eles como multiplicadores. A gente construiu alguns debates, algumas oficinas para poder trabalhar desde as questões mais básicas da atenção básica, do modelo que a gente estava adotando aqui na Bahia, quanto estratégia prioritária trabalhando questões práticas</p>	
--	--	--	--

			<p>com esses supervisores, buscando problematizar os modelos que existiam e isso em encontros periódicos e quando a gente fala de um plano pedagógico, político pedagógico ele não é só uma carta de intenção, ele é uma organização de uma linha de pensamento e de formação (...)" E3.</p> <p>"Então, foram ofertadas oficinas de qualificação para esses profissionais, sessão de educação permanente, disponibilização de matérias instrucionais sobre o programa, disponibilização de matérias acadêmicos sobre gestão da clínica, sobre gestão do cuidado, várias orientações de como fazer um estudo de caso, de como conduzir um plano terapêutico em equipe, de como construir uma agenda compartilhada, como operacionalizar uma agenda compartilhada, como supervisionar e estimular ações no território e na comunidade (...)." E5</p>	
	Apoio a supervisão médica	09	<p>(...) integração entre supervisão e apoio DAB para resolver processos in loco (...) D6</p> <p>"Nos ciclos de avaliação do Provab os coordenadores das IS monitoraram todo o processo inclusive realizando contato com gestores e médicos bolsistas, além de acompanhamento dos seus supervisores, alcançando assim percentuais desejáveis e compatíveis com o preconizado pela coordenação nacional." D38</p> <p>" (...) o apoio incondicional do Estado da Bahia, na estrutura da secretaria de saúde, fornecendo meios de</p>	09

		<p>transporte, materiais educativos, fornecendo espaço físico, ou seja, toda uma estrutura necessária para que a instituição supervisora atuasse bem (...) E2</p> <p>“A SESAB sempre apoiou muito o programa então algumas dessas questões de encontros, formações, apoio dos Apoiadores Institucionais, as áreas técnicas estavam à disposição.” E7</p> <p>“Com certeza o PROVAB não seria o que é se não tivesse o apoio da SESAB, dos trabalhadores da SESAB internamente, com apoio logístico, de pessoas, com apoio de material, salas e obviamente por ter uma leitura política similar. Então, as coordenações de atenção básica, e direção estadual desde Ricardo até Cristiano sempre foram parceiros militantes do SUS e que queriam que desse certo, existe um grande investimento político nesse programa.” E7</p> <p>“Na implantação a primeira atividade foi logo em 2012, foi ter o ator de coordenador que o papel era bem menor não tinha o aspecto pedagógico tão forte era mais gerir aspectos burocráticos algumas coisas até os supervisores quando teve um espaço maior passou a ter esse nome de ensino-serviço, trabalhador-estudante, então o apoio começou a ser muito mais na supervisão processo para garantir a supervisão era a adesão, teve a Diretoria de Atenção Básica de apoiar no processo de adesão nos municípios (...)” E2</p> <p>“A coordenação descentralizada era responsável pelos supervisores...éramos responsáveis por cerca de dez</p>	
--	--	---	--

			<p>supervisores e faziam tanto apoio pedagógico em encontros, discussão de temas, ou apoio em algumas demandas específicas de alguns médicos individualmente (...). A gente tinha alguns instrumentos de acompanhamento que não são os nacionais que foram criados pela coordenação do PROVAB e que acabava fazendo essa análise mais longitudinal do que o médico estava fazendo, era dividido em módulos, territórios, agendas, acompanhamento clínico e acabava tendo o acompanhamento longitudinal de todo o processo de formação em serviço desse médico. (...) tínhamos reunião com supervisores individuais quando algum supervisor tinha alguma questão específica ou de não estar fazendo visita, ou de ter alguma queixa de alguns médicos que eles supervisionavam; possibilidade de retirar supervisores da supervisão por queixa de má atuação ou de não fazer visitas, mesmo postando relatórios (...)" E7</p>	
	Acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências	08	<p>O Ministério da Saúde proporcionou aos médicos a partir de 2013 acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências, gratuito, através de um endereço eletrônico, acessível de qualquer smartphones, tablets e computadores. No Portal são encontrados diversos conteúdos científicos (protocolos clínicos baseados em evidências) que auxiliarão no diagnóstico, tratamento e na gestão do caso clínico. Essa ferramenta faz parte das ofertas educacionais do PROVAB. D46</p>	08
	Acesso ao	08	Segundo informações do documento elaborado pelo	04

	Telessaúde		NTC do Telessaúde Bahia, em 2013, dos 151 municípios participantes do PROVAB, 100 haviam realizado a implantação do Telessaúde. D43 Segundo informações do documento elaborado pela COAM, em 2014, dos 95 municípios participantes do PROVAB, 39 haviam realizado a implantação do Telessaúde. D44 Segundo informações do documento elaborado pela COAM, em 2014, dos 73 municípios participantes do PROVAB, 33 haviam realizado a implantação do Telessaúde. D45	
	TOTAL DO COMPONENTE	70		59
Componente não implantado: 00 pontos Componente parcialmente implantado: 23 pontos Componente implantado: acima de 46 pontos				
GESTÃO	Orientação aos gestores municipais sobre o funcionamento do programa	09	<p>“A gente fazia orientação para os gestores a gente abortava a existência do edital, todas as regras editalícias, o termo de compromisso, principalmente ao cumprimento de carga horária, as condicionalidades que era: [moradia, alimentação e água potável, a infraestrutura e ao processo de trabalho na unidade de saúde. Então eram feitos em reunião as discussões participando os médicos, coordenadores de atenção básica e secretário municipal de saúde, realizávamos um alinhamento entre esses três entes que estavam na condução do programa.” E1</p> <p>Além disso a gente também orientava os gestores (...)</p>	09

		<p>a gente tentava orientar junto com a DAB para atenção básica como o todo, mas dentro da supervisão a gente tentava focalizar (...) Se não vai ser atenção básica como o todo, pelo menos nas unidades que tem médicos a gente acompanha, tem essas condicionalidades, então ai acontecia (...).” E2</p> <p>“Na verdade, tiveram vários momentos, um dos momentos foi na perspectiva mais macro para a gente poder ter uma discussão com esses gestores explicando sobre as portarias, sobre a adesão, outra foi posterior ao processo de adesão e já com a contemplação desses médicos, e teve um momento na CIB na Comissão Intergestores Bipartite onde se explicou como funcionava o programa, o processo de adesão, entre outras coisas que é um espaço privilegiado e o último momento que era mais individual e que de certa forma acabava sendo feito tanto pela equipe de gestão do PROVAB quanto pela equipe de Apoio Institucional.” E3</p> <p>“Esse processo de orientação aos gestores sobre o PROVAB ele foi muito intenso e muito vivo com forte apoio do apoio institucional, esse processo foi com encontros presenciais com esses gestores tanto no nível central aqui em Salvador, quanto nas macrorregionais de saúde e nas regiões de saúde.” E5</p> <p>“Foi utilizado realizado contato por telefone e e-mail com supervisores, médicos bolsistas, gestores e referências regionais do MS para resolução de alguns problemas em que não houve necessidade de ser</p>	
--	--	--	--

