



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**



ELIANA BARBOSA PEREIRA

**A SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS
MÉDICOS NO ESTADO DA BAHIA:
ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-
SERVIÇO?**

**SALVADOR – BA
2021**

ELIANA BARBOSA PEREIRA

**A SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS
MÉDICOS NO ESTADO DA BAHIA:
ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-
SERVIÇO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Catharina Leite Matos Soares

Salvador
2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

P436s Pereira, Eliana Barbosa.

A supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos: o caso da Bahia / Eliana Barbosa Pereira. -- Salvador: E.B. Pereira, 2021.

76 f.

Orientadora: Profa. Dra. Catharina Leite Matos Soares.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Programa Mais Médicos. 2. Integração Ensino e Serviço. 3. Educação em Saúde. I. Título.

CDU 37:614


ELIANA BARBOSA PEREIRA

A supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos no estado da Bahia: estratégia de fortalecimento da integração ensino- serviço?

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: 16 de dezembro de 2021

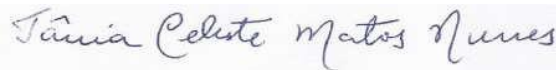
Banca Examinadora:



Catharina Leite Matos Soares
Doutora em Saúde Pública
Universidade Federal da Bahia



Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Doutor em Saúde Pública
Universidade Federal da Bahia



Tânia Celeste Matos Nunes
Doutora em Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

SALVADOR
2021

Em memória de minha professora Sheila Camargo Martins.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Pedro Pereira (em memória) e Marli Barbosa Pereira, que acreditaram que a minha educação seria transformadora.

A Catharina Leite Matos Soares, educadora demasiadamente humana.

A Evelyn Inamorato, Marcos Lima, Lara Paixão, Mariana Paes, Mariana Campos, Fábio Junqueira, Carol Rocha, Francisco Duarte, Fábio de Abreu Lima, Doriane Perico Lima, Vinícius Ximenez, Anderson Sales, Jackeline Firmino, com quem tive a honra de vivenciar o PMMB.

Aos tutores do estado da Bahia, pelo acolhimento e confiança em meu trabalho.

Ao meu Mestre, Jurandir Souza dos Santos, por me ensinar a profundidade da educação pela oralidade.

Libres son quienes crean, no quienes copian, y libres son quienes piensan, no quienes obedecen. Enseñar es enseñar a dudar.

Eduardo Galeano

PEREIRA, Eliana Barbosa. A Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos: o caso da Bahia. Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2021.

RESUMO

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013, a partir da Lei nº 12.871, com o objetivo de suprir a escassez de médicos nas equipes de saúde da família e efetivar a universalização do acesso à saúde na atenção primária no SUS. Dentre as ações previstas para a consecução dos objetivos do PMMB, destaca-se a promoção de aperfeiçoamento dos médicos lotados na atenção básica, nas regiões prioritárias do SUS, mediante integração ensino-serviço-comunidade. Nesse sentido, o médico participante do PMM se envolve nos processos de aperfeiçoamento profissional, em uma perspectiva de educação permanente em saúde (EPS), por meio de Supervisão Acadêmica ofertada pelo Ministério da Educação e dos ciclos formativos ofertado pelo Ministério da Saúde. O presente estudo procurou analisar se prática de Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos para o Brasil fortalece a integração ensino-serviço no estado da Bahia. Para produzir dados, as informações foram coletadas por meio da análise documental de relatórios postados pelos supervisores incluídos na pesquisa no sistema Webportfólio UNASUS, durante o ano de 2019, além de entrevistas com doze supervisores vinculados às instituições supervisoras SESAB, UFOB e UNIVASF/BA e, finalmente, registros da observação da pesquisadora nas reuniões de tutoria e supervisão. Os resultados demonstram que, se por um lado a possibilidade de construção da supervisão acadêmica, a partir das realidades territoriais e dos atores envolvidos com a sua prática, traz certa potência ao PMMB, a ausência de diretrizes e espaços de educação permanente para os atores que executam a supervisão acadêmica implica em fragilidades e compromete a consolidação da integração ensino e serviço. A instabilidade política em torno do governo federal e as constantes trocas de coordenação e equipe no nível central implicaram em fragilidades na supervisão acadêmica. Nessa perspectiva, a supervisão acadêmica não é capaz de transformar a prática médica, pois se constitui, sobretudo, de forma burocrática e gerencial, estando muito aquém do que se espera de uma supervisão qualificada.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Integração ensino e serviço. Educação em Saúde.