			levado a CCE como pagamento de bolsas, orientações sobre regras editalícias, repouso remunerado, licença maternidade entre outros. ” D39	
	Apoio institucional aos municípios participantes do programa	09	<p>“A gestão Estadual ela apoiou o PROVAB principalmente quando a Diretoria de Atenção Básica onde existem as nove equipes de apoiadores institucionais que acompanhavam os municípios em parceria com a referência (...) trazendo para a referência do Ministério da saúde as demandas do território, tipo os descumprimentos de carga horária, quanto ao descumprimento das outras condicionalidades existentes no edital, (...) e também fazia os repasses das visitas que tinham realizado no território juntamente com a equipe de apoiadores institucionais e também com a coordenação da instituição supervisora.” E1</p> <p>“(...) a Bahia foi um dos Estados que se destacou justamente por esse apoio que a SESAB deu para a implantação do PROVAB aqui na Bahia...o Apoio Institucional onde fizeram toda divulgação e também colaboraram com acompanhamento desses médicos nessa formação médica nos municípios. ” E4</p> <p>“Houve, sim, o apoio a partir do momento que a Diretoria de Atenção Básica tomou conhecimento do programa, viu no programa um grande potencial e transformador e de valorização da atenção básica e com isso a Diretoria traçou algumas estratégias de apoio aos municípios (...)” E5</p>	09

			“ Resultados obtidos no primeiro ano de programa: Melhoria na infraestrutura de unidades de saúde; Abastecimento de insumos; Apoio Institucional aos municípios com profissionais do PROVAB (...)” D39	
	Orientação aos coordenadores de atenção básica sobre o processo de trabalho do médico e supervisor	09	“Então, os apoiadores organizavam encontros nas regionais utilizavam os colegiados de atenção básica para orientar os coordenadores de atenção básica de como acompanhar, governar e gerir àquelas equipes de saúde da família que tinha os profissionais do PROVAB, então, tinha um direcionamento específico para esses coordenadores para essa gestão do trabalho, além disso, tinha a discussão na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) com os secretários e nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) que também fazia a discussão desse processo de gestão do programa nos municípios e do processo de condução no dia a dia das equipes e esclarecimento sobre os regramentos do programa também.” E5	09
	Apoio aos municípios na implementação do PROVAB	09	“O processo de orientação de funcionamento do PROVAB aconteceu em ato, ou seja, aconteceu após todos os gestores terem feito a adesão, existia um movimento a nível de estrutura do Estado de fomentar a adesão porque esse médico estaria trabalhando no município (...) mas as condicionalidades até por hábito do gestor de não ler adequadamente o manual de adesão e fazer a adesão por indicação, essa orientação acontecia em ato, durante as visitas quando nos supervisionávamos os municípios e também chegamos a realizar algumas web conferências para	09

			atender alguns núcleos regionais de saúde onde os técnicos desses núcleos e dessas bases (...)” E1	
	Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para implementação do programa	09	<p>“(…) a gente começou a analisar esses relatórios, para trazer algumas demandas para melhorar, que é uma demanda muito forte dos médicos, ao longo dos anos do PROVAB melhorar as condições de trabalho, então para alguns municípios que era muito queixosos relatava isso, ou pela queixa direta pelo supervisor ou no acompanhamento do relatório (...)” E2</p> <p>“Todos os relatórios da supervisão médica eu tinha acesso no sistema, apesar de não conseguir ler todos completamente. Mas a partir do momento que eu fosse visitar um município eu tinha essa disponibilidade de verificar o relatório de supervisão médica.” E1</p> <p>“Eu não tive tanto contato até porque a minha condição como Diretor acho que me absorvia muito, mas a gente conseguia debater esses relatórios quando a gente tinha alguma discussão dentro do grupo condutor, então isso fazia com que a gente buscasse esses relatórios para que a gente fizesse avaliação, monitoramento de alguns casos.” E3</p> <p>“Mensalmente as coordenações supervisoras entregavam uma amostra desses relatórios e fazia uma avaliação...a gente dava um feedback aos supervisores como estava cada área, sinalizando algumas deficiências que deviam ser monitoradas por município e inclusive orientação aos gestores que as</p>	05

			<p>vezes acontecia algum descumprimento das condicionalidades por falta de conhecimento dos gestores.” E4</p> <p>“Foi constatada a dificuldade de acompanhar todos os relatórios de supervisão prática, acompanhar as atividades desenvolvidas no território pelos supervisores e aproximar todos os atores no âmbito do Programa com o objetivo de consolidar o PROVAB. (...). Mensalmente foram realizados levantamento dos números de médicos x municípios do Provab, com acompanhamento quantitativo de todas as postagens de relatórios dos supervisores e avaliação qualitativa de amostra aleatória, pois o sistema não nos permitiu avaliar todos os relatórios devido à grande quantidade de relatórios postados mensalmente. D39</p>	
	Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos nas equipes de saúde com médicos do	09	“Nós conseguíamos acompanhar o número de internações por causas sensíveis a atenção básica que é um indicador expressivo (...) o grupo tinha algumas ações pontuais a nível de Estado que era oficina de acompanhamento e monitoramento e nós tínhamos também reuniões trimestrais em Brasília em que nos levávamos a situação do Estado, quanto profissionais estavam cadastradas no CNES, quanto profissionais estavam participando do curso de especialização; desses profissionais quanto já estavam implementando o plano de intervenção.” E1	00

	programa		
	TOTAL DO COMPONENTE	54	41
Componente não implantado: 00 pontos Componente parcialmente implantado: 18 pontos Componente implantado: acima de 36 pontos			
Total final de todos os componentes: 159 pontos Total alcançado: 131 pontos Componente não implantado: 00 pontos Componente parcialmente implantado: 53 pontos Componente implantado: acima de 106 pontos			

APÊNDICE B - MATRIZ DE COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

CATEGORIA DE ANÁLISE	QUESTÕES	EVIDÊNCIAS	COMENTÁRIOS OU OBSERVAÇÕES
GOVERNABILIDADE	<p>Quais os fundamentos políticos e financeiros para efetivar o programa? Que dispositivos e/ou estratégias os atores utilizaram para desencadear decisões? Que movimentos foram realizados para que os objetivos e metas fossem alcançados?</p>	<p>“O COSEMS não teve participação, foi muito inexpressiva, não se envolveu até porque o COSEMS resolveu participar dessa atuação, ou seja, foi convidado para essa participação no momento da adesão do programa Mais Médicos. Inicialmente no PROVAB eu me recordo que não teve participação do COSEMS, até porque o grupo da SESAB daqui da Diretoria de Atenção Básica conseguia conduzir de forma efetiva.” E1</p> <p>“Teve muita crítica na época, principalmente pelas dúvidas relacionadas as primeiras portarias, mas talvez muito mais dúvidas e teve também muita empolgação de ter provimento de profissionais.” E3</p> <p>“O COSEMS entendeu... ele foi favorável ao PROVAB, mas a maior defesa dele era do provimento, no primeiro momento o COSEMS não enxergava outros componentes do PROVAB ele não tinha essa clareza, mas defendia o programa no componente provimento isso aí ele defendia entre as corporações, mas outros componentes ele não fazia defesa, o carro chefe deles era provimento.” E5</p> <p>“(…) o que favoreceu... ser o governo da Bahia, não era explícito isso, mas por ser PT e o programa do PT ajudou muito, tinha também a militância dentro da área da saúde para o apoio da reforma sanitária especificamente um movimento específico entre os médicos preocupado com o mercado, preocupado com a valorização da medicina de família (…)</p> <p>(…) a qualificação desses trabalhadores e que tinham uma sintonia muito grande com a política institucional, então essa condição favoreceu muito e que fosse uma continuidade aqui no Estado e ajudou muito esse aspecto (…) o gabinete da secretaria de saúde acho que isso trouxe um elemento de respaldo institucional e junto com a Universidade Federal da Bahia trouxe uma solidez na proposta até para que a gente fizesse embates quando as discussões era muito</p>	

mais corporativa do que realmente programáticas.” E3

“Os fatores políticos institucionais no Estado, primeiro foi estar com um governo reformista, um governo de esquerda, um governo atitudinal, porque era um governo de agir e de procurar soluções e viabilidades. Então isso foi um contexto político-institucional favorável e para além dessa característica do Estado tinha também o bom relacionamento institucional que a Diretoria de Atenção Básica tinha, ainda tem, mas naquele momento era muito mais intenso e forte com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Outro aspecto favorável era a credibilidade que o apoio institucional já tinha conquistado naquele momento (...) aqui outro fator favorável foi a boa relação da Diretoria com a Associação Baiana de Medicina de Família (...) E5

“Os fatores que considero desfavoráveis foram a pouca divulgação por parte do Ministério da Saúde, aí digo a pouca divulgação em meio de comunicação da existência desse programa, da viabilidade e contribuição que esse programa traz para o município para a gestão municipal e para equipe que recebeu aquele profissional.” E1

“Dos aspectos que não favoreceu muito tem a ver com a condição de sempre ter uma perspectiva de descontinuidade do PROVAB, isso trouxe instabilidade para o programa; o PROVAB a cada ciclo parecia que era o último que denota um não planejamento ou um planejamento que não ficava declarado isso acabou prejudicando e gerando instabilidade nos municípios e que isso era reproduzido em uma possibilidade de descontinuidade acho que isso talvez prejudicou bastante. ” E3

“Desfavoráveis acho que a gente pegou um momento com as extinções das DARES, acho que ali a gente teve uma tremida na base, porque as DARES também nos davam muito apoio não só na parte burocrática do Estado, mas também nesse diálogo com os municípios. Com os desmonte das DARES a gente acabou tendo uma fragilidade nesse elo que tinha com os municípios. ” E6

“A gente teve situações de médicos que não estava cumprindo a carga horária e teve situações de município não está dando as condições de

trabalho mínima com todo processo enviada, então precisou de algumas conversas de gestores da SESAB, não mais só apoiadores só Ministério da saúde para a recondução da situação, teve alguns casos que foram atendidos e teve um caso específico que não foi. (...)” E2

“Olha a gente teve, teve oficina cancelada, viagem negada de supervisão, mas assim a gente entreviu, falou, reclamou, conseguimos rever algumas coisas, mas outras acabaram sendo subsumidas mesmo dentro da lógica burocráticas institucional (...)” E6

“(...) de inesperado foram os atravessamentos políticos, principalmente político eleitoreiro falando aí enquanto campanha eleitoral, barganha eleitoreira, aí teve que haver intervenção mesmo, e esse era algo que por mais que se fizesse a leitura de conjuntura isso foi algo inesperado, foram várias manobras eleitoreira, políticas eleitoral assim nesse sentido.” E5

PROJETO DE GOVERNO

Quais os recursos disponíveis e possíveis de serem incrementados? Qual o conhecimento acumulado sobre o tema? Em que medida os atores tinham poder necessário para desencadear as ações propostas? Quais as chances de implantação? Quais as possibilidades de sucesso?

“Tanto a SESAB quando à UFBA sempre apostaram no aperfeiçoamento dos profissionais no ensino-serviço. O Estado da Bahia foi quem mais fomentou e motivou a participação no PROVAB, ou seja, abraçou a causa acreditando na formação voltada para atenção básica, no sentido de qualificar o cuidado desses profissionais para atuação na atenção básica.” E1

“Eu acho que o PROVAB dialogava com várias necessidades que existiam na atenção básica (...). Com essa análise a gente via que o PROVAB era uma resposta muito clara, para essas necessidades, e a partir disso, a Diretoria de atenção básica junto com a Secretaria junto com o Gabinete fez questão de protagonizar esse espaço e poder estar trazendo junto com os municípios e buscando orientar os municípios para que vinculasse ao programa. (...). Principalmente a responsabilidade pela formação, pelo perfil da gestão da universidade naquele momento do PROVAB, principalmente a questão da responsabilidade sobre a política pública acho que foi a resposta mais concreta desse encontro da universidade com o território e a universidade possibilitou trazer uma condição de organização do espaço pedagógico (...)” E3

“Considerando que o intuito era além do provimento mudar a qualidade da prática que era ofertada aos usuários e o modelo de atenção. Porque o que seria o grande salto do PROVAB seria promover o deslocamento daquele profissional que entra médico centrado, hospitalocêntrico, com a formação(...) para se descolar para uma formação de clínica ampliada, da gestão do cuidado, da gestão da clínica, no modelo pautado na vigilância a saúde no cuidado e tendo o cuidado com o conceito mais ampliado, levando em conta o conceito de vulnerabilidade (...) esse programa, na verdade com a finalidade desse programa, que vai além do provimento que é principalmente a qualificação do processo de trabalho (...)” E5

(...) os objetivos do PROVAB, a priori, para gestão nacional vem com essa carga de ampliação da atenção básica, ampliação do cuidado mesmo que centrado na figura do médico, mas era o que acabava barrando essa ampliação, mas acho que vem com toda essa carga de mudar a formação médica, também, a priori pelo provimento, mas vejo o PROVAB não como um braço do Mais Médicos, mas como o berço do Mais Médicos. “ E7

“Três processos facilitadores: em primeiro lugar foi o apoio incondicional do Estado da Bahia, na estrutura da secretaria de saúde, fornecendo meios de transporte, matérias educativos, fornecendo espaço físico, ou seja, toda uma estrutura necessária para que a instituição supervisora atuasse bem com o papel de referência de ministério da saúde; o segundo item é a abertura que existia no momento do Instituto de Saúde Coletiva em acolher a Referência do Ministério da Saúde para poder estar participando da formação desses profissionais; outro apoio foi do Núcleo do Ministério da Saúde a partir de um momento começou a estar fomentando as viagens e preparando o espaço para outras articulações no território.” E1