PEREIRA, Eliana Barbosa. The Academic Supervision of Mais Médicos Program in the State of Bahia, Brasil: Strategy to strengthen teaching-service integration?. Master's Dissertation – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, 2021.

ABSTRACT

The Mais Médicos Program (PMMB in Portuguese) was created in 2013 through the law 12.871, with the aim of eliminating the shortage of doctors in family health teams and making universal access to health care in primary care in the SUS effective. Among the actions planned to achieve the aims of the PMMB, the promotion of improvement of doctors working in Primary Health Care, in priority regions of the Unified Health System (SUS in Portuguese), through teaching-service-community integration. The physicians of the PMM are involved in professional improvement processes, from a perspective of permanent health education (EPS in Portuguese), through Academic Supervision offered by the Ministry of Education and training cycles offered by the Ministry of Health. This study analyzes the Academic Supervision practice of the Mais Médicos Program strengthens the teaching-service integration in the state of Bahia. These informations was collected through document analysis of reports posted by supervisors included in the survey in the UNASUS Webportfolio system, during the year 2019 and finding out of 12 supervisors linked to the supervisory institutions SESAB, UFOB and UNIVASF/BA and through the records the researcher's observation in the tutoring and supervision meetings. The results demonstrated that, while the possibility of building academic supervision based on territorial realities and the actors involved in its practice brings some power to the PMMB, the definition of guidelines and permanent education spaces for the actors who carry out the academic supervision, implications for weaknesses and commitment to the consolidation of teaching-service integration. The political instability around the federal government, and the coordination and staff at the central level constant changes, resulted in weaknesses in academic supervision. In this perspective, academic supervision is not capable of transforming medical practice, as it is constituted, above all, in a bureaucratic and managerial way, used far below what is expected from qualified supervision.

Key-words: Mais Médicos Program. Teaching-service integration. Health education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO GERAL	20
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	METODOLOGIA DE PESQUISA	21
3.1	ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....	21
3.2	DESENHO DE ESTUDO	26
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	26
3.4	PRODUÇÃO DE DADOS	26
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
4	ASPECTOS ÉTICOS	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1	CONCEPÇÕES DE SUPERVISÃO PRESENTES ENTRE OS SUPERVISORES E TUTORES DO PMM.....	30
5.2	AÇÕES E ESTRATÉGIAS USADAS PELOS SUPERVISORES NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO	31
5.3	FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NAS PRÁTICAS DE SUPERVISÃO DO PMMB.....	37
5.4	A INTEGRAÇÃO ENSINO EM SERVIÇO E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA DA SUPERVISÃO ACADÊMICA	42
5.5	DIMENSÕES DA PRÁTICA DA SUPERVISÃO ACADÊMICA.....	44
5.5.1	Dimensão pedagógica	44
5.5.2	Dimensão gerencial.....	49
5.5.3	Dimensão política.....	53
5.6	DISCUSSÃO.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – Plano de análise dos dados da Pesquisa sobre Supervisão Acadêmica	69
	APÊNDICE B – Matriz para análise dos relatórios de supervisão:	71
	APÊNDICE C – Roteiro das entrevistas para supervisores do programa.....	73
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	74

1 INTRODUÇÃO

Na segunda metade do século XX, a partir do processo político que propiciou a conquista da democracia, o Brasil passou por mudanças fundamentais no setor saúde, culminando na implantação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de um processo de lutas sociais pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (ESCOREL, 1988, PAIM, 2008). A RSB teve como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cuja realização teve como resultado a produção de um documento que respaldou, juridicamente, o texto constitucional para a criação do SUS, fundamentado nas premissas da saúde enquanto direito de cidadania e dever do estado, nos princípios da universalidade, integralidade, igualdade e da participação social como orientadores desse sistema.

Um conjunto de críticas embasou a construção da RSB e a criação do SUS, dentre elas encontram-se as críticas ao modelo de atenção à saúde em curso no período, de matriz liberal, privatista, com separação entre a saúde pública e a assistência à saúde. Tais críticas foram responsáveis pela emergência de experiências com vistas à reorientação do modelo assistencial, como a proposta alternativas da Medicina Comunitária, que passou a influenciar e fundamentar a organização da Atenção Primária à saúde no Brasil (MALTA, SANTOS, 2003).

Malta e Santos (2003) referem que a Medicina Comunitária surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos da América, em um contexto de mobilização popular e intelectual, que reivindicava questões amplas como direitos humanos, racismo e pobreza. Desenvolveu-se em uma conjuntura política da guerra do Vietnã, espalhou-se pela América Latina e foi introduzida, a partir de financiamento de fundações norte-americanas, por meio de projetos específicos, a fim de influenciar mudanças na atenção à saúde naquele continente, sob endosso da Organização Pan-Americana de Saúde.

Estes autores resgatam que, no fim da década de 1970, houve a Conferência Internacional de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, nela, afirmou-se o compromisso com a saúde enquanto direito de todos, bem como estabeleceu a Atenção Primária como estratégia de saúde universal, reforçando, assim, a reorganização da atenção sob influência do movimento da Medicina Comunitária. Especificamente, questões relacionadas a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando a regionalização, a hierarquização dos serviços, a participação comunitária e a introdução de outras categorias profissionais em conjunto à assistência médica.

De Alma Ata em diante, a expansão da APS deu-se em diversos países do mundo, sob diferentes formas e configurações. Nesse processo, muitos estudos relatam problemas para sua implantação e, dentre eles, a má distribuição de médicos no país, assim como a fixação destes profissionais devido à fatores econômicos e sociais, às condições de trabalho e à possibilidade de formação e capacitação (CARVALHO E SOUZA, 2013). É importante destacar que, na América Latina, o acordo de cooperação, celebrado em 1973 com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), influenciou a política de recursos humanos para a saúde. Desde então, segundo Feuerwerker e Almeida (2002), no Brasil, foram desenvolvidos projetos de integração entre universidade e serviços em praticamente todas as instituições acadêmicas públicas e em algumas privadas (ELLERY, BOSI E LOIOLA, 2013).

Dentre os projetos promovidos pela OPAS, em parceria com o Ministério da Saúde, destaca-se o Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA), que pressupunha que a integração entre as instâncias de formação e dos serviços de saúde é essencial para a formação desses profissionais. Kisil e Chaves (1994) revelam que essas premissas contribuíram no surgimento de outras experiências, como o Projeto UNI – Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde – União com a comunidade, em 1991, que teve atuação na América Latina, a partir de financiamento pela Fundação Kellogg. O Projeto UNI (1991-1997) buscou contribuir na melhoria da formação dos profissionais de saúde (ELLERY, BOSI E LOIOLA, 2013). Inspirado pelo acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA, mas com uma nova estratégia de atuação, ampliando o seu campo de ação, para além de uma disciplina ou de um curso específico.

Foram desenvolvidos 23 projetos, em 11 países da América Latina, sendo no Brasil desenvolvidos projetos em Marília e Botucatu (São Paulo), Brasília (Distrito Federal), Londrina (Paraná), Natal (Rio Grande do Norte), e Salvador (Bahia). Segundo Feuerwerker e Almeida (2002), a proposta assumia o desafio de desenvolver um projeto de mudança nas escolas de saúde, incorporando as dimensões da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, integrando e construindo uma nova identidade da Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI IDA, e, em 1998, Rede UNIDA. A integração ensino, pesquisa e serviços tem se apresentado como estratégica para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo sistemas de saúde-escola. (ELLERY, BOSI E LOIOLA, 2013). Os autores revelam, ainda, que a articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde é um recurso pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir

conhecimento próprio, garantindo uma assistência de qualidade com rigor científico (FERNANDES *et al.*, 2005, apud ELLERY, BOSI E LOIOLA, 2013), o que implica na construção de um processo de ensino-aprendizagem dialógico e investigativo que viabilize a troca de experiências e a construção/ reconstrução/ significação de conhecimentos.

Nesse sentido, Albuquerque (2008) discute que a relevância da articulação entre ensino e serviço consiste em refletir sobre a realidade da produção de cuidado, em um contexto em que o objetivo central está na necessidade dos usuários, o que implica na transformação do trabalho e dos trabalhadores. No Brasil, desde a construção do SUS, um dos principais problemas para a universalização do acesso aos serviços de saúde é a fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de difícil acesso – particularmente, os profissionais médicos. Entretanto, o problema relacionado ao provimento e a fixação de profissionais antecede a implantação do SUS, remonta à década 1960, tendo em vista, à época, as dificuldades para o deslocamento de profissionais para regiões desprovidas de assistência à saúde, notadamente áreas rurais, endêmicas com relação a certos agravos (SILVA *et al*, 2018).