“Uma das coisas que facilitou foi a questão do provimento do médico acho que isso foi muito claro; a outra é o não impacto sobre a questão financeira do financiamento na atenção básica dos municípios quando não há um impacto há uma maior adesão dos municípios; e a terceira, foi a possibilidade de profissionais médicos verem no PROVAB um ganho de pontuação para residência, então acho que esses são três aspectos bem importantes que tem no Programa.” E3

“(...) realmente a implantação do PROVAB foi muito difícil, pois teve muita

resistência dentro da CNRM, apesar foi a CRNM que foi aprovado, mas foi um processo de muito dialogo para que o ministério conseguisse dar os 10%, para que ele construísse o PROVAB, muita resistência dos programas de residência para aceitar os 10% o grande atrativo era isso, e é algo que até hoje a gente enfrenta, sempre está tendo liminar, os advogados da união estão voltados para isso, o ano de 2012 e 2013 foi de intensa valorização para que isso fosse garantido (...) ” E2

“Justamente as corporações médicas que foi necessário vencer várias disputas para que se conseguisse implantar o programa.” E5

“As dificuldades obstáculos para implantação do programa: um vou dizer de cara logo foi a classe médica, são meus colegas, mas são um dos grandes obstáculos para tudo que venha ser de...da saúde como um direto, da saúde para todos, porque tira o poder do mercado, então, todo programa que qualifique a atenção básica, que fecha os consultórios populares de ponta de esquina, que tira os pacientes das consultas populares vai ser contra, ne?!” E6

“(...) acho...intersectoriais...a própria atenção básica... com a saúde, educação. Sim. Houve, sim.” E4

“Olha se houveram eu não conheço não, ou não me lembro, possa ser que tenha tido, mas eu não estou me lembrando, então significa que não foram tão representativas assim para mim (...)” E5

“Sim, parcerias com as Universidades, não só a Universidade Federal da Bahia, mas outras Universidades Federal e Estadual, além da UFBA, tiveram outra que foi muito parceira que foi a Federal do Recôncavo Baiano (...) Então, foram parceiras nesse processo e importantes para sustentabilidade do desenvolvimento do programa (...)” E6

“Eu acho que de forma direta de cofinanciamento, acho que não chegamos a esse nível e acho que talvez o que a gente consiga indiretamente é ter a estrutura física onde a gente conseguiu colocar à disposição do PROVAB, a disponibilidade de carro... diretamente de financiamento acho que não, mas que no processo de organização do programa, disponibilidade de espaço para encontros, na disponibilidade da equipe de Apoio Institucional para abordagem dessa temática talvez sim, mas de forma direta a gente realmente não conseguiu estabelecer,

CAPACIDADE DE GOVERNO

Qual o conhecimento institucional acumulado? Em que medida os atores dispunham de saber e técnicas para operar o projeto e a política setorial?

até porque poderia causar um viés no Programa nacional.” E3
 “A SESAB sempre apoiou muito o programa então algumas dessas questões de encontros, formações, apoio dos Apoiadores Institucionais, as áreas técnicas estavam à disposição. Agora, financeiramente, eu não lembro, mas apoio logístico e de formação, financeiramente, não.” E7

“Realizadas pelo grupo condutor... Bom, inicialmente foi garantir a supervisão, primeira questão pela quantidade de médicos que estava chegando a gente teria médicos qualificados e suficiente para esta sendo supervisor de todos esses médicos. Então isso foi o principal. Depois passado essa fase de garantir, teve que os que entraram tiveram que ser qualificados, né? Porque os que eram da própria atenção básica, já tinham experiências, (...) tinham outros que não era da área da atenção básica, era de áreas afins tipo gineco, da própria pediatria, muito afastados da atenção básica (...)”E2

“(...) uma delas foi da gente fazer o estudo da proposta que isso é uma atividade muito mais interna; programar quais seriam as atividades para a gente poder está levando o conhecimento da gestão esse conhecimento; poder fazer a publicidade da proposta; negociar sempre com o Ministério a saúde a ampliação de vagas, buscando beneficiar ao máximo os municípios e fazer o processo de supervisão, orientação da gestão quanto as portarias, tirada de dúvidas, reuniões regionais, orientação de apoio institucional, reuniões com a universidade federal e escola de saúde pública; discussão sobre a própria legalidade do processos seletivo, credenciamento (...) E depois dos municípios aderirem serem contemplados fazer todo processo de acolhimento desses médicos, orientar a supervisão para fazer o acolhimento in loco, iniciar uma organização do processo pedagógico e realizar tanto a supervisão quanto o monitoramento da inserção, da vinculação desses médicos em cada um dos municípios, isso tudo muito articulado com o Ministério da saúde e também com a Universidade Federal.” E3

“(...) acho que uma das coisas foi seguir aquilo que era proposta do Ministério da saúde, que o Ministério tinha alguns parâmetros relacionados tanto a supervisão quanto ao grupo condutor. A gente tentou

pleitear junto ao Ministério da Saúde ampliar o grupo condutor e acabou que fomos contemplados, existia uma representação tanto da SESAB quanto da UFBA. (...) e se criou plano de trabalho, esse plano de trabalho em uma organização muito mais da Universidade Federal e SESAB, a gente trouxe esse representante para compor a equipe de gestão na secretaria de saúde porque a gente viu que não teria porque ter uma estrutura de gestão segmentada por instituição; então, a gente acabou gerando uma equipe de gestão única com representação de instituições diferentes e a partir disso se gerou uma coordenação colegiada que acabou reproduzindo legitimidade daquilo que a gente viesse a decidir. (...)”E3

“O grupo condutor iniciou com muito diálogo com o Ministério da saúde, principalmente com a SGTES que era a secretaria do Ministério responsável por esse programa, iniciou com estreitamento e alinhamento de discursos com a SGTES, depois com o planejamento e um plano de ação mínimo com as principais atividades e ações para implantar o programa e principalmente atividades de todas as ordens e atividades de negociação e pactuação com vários seguimentos e vários entes, e depois o diálogo e estruturação fazendo interface com o apoio institucional e a partir daí foi se organizando cada vez mais com o programa em curso.” E5

“Avaliação do programa eu não tenho esse instrumento, nunca foi construído, a gente tentou construir avaliação do processo de supervisão, do programa como todo pegando todos os aspectos das condicionalidades, da supervisão, da experiência do médico, do acompanhamento do egresso não teve.” E2

“Isso foi uma das coisas que a gente acabou amadurecendo, até porque se estabeleceu um instrumento de avaliação da supervisão, que isso foi muito importante para que a gente tivesse uma aproximação com a supervisão e também a gente tivesse a real condição daquilo que era construído pedagogicamente isso foi um dos aspectos construído aqui na

Bahia e junto aos médicos existia instrumentos de avaliação que acabou sendo produzido também por essa equipe de gestão e que tinha o aspecto da supervisão que é o aspecto de avaliação in loco, então foi construído alguns instrumento de avaliação para que pudesse facilitar a análise.” E3

“O PROVAB no início não tinha uma avaliação nacional, acho que no decorrer aconteceram algumas avaliações do programa. Mas a coordenação do PROVAB na Bahia criou instrumentos de avaliação que era feito no googledocs, não era nacional, mas dava para sentir um pouco como os médicos avaliava o programa e os supervisores.” E7