Já no período da ditadura militar (1964-1985), o país vivenciou estratégias que visavam a fixação e provimento de profissionais de saúde na APS, sobretudo, em relação à categoria profissional médica. Entre essas experiências, destacam-se o Projeto Rondon (1968), direcionado à extensão universitária, que englobou o conhecimento da realidade brasileira, a integração nacional, o desenvolvimento e a interiorização, tendo seu encerramento em 1989; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (1976), cujo o objetivo era estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, responsável por expandir a rede ambulatorial, todavia não possibilitou a fixação de médicos e, por isso, teve dificuldades para prestar serviços de qualidade na atenção à saúde. (MACIEL, BRANCO, 2008).

Enquanto estratégia de cuidado da atenção primária, o PACS foi apresentado em 1991 pelo governo Collor com o objetivo de ampliar a cobertura de ações às populações rurais e de periferias urbanas (PAIM, 1999). Ainda na década de 1990, criou-se o Programa de Saúde da Família, inicialmente implantado nas regiões norte e nordeste do Brasil, como estratégia de enfrentamento à epidemia de cólera. Posteriormente, esse programa foi redefinido como a política de intervenção assistencial na atenção primária pelo Ministério da Saúde (TEIXEIRA, 2006). A partir de 1998, com a publicação da Norma Operacional Básica 01/ 96 (BRASIL, 1996), induziu-se a implantação do PSF, por meio de financiamento específico para a

implantação do Programa e pelo estabelecimento de metas e vinculações de transferências de recursos financeiros. (MALTA, SANTOS, 2003).

Em 1993, o governo federal lançou o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) que objetivava a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e a municipalização da assistência à saúde. O PISUS foi estruturado em quatro subprogramas: “Unidades de Pronto Atendimento”, que havia previsão de custeio financeiro por parte dos Estados e Ministério da Saúde (MS) para reforma e construção de unidades de saúde para cada município, contemplado com o programa; “Interiorização do Médico”, que consistia na fixação de pelo menos um médico, com Residência, no município participante do Programa e na garantia do pagamento desse profissional, além do repasse financeiro do MS para o município de acordo com a produção do profissional; “Interiorização do Enfermeiro” e do “Agente Comunitário de Saúde”, que objetivava garantir a presença desses dois profissionais nas equipes dos municípios contemplados, sendo que a remuneração dos enfermeiros também deveria se dar por meio da transferência de “recursos por produção”. O programa foi extinto em 1994, com a mudança de gestão no governo federal (MACIEL, BRANCO, 2008).

Em 2001, o governo federal instituiu o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com vistas ao fortalecimento do Programa Saúde da Família. Esse Programa tinha o objetivo de ampliar o acesso e a cobertura assistencial por meio do provimento de médicos e enfermeiros em áreas em que o PSF ainda não tinha sido implementado (MALTA, SANTOS, 2003). O programa propunha a realização de Curso de Especialização em Saúde da Família com carga horária de 360 horas de forma presencial e à distância, com tutoria e supervisão para os médicos e enfermeiros. A supervisão era realizada via Internet e/ou por visitas periódicas de acompanhamento. A tutoria e a supervisão deveriam se dar ao longo dos 12 meses de atuação dos médicos e enfermeiros no Programa. Após passar por reformulações, devido a mudanças na gestão do governo federal, o PITS encerrou suas atividades em julho de 2004. (MACIEL, BRANCO, 2008).

Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde implantou, enquanto política de provimento, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), com o objetivo de prover e incentivar profissionais das áreas de medicina, enfermagem e odontologia para atuarem na Atenção Básica. Esse programa articulava trabalho e ensino por meio de estratégias pedagógicas como oferta educacional à distância (EAD) e supervisão semipresencial, somando-

se a isso um “bônus” de 10% nas provas classificatórias para os Programas de Residência Médica, a partir de uma avaliação de desempenho no Programa. Como estratégia de acompanhamento dos profissionais do PROVAB, existia a supervisão pedagógica, todavia restrita à categoria médica. Nesse particular, a supervisão vinculava-se às Instituições de Ensino Superior (IES) que tinham como responsabilidade coordenar e sistematizar o processo de avaliação para análise da pontuação das provas de Residência. Na experiência do PROVAB, a supervisão tinha como atividade a realização do diagnóstico inicial do território e do processo de trabalho da equipe, vinculada ao profissional supervisionado, assim como apoio à elaboração de um Plano de Educação Permanente e os Projetos de Intervenção dos profissionais do território, oriundos da oferta pedagógica.