“(…) a exigência para a supervisão dos profissionais era que fosse médico, mas o Estado sempre primou que esse profissional tivesse a formação em medicina de família e comunidade.” E1

“Uma das coisas que facilitou esse perfil desse grupo foi pensar na equipe de supervisão no processo seletivo, então isso gerou um processo de coerência para aquilo que a gente precisava.” E3

“No início a gente formou tentando se aproximar, aí já na segunda turma eu achei que o perfil foi melhor, já fez um barema mais próximo da questão pratica, sim.” E4

“As equipes de supervisão no território eram distribuídas mediante ao mapeamento pelas instituições supervisoras considerando local de moradia desse supervisor e a relação de proximidades com esses municípios que eles iam supervisionar (...)” E1

“Tinha alguns parâmetros de quantitativo de médicos por supervisor, tinha a condição de escolha desses profissionais que tinha questão de afinidade e questão de distância também, e **essa escolha para além de democrática foi dialogada**; então, existia essa condição inicialmente ter a responsabilidade da Universidade Federal da Bahia por um território e a SESAB por outro território definido, mas as escolhas de vinculação desses supervisores eram dialogadas com essa gestão, trabalhando os aspectos quantitativo, de distância, disponibilidade de tempo e também

tinha alguns casos que era baseado no perfil desses supervisores.” E3

“Antes de falar disso, acho que foi um presente o PROVAB aqui da Bahia que se diferenciava muito. O grupo era muito protagonista, acho que tem uma equipe muito coesa e com muita qualidade que estava à frente do PROVAB, e que já trouxe um elemento que era diferenciado que demonstrava muito a condição democrática que é ter dentro de um grupo colegiado a presença de médicos, a representação de médicos, acho que isso é como se fosse um presente mesmo, isso só referendava aquilo que eu acreditava, eu cheguei com isso já bem encaminhado e que fazia com que a gente pudesse falar de coisas muito reais do cotidiano dos médicos.” E3

“Eram pessoas que já trabalhavam no departamento de atenção básica, já tinham vivências, tanto nos processos institucionais de gestão da saúde como também de acompanhamento e monitoramento dos indicadores de atenção primária; então, acho que a equipe da coordenação centralizada eram técnicos que tinham o domínio das ações institucionais da atenção primária à saúde, a gente que era coordenação descentralizada a gente tinha mais o perfil da assistência, de médico de família, de médico de comunidade, fomos equipes que somou qualitativamente na condução do programa na minha avaliação.” E6

“Todos os profissionais do grupo condutor além de anos de experiência atuando na atenção básica possuíam as diversas formações, desde especialização, mestrado, doutorado (...)” E1

“Sim, possuíam formação inclusive multiprofissional. No caso tinha formação voltada para saúde pública e o que traz mais um destaque para o Estado que era uma equipe multiprofissional, então que desenvolvia outras habilidades, não só a categoria de medicina.” E4

“(…), mas falando pessoalmente dessas pessoas de formação individual todas elas têm formação em saúde coletiva ou medicina de família ou

saúde da família e são ou foram trabalhadoras do SUS, ou professores; então, é uma equipe muito qualificada e que principalmente entende o que estão fazendo, qualificada e que não deixam de continuar se qualificando.” E7

Fonte: Elaboração do autor a partir das evidências das entrevistas com grupo condutor.

APÊNDICE C– ROTEIRO DE ENTREVISTA.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA - GRUPO CONDUTOR DO PROVAB	
Nome do entrevistado:	
Idade:	Sexo:
Graduação:	Pós-Graduação:
Tempo de graduado:	Tempo que atua na gestão:
Área/Função que atua:	Tempo que atua na função:
Carga Horária:	
Estado:	
Falar um pouco de sua experiência profissional. Que fatos destacaria?	
CATEGORIA: CONDIÇÕES FUNCIONAIS E DE TRABALHO	
Quais atividades de monitoramento eram realizadas pelo grupo condutor do programa? Havia monitoramento das condicionalidades e contrapartidas dos municípios? Como era feito? Em caso de descumprimento das condicionalidades que medidas eram adotadas?	
Como era realizado o acompanhamento de cumprimento de carga horária de trabalho dos profissionais? Em caso de descumprimento, que medidas o grupo condutor do programa adotava para intervir nessas situações?	
Você tem conhecimento sobre alguma ocorrência sobre o pagamento de bolsa para o profissional integrante do programa? Se sim, qual foi e como ocorreu o desfecho desta situação?	
PEDAGÓGICO	
Descreva as principais atividades do acompanhamento pedagógico. Cite três facilidades para realização do acompanhamento pedagógico. Cite três dificuldades para realização do acompanhamento pedagógico.	
Como era a composição da equipe de supervisão médica? Existia alguma atividade de capacitação para essa equipe? Qual era?	
Como foi o processo de seleção da equipe de supervisão médica?	
Você teve conhecimento do relatório de supervisão?	
GESTÃO	
Como foi o processo de orientação sobre o funcionamento do PROVAB aos gestores municipais? Cite as principais atividades realizadas?	
Como a gestão estadual atuou no apoio aos municípios? Cite as principais atividades realizadas.	
PROJETO DE GOVERNO	
Em sua opinião, qual foi a principal motivação da SESAB para aderir ao PROVAB? (Repetir para a UFBA).	
Na sua opinião, quais eram os objetivos do PROVAB?	
Descreva três aspectos facilitadores da implantação do programa?	
Descreva três obstáculos na implantação do programa?	
Houve investimentos e iniciativas intersetoriais que favoreceram a implantação do Programa?	

O estado coparticipou do financiamento para propostas inovadoras no âmbito do programa?
GOVERNABILIDADE
Qual foi a posição do COSEMS quanto à implantação do PROBVAB?
Considerando o contexto político-institucional quais fatores favoráveis deram sustentação à implantação do Programa? Quais fatores foram desfavoráveis
Surgiu alguma situação inesperada que levou o grupo a intervir? Se sim, quais?
CAPACIDADE DE GOVERNO
Quais foram as principais atividades de implantação do Programa
Como o grupo condutor do PROVAB se organizou para implantar o PROVAB no Estado da Bahia?
Quais foram os mecanismos de acompanhamento e avaliação do Programa?
A equipe de supervisão do programa tinha perfil (formação em medicina e família, saúde coletiva ou áreas afins) necessário para garantir o cumprimento dos objetivos da supervisão médica?
Como foram distribuídas as equipes de supervisão no território?
Existe algum grupo técnico para gerir o programa no âmbito do estado? Qual? Se sim, como foi formado?
A equipe gestora possui formação/qualificação em saúde coletiva/pública/MFC?