Concomitante ao PROVAB, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013, a partir da Lei nº 12.871, com o objetivo de suprir a escassez de médicos para compor as equipes de saúde da família, com o intuito de efetivar a universalização do acesso da população aos serviços de saúde, sobretudo aos cuidados primários. De acordo com o Ministério da Saúde, essa escassez estava relacionada à baixa quantidade de médicos no país por habitante; à distribuição desses profissionais no território nacional; à formação médica, tanto em termos de quantidade, para atender as necessidades da população e para a expansão de serviços, quanto em termos de qualidade e adequação do perfil às necessidades de saúde da população e do SUS; como também à formação de especialistas que dialogassem tanto com a adequação do quantitativo de profissionais quanto como perfil da formação relacionado às necessidades das pessoas, das regiões e do sistema de saúde (BRASIL, 2015)

Dentre as ações previstas para a consecução dos objetivos do PMMB, destaca-se a promoção de aperfeiçoamento dos médicos lotados na atenção básica nas regiões prioritárias do SUS, mediante integração ensino-serviço-comunidade, inclusive, por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013). No âmbito do PMMB, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil que implica no provimento médico emergencial para municípios com escassez desse profissional. Sua coordenação fica a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde que são responsáveis pelo regramento e gestão da participação das instituições de educação superior, bem como das regras de funcionamento do Projeto. Nesse caso, o médico participante do Projeto Mais Médicos envolve-se nos processos de aperfeiçoamento profissional em uma perspectiva de educação permanente em saúde (EPS) que são ofertados pelo Ministério da

Educação e da Saúde por meio da Supervisão Acadêmica e dos ciclos formativos, respectivamente.

A supervisão acadêmica do PMM é composta pelo supervisor acadêmico, médico selecionado pela Instituição Supervisora (IS) e pelo tutor acadêmico, médico indicado e vinculado à IS. Ambos os atores são, preferencialmente, das áreas de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Pediatria e áreas afins. Essa supervisão tem como objetivos fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, integrar o ensino ao serviço na atenção básica, formar profissionais nas redes de atenção à saúde e articular os eixos educacionais (ciclos formativos) do Projeto. Para tanto, é previsto a periodicidade de encontros presenciais (in loco e locorregional) e remoto (longitudinal). (BRASIL, 2015). Além dessas atividades descritas, a Portaria nº 585 de 2015 regulamenta o encontro de EPS para qualificação da supervisão acadêmica, enquanto um espaço de gestão para tratar do acompanhamento aos médicos participantes e suas necessidades de formação.

Complementarmente, na perspectiva de qualificar, acompanhar e monitorar as atividades desempenhadas pelas Instituições Supervisoras (IS) no âmbito da supervisão acadêmica, em 2014, a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES/SESu/MEC) elaborou a proposta de Apoio Institucional (AIMEC) para atuar diretamente no território em que cada IS supervisiona os médicos do PMMB. Dentre as atividades de atuação da equipe AIMEC, destaca-se o fortalecimento do processo de supervisão acadêmica a partir do acompanhamento das ações dos tutores das IS no processo de articulação com gestores, supervisores e médicos; o desenvolvimento de ações de EPS para supervisores do Projeto; o monitoramento dos indicadores de acompanhamento do Programa Mais Médicos para o Brasil no estado de atuação; a participação em reuniões da comissão de Coordenação Estadual do PMMB; o acompanhamento das ações de supervisão em conjunto com os tutores, supervisores, gestores e demais atores do Programa executado; e, por fim, a análise e o monitoramento dos planos de trabalhos e dos panoramas de validação de bolsa das IS.