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL					
Local da pesquisa:					
Município:				Estado:	
Pesquisador responsável:					
Data de análise:					
DADOS DO DOCUMENTO					
Tipo de documento:					
<input type="checkbox"/> Ata	<input type="checkbox"/> Edital	<input type="checkbox"/> Regimento	<input type="checkbox"/> Portaria	<input type="checkbox"/> Decreto	<input type="checkbox"/> Lei
<input type="checkbox"/> Manual		<input type="checkbox"/> Relatório		<input type="checkbox"/> Outro:	
Título do documento:					
Ano de publicação do documento:					
CATEGORIA: CONDIÇÕES FUNCIONAIS E DE TRABALHO					
As unidades de saúde onde atuam médicos do programa dispõem de infraestrutura adequada?					
Os profissionais dispõem de moradia, transporte e alimentação adequados?					
Os municípios oferecem alimentação, moradia e transporte?					
Há casos de irregularidade e descumprimento de normas relacionadas a infraestrutura de unidades de saúde?					
Nos municípios que existe contrapartida, foi identificado descumprimento das condicionalidades relacionadas a manutenção de alimentação, moradia e transporte?					
Existe alguma ocorrência relacionada a divergência no valor de pagamento mensal de bolsa?					
Existem casos de descumprimento de carga horária dos profissionais nas atividades assistenciais na UBS?					
Há registro de ausência de avaliação dos profissionais? Se sim, quantos?					
O quantitativo de profissionais do programa diverge do número de alunos matriculados/ativos no curso de especialização?					
CATEGORIA: PEDAGÓGICO					
Os médicos possuem supervisão médica? Se sim, como é realizada?					
Qual o quantitativo de médicos com supervisão por ano de programa?					
Há ocorrência de supervisores que não elaboraram o relatório de supervisão mensal? Se sim, quantos?					
Foram realizados encontros locais no período de três anos? Se sim, quantos? Se sim, quantos?					
Foram realizadas oficinas pedagógicas pelos supervisores junto aos médicos em um período de três anos? Se sim, quantos?					
Foram realizadas oficinas de qualificação da supervisão pela coordenação do programa a cada ano de programa? Se sim, quantos?					
Os supervisores demandaram apoio à coordenação do programa? Se sim, todos foram apoiados? Quantos?					

As unidades de saúde participantes do programa eram informatizadas (computador e acesso à internet)? Se sim, quantas?
Os profissionais médicos tinham acesos ao Telessaúde? Se sim, de que forma?
CATEGORIA: GESTÃO
Foram produzidos boletins, notas técnicas, materiais instrutivos foram elaborados pela CCE, Instituições Supervisoras e Diretoria de Atenção Básica a cada ano de programa? Se sim, quantos?
Os municípios participantes do programa foram orientados sobre o funcionamento do PROVAB? De que forma?
Os municípios participantes do programa receberam apoio institucional a cada ano de programa? Se sim, todas foram respondidas/resolvidas?
Os coordenadores de atenção básica foram orientados sobre o processo de trabalho do médico e supervisor do PROVAB? Se sim, como?
A Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB demandou o apoio institucional? Se sim, todas foram respondidas/resolvidas?
Os municípios demandaram apoio institucional na implantação do programa?
As instituições supervisoras do PROVAB demandaram o apoio institucional? Se sim, todas as demandas foram respondidas/resolvidas?
A Coordenação da Supervisão analisou os relatórios de supervisão? Se sim, quantos?
O grupo condutor do PROVAB fomentou a criação de espaços de educação permanente para discutir indicadores de saúde e epidemiológicos?

APÊNDICE E – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE

TIPO DE DOCUMENTO	Título	Assunto	Data de publicação
ATA	Ata de reunião do mês 01/2013	Registros das reuniões mensais da CCE	mar/2013 a fev/2016)
EDITAL	01/2013	Processo seletivo de supervisores do PROVAB – Edição 2013	15/03/2013
EDITAL	01/2014	Processo de credenciamento para supervisão do PROVAB – Edição 2014	13/05/2014
PORTARIA	n. 06/2013 n. 11/2013 n. 21/2013 n. 2087/2011 n. 10/2013	Remanejamento Assiduidade e absenteísmo Assiduidade e absenteísmo Institui o PROVAB	01/09/2011
PORTARIA	n.556/2013	Acompanhamento, monitoramento e avaliação do médico bolsista	Abril/2013
PORTARIA	n. 184/2014	Dispõe sobre a criação da CCE do PROVAB na BAHIA	05/02/2014
PORTARIA	n. 661/2014	Dispõe sobre alteração da CCE do PROVAB na BAHIA	07/05/2014
PORTARIA	n. 662/2014	Constitui a comissão permanente de Credenciamento da DAB	07/05/2014
PORTARIA	n. 662/2014	Institui processo de credenciamento de profissionais médicos para atuarem como supervisores do PROVAB	07/05/2014
RESOLUÇÃO CIB	415/2013	Aprova o plano de trabalho para uso de recurso de incentivo de custeio para manutenção e execução das atividades da CCE do PROVAB	05 e 06/10/2013
INFORMES	n. 07/2012	Estabelece critérios para utilização da pontuação adicional de 10% nos processos seletivos de residência médica em 2013	07/02/2013
INFORMES	n. 04/2013	Estabelece critérios para utilização da pontuação adicional de 10% nos processos seletivos de	03/10/2013

		residência médica em 2014	
NOTA TÉCNICA			
PRODUÇÃO TÉCNICA	Manual do supervisor	Manual de orientação aos supervisores do Estado da Bahia	Março/2014
	Manual do supervisor	Manual de orientação aos supervisores do Estado Brasileiro	Outubro/2012
RELATÓRIO DE GESTÃO	Relatório anual de gestão/DAB	Descrição das principais atividades realizadas pela DAB	
	Relatório anual de gestão/DAB	Descrição das principais atividades realizadas pela DAB	
	Relatório anual de gestão/DAB	Descrição das principais atividades realizadas pela DAB	
RELATÓRIO DE GESTÃO DAS INSTITUIÇÕES SUPERVISORAS	RAG	Descrição das principais atividades realizadas pela instituição supervisora do PROVAB	Dez/2013
	RAG	Descrição das principais atividades realizadas pela instituição supervisora do PROVAB	Dez/2014
APRESENTAÇÕES INSTITUCIONAIS	Oficinas de acolhimento dos supervisores	Apresentação do processo de trabalho do supervisor do PROVAB	2013/2014/2015

Fonte: Elaboração do autor a partir de revisão documental.

APÊNDICE F – CONVITE TÉCNICA DE CONSENSO ESPECIALISTAS

Convite

Consenso da imagem-objetivo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

Prezado(a) Sr(a):

Tenho a satisfação de lhe convidar para participar na qualidade de “*expert*”, no que se refere ao processo de implementação de políticas públicas no âmbito Atenção Básica, como é o caso do PROVAB, dessa pesquisa intitulada — Avaliação do Grau de Implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia, realizada por Anderson Freitas de Santana, mestrando em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas. O objetivo é avaliar o grau de implantação da Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no âmbito estadual.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, exploratória, com abordagem estruturada na tríade ‘estrutura-processo-resultados’, sistematizado por Donabedian (1988). Eleger-se-á o componente I da Análise da Implantação, que corresponde a estimativa do grau de implantação do programa.

Como procedimento para a viabilização desse estudo foi realizado um levantamento de informações por meio de análise documental sobre a organização e funcionamento do PROVAB no que toca as condições funcionais e de trabalho, aspectos pedagógicos e gestão. Assim, propõe-se um consenso das atividades para compor a **imagem-objetivo (situação desejada) do PROVAB, bem como dos critérios, indicadores e padrões** para que na sequência seja realizada a avaliação do grau de implantação.

A técnica simplificada de consenso a qual os Srs(as) estão sendo convidados(as) a participar é conhecida como método “*Delfos*”, em que é realizada a seleção de experts/especialistas de determinada área, neste caso, especialistas em

atenção básica e/ou formação médica e/ou gestão do trabalho e da educação na saúde, os quais irão responder individualmente a um questionário eletrônico, analisando a pertinência e relevância, atribuindo uma **pontuação de 0(zero), 2 (dois) ou 04(quatro)** nos itens inseridos em duas planilhas **‘modelo lógico’ e ‘critérios, indicadores e padrões’** (compartilhadas via google drive no formato excel) para a avaliação da implantação do PROVAB, sendo o quanto mais próximo do 0 (zero), menor relevância de inclusão do item e o quanto mais próximo de 04 (dez) maior a relevância de inclusão do item no modelo lógico e matriz de critérios, indicadores e padrões. Salienta-se que estará disponível para preenchimento apenas as colunas **“Pertinência, Relevância e Comentários do Item”**. Os dados serão tratados estatisticamente com cálculos de medida de tendência central e/ou dispersão e os resultados serão repassados novamente aos experts para uma nova pontuação, ou até mesmo sugestão de inclusão ou retirada de algum critério, que em seguida será novamente tratado e constituída finalmente a imagem-objetivo da política e matriz de critérios, indicadores e padrões. A partir desse instrumento será possível ter à disposição um instrumento validado cientificamente para avaliar o grau de implantação do PROVAB no âmbito estadual, colaborando para o desenvolvimento científico na área, bem como para os processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde de programas de provimento no país.

Os pesquisadores se comprometem a garantir o anonimato dos entrevistados e que utilizarão os dados coletados apenas para esta pesquisa e os resultados serão apresentados através de relatórios de pesquisa, artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A participação é livre e pode ser interrompida a qualquer momento, porém é de fundamental importância para o êxito desta pesquisa. Além disso, não envolve benefício direto ao entrevistado ou compensações financeiras. Vale ressaltar que não há despesas nesta participação.

Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr.(a) terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de possíveis dúvidas, Anderson Freitas de Santana, que pode ser encontrado através do e-mail: andersonfreitas13@gmail.com. Endereço: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário Canela, CEP. 40110040, Salvador, BA, Telefone: (71) 3283-7410/99991-5077.

Assim solicito sua participação voluntária na pesquisa acima citada espontaneamente autorizando a utilização das respostas na pesquisa e respondendo ao questionário.

Por gentileza, gostaria de poder contar com suas respostas em um **prazo de 05 dias corridos** para viabilização das demais etapas do estudo.

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável:

Anderson Freitas de Santana

Mestrando em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

ANEXO A - DOCUMENTOS NORMATIVOS DO PROVAB

Documento 1:

BAHIA. **Edital n° 01 de 15 de março de 2013**, republicado em 18 de março 2013. Dispõe sobre o processo seletivo para supervisores médicos para o PROVAB no Estado da Bahia.

Documento 2:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital de Adesão nº 1/2014**. Dispõe sobre a adesão de médicos ao Programa de valorização da Atenção Básica para o ano de 2014.

Documento 3:

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde. **Instrutivo PROVAB, MS/SGTES**. Dispõe sobre elementos do Programa de valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília/DF, jul. /2013.

Documento 4:

BAHIA. **Manual Supervisores do PROVAB/Ba**. Dispõe sobre diretrizes pedagógicas para o processo de supervisão do PROVAB no estado da Bahia, Salvador, 2014.

Documento 5:

BRASIL. **Portaria nº 2087/2011 de 1° de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

Documento 6:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SGETS nº 11 de 13 de Agosto de 2013**. Dispõe sobre assiduidade e o absenteísmo de participantes no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica. Brasília. 2013b.

Documento 7:

BAHIA. Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia. **Portaria nº 184 de 05/02/2014**. Dispõe sobre a alteração da Comissão de Coordenação Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica PROVAB.

Documento 8:

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Regulamento nº 001/2014**. Regulamenta o processo de credenciamento para contratação de supervisores para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, no Estado da Bahia. SESAB/DAB/ NUPROF. Salvador, 2014.

Documento 9:

BAHIA. Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório Final do PROVAB/BA 2014, SESAB/DAB/NUPROF**. Salvador, 2014.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação do grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia”** realizada por Anderson Freitas de Santana, mestrando em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação da Prof. Dr^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas. O objetivo do estudo é avaliar o grau de implantação do PROVAB no Estado da Bahia, descrever as singularidades do programa no estado, bem como identificar os aspectos favoráveis e obstáculos para o desenvolvimento do programa. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e os resultados serão apresentados também sob a forma de artigo a ser submetido a periódico científico.

A participação é livre e pode ser interrompida a qualquer momento, porém é de fundamental importância para o êxito desta pesquisa. Além disso, não envolve benefício direto ao entrevistado ou compensações financeiras. Vale ressaltar que não há despesas nesta participação.

Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr.(a) terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de possíveis dúvidas, Anderson Freitas de Santana, que pode ser encontrado através do e-mail: andersonfreitas13@gmail.com. Endereço: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário Canela, CEP. 40110040, Salvador, BA, Telefone: (71) 3283-7410/99991-5077.

Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que é um colegiado que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, orientado pela Resolução CNS n. 466/2012. Demais informações e dúvidas sobre este projeto podem ser consultados no Comitê de Ética em Pesquisa, situado à Rua Basílio da Gama, S/N, 2º andar, Cep 40110-040, Salvador/Ba, Telefone: (71) 3283-7419.

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da pesquisa e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

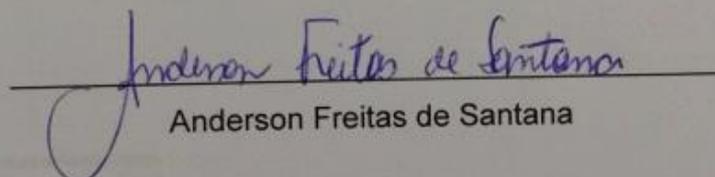
Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CUSTEIO DE MATERIAIS, DIÁRIAS E SERVIÇOS**DECLARAÇÃO**

Venho, por meio deste, declarar que eu, Anderson Freitas de Santana, CPF 02113846586, RG 0862240263, pesquisador, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, informo que o custeio dos itens 'Material de Consumo, Diárias e Serviços Terceirizados' informados no orçamento detalhado da pesquisa será de responsabilidade do pesquisador supracitado.

Salvador, 10 de fevereiro de 2017.