Estudos que tomam como objeto o PMM pouco abordam a supervisão acadêmica do Programa. Na revisão bibliográfica preliminar, observou-se uma considerável produção científica sobre o assunto, todavia a maior concentração de trabalhos versa sobre o eixo provimento. Dentre os estudos encontrados, há trabalhos que tratam da análise política do Programa (VARGAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; LOTTA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2016; FACCHINI, *et al.*, 2017; JESUS, *et al.*, 2017; ACIOLE, 2017; ALESSIO & SOUSA,

2017; FERLA *et al.*, 2017; GOMES & MERHY, 2017; GONÇALVES JUNIOR *et al.*, 2017; PAULA & WESTPHAL, 2018; SILVA & BAIA, 2018); outros que abordam a avaliação do impacto na Atenção Primária em Saúde, quer seja focando os indicadores em saúde, quer seja abordando as experiências regionais quanto ao provimento médico (ALENCAR *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016; GIOVANELLA *et al.*, 2016; SOARES NETO *et al.*, 2016; COMES *et al.*, 2016; GIRARDI *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2016; GONÇALVES, *et al.*, 2016); TERRA, 2016; MIRANDA & MELO, 2016; CARRER *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016; MENDONÇA *et al.*, 2016; MOTA & BARROS, 2016; OPAS, 2017); e, por último, há aqueles que tratam do modelo de atenção à saúde (MELO *et al.*, 2016; HERVAL & RODRIGUES, 2017; RECH *et al.*, 2018).

No que tange ao componente pedagógico, observam-se estudos que discutem os ciclos formativos do PMMB (OLIVEIRA, 2019; THUMÉ *et al.*, 2016; FREIRE FILHO *et al.*, 2018); outros que investigam a mudança curricular da graduação em medicina, a partir do PMMB (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2016; BARRETO *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019; MATIAS *et al.*, 2019); e, aqueles que abordam a formação médica (MELO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse segmento, Silva e Paraíso (2019) identificaram que pequenas mudanças na formação médica, a partir do Programa Mais Médicos, possibilitaram mudanças culturais postas em prática na integração ensino-serviço, em que se verifica a aproximação de um trabalho mais humanizado. Já o estudo de Mendes e Duarte (2018) descrevem as necessidades de educação permanente identificadas por supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) na primeira visita realizada aos médicos participantes presentes em áreas urbanas, rurais e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), apontando que as temáticas indicadas a serem ofertadas estão associadas às queixas frequentes e necessidades específicas por macrorregião. Freire Filho e colaboradores (2019) identificaram que o PMMB propiciou o fortalecimento da interprofissionalidade, especialmente, porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente que demanda o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre a educação e o trabalho em saúde.

Particularmente, sobre a supervisão acadêmica, Almeida, Madeira e Silvada (2019) discutem a construção da experiência de gestão do PMM, por parte do Ministério da Educação, apontando as principais dificuldades e facilidades durante todo o processo de gestão, além de sinalizar importantes reflexões sobre as perspectivas e desafios para a continuidade e

sustentabilidade do programa, sob a ótica da supervisão acadêmica. O resultado desse trabalho indica que há retrocessos nos níveis e instâncias de gestão do MEC decorrentes das mudanças na macrogestão, apontando fortes indícios dos vícios da administração pública, levando à desconstrução de políticas públicas em Saúde e Educação, incluindo a formação médica. Os autores indicam ainda não haver comprometimento com a causa coletiva e com a universalidade do acesso da população brasileira à assistência à saúde com qualidade, como previsto para os usuários do SUS, já que tal pauta aparenta não compor a agenda de preocupações do MEC na gestão da Educação em Saúde.

Outro estudo relata a experiência na gestão da supervisão acadêmica durante a implantação do PMMB. Neste trabalho, Penha (2019) discute que o modelo de tutoria e supervisão acadêmica trouxe benefícios ao sistema de saúde e às universidades, visto que tem impulsionado as discussões e as aproximações com as gestões municipais que, juntas, têm identificado melhores alternativas de superação dos problemas (PENHA, 2019).

Gusso (2017), além disso, a partir de um relato de experiência, analisou os potenciais riscos e benefícios, como supervisor no município de Jandira no estado de São Paulo, no ano de 2014, tendo em vista que, no ano de implantação do PMMB, havia muita rejeição ao Programa, sobretudo por parte das entidades médicas. O autor concluiu que a rapidez com que o Programa foi formatado, a sua essência e os rumos que tomou, concentrando-se na vinda de médicos cubanos, apresentou potenciais riscos