Anderson Freitas de Santana

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência Atenção Integral à Saúde - SAIS
Diretoria de Atenção Básica - DAB

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, José Cristiano Soster, Diretor da Atenção Básica do Estado da Bahia, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Avaliação do grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Estado da Bahia**" sob responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Dr^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, e Anderson Freitas de Santana, na Diretoria de Atenção Básica do Estado da Bahia. Para isto, serão disponibilizados aos pesquisadores documentos do PROVAB elaborados no âmbito do Estado da Bahia, a saber: Atas de reunião da Comissão Coordenadora Estadual do PROVAB (CCE), relatórios, manuais técnicos e demais documentos produzidos pelo grupo condutor do PROVAB, bem como, delibero A FAVOR da realização de entrevistas e obtenção dos dados para fins acadêmicos do projeto supracitado.

Os dados são de caráter confidencial e deverão ser utilizados eticamente, sob risco de penalidades cabíveis nos termos das leis que regem as pesquisas acadêmicas com seres humanos, de acordo com a proposta apresentada pelos pesquisadores.

Esta Diretoria não se responsabilizará pelos custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa.

O pesquisador assumirá o compromisso de apresentar os dados finais da pesquisa a esta Diretoria, como forma de também contribuir para avaliação e o monitoramento das políticas de Atenção Básica e Provisão de Profissionais da Saúde.

Salvador, 14 de março de 2017.

José Cristiano Soster
Diretor de Atenção Básica
Coordenador da Comissão Estadual do Programa Mais Médicos

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FOLHA DE APROVAÇÃO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) NO ESTADO DA BAHIA.

Pesquisador: Anderson Freitas de Santana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65899217.9.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Universidade Federal da Bahia - UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.011.684

Apresentação do Projeto:

O projeto discute a principal proposta desenvolvida para reorganizar os serviços de saúde apoiados na concepção de atenção primária no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, criada como programa em 1994. A dos nós críticos para o processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país são os recursos humanos em saúde o que tem chamado a atenção, particularmente, de gestores e pesquisadores.

Somada à escassez de quadros de profissionais, há também a falta de qualificação para atuar nos serviços de saúde, a precarização das relações de trabalho e a falta de compromisso de alguns profissionais, grandes desafios para a consolidação do SUS.

Entre as várias iniciativas voltadas para a qualificação da formação em saúde, o governo federal instituiu o PROVAB em 2011, (BRASIL, 2011). O programa fundamenta-se no apoio e incentivo para que médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuem de forma supervisionada presencial e à distância na atenção básica de municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e nas periferias das regiões metropolitanas. Acrescenta que embora a escassez de médicos seja um problema encontrado em todo o país, a razão do número desses profissionais em 2013 foi de 1,48 médicos por 1.000 habitantes no Brasil e 0,97 médicos por 1.000 habitantes na

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br

CONTINUAÇÃO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.011.684

Bahia, segundo dados cadastrados no CNES. Essa realidade é diferente dos países com sistema universal de saúde, onde a razão de médicos por 1.000 habitantes é superior a 1,8. Esses números revelam que a má distribuição de médicos e a escassez desses profissionais, tornam-se desafios para implementação da Política Nacional de

Atenção Básica, sobretudo, a expansão da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia, que aconteceu de formas distintas e em diferentes contextos nos 417 municípios baianos (CFM, 2011; GIRADI, 2010)

Pelo exposto, o objetivo deste estudo é avaliar o grau de implantação do Provac no Estado da Bahia. Assume-se que o Programa está implantado se os municípios participantes asseguram provimento do profissional médico por no mínimo 12 meses, qualificam o serviço prestado na atenção básica e realizam expansão da cobertura populacional da saúde da família; os profissionais estejam regularmente matriculado em curso de especialização em atenção básica, tenham as atividades práticas nas unidades de saúde acompanhadas por supervisores médicos; e a Comissão Coordenadora Estadual esteja em funcionamento. Sendo assim, as questões que norteiam a pesquisa são: Qual o grau de implantação alcançado pelo Provac no Estado da Bahia? Quais as singularidades do Provac no Estado da Bahia que interferiram em seu desenvolvimento? Que fatores impulsionaram ou obstaculizaram a implantação do PROVAB?

Objetivo da Pesquisa:

objetivo Geral

Avaliar o grau de implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no Estado da Bahia.

Objetivos Específicos

Descrever as características da gestão estadual do Provac na Bahia;

Estimar o grau de implantação do Provac no estado da Bahia;

Identificar os aspectos favoráveis e obstáculos para o desenvolvimento do PROVAB no estado investigado;

Propor ações de correção e melhoria do Programa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O trabalho esclarece que no desenvolvimento dessa pesquisa serão considerados aspectos éticos que envolvem o convite e esclarecimento da pesquisa para os sujeitos envolvidos, deixando-os

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepiso@ufba.br

CONTINUAÇÃO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.011.684

livres para aceitar ou rejeitar a participação no estudo. Será explicada a importância do consentimento por escrito, garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo, privacidade e o anonimato garantido risco mínimo aos participantes, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo qualitativa, exploratória que dará ênfase ao componente I da Análise da Implantação, que corresponde a estimativa do grau de implantação do programa.

Pretende eleger como sujeitos o coordenador estadual do Provab, o grupo condutor do programa no estado da Bahia, que é composto pela representação das Instituições Supervisoras do PROVAB (SESAB e UFBA), representação do Ministério da Saúde na Bahia, Diretoria de Atenção Básica. A amostra de usuários do estudo será condicionada conforme o grau de saturação das informações obtidas nas entrevistas. No total, serão entrevistados cerca de oito. Todos informantes-chave envolvidos diretamente com a execução do PROVAB no Estado da Bahia. Serão realizadas entrevistas semi estruturadas com informantes chave que posteriormente serão analisados para o preenchimento da matriz de critérios, indicadores e padrões.

O autor elaborou uma versão preliminar do modelo lógico do programa e matriz de critérios, indicadores e padrão derivada do modelo lógico a partir da consulta a documentos normativos do PROVAB (lista anexo ao projeto), a ser submetida a uma técnica de consenso simplificada com especialistas em gestão do trabalho e formação médica para validação do modelo lógico. Após os ajustes decorrentes dessa apreciação, será preenchida com os dados processados das entrevistas e análise documental, de modo a estimar o grau de implantação do PROVAB na Bahia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O trabalho apresenta folha de rosto devidamente preenchida, TCLE para os informantes chave, Link para os currículos dos pesquisadores, roteiros da análise documental e das entrevistas, cronograma, orçamento com registro que sera custeado pelo pesquisador.

Recomendações:

Favorável à aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepiso@ufba.br

CONTINUAÇÃO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.011.684

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 28/03/2017, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881363.pdf	17/03/2017 17:51:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	17/03/2017 17:50:49	Anderson Freitas de Santana	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/03/2017 17:50:29	Anderson Freitas de Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/03/2017 17:50:15	Anderson Freitas de Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	17/03/2017 07:06:08	Anderson Freitas de Santana	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/03/2017 07:05:01	Anderson Freitas de Santana	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP.pdf	14/03/2017 23:10:48	ANDERSON FREITAS DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepiso@ufba.br

CONTINUAÇÃO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.011.684

SALVADOR, 11 de Abril de 2017

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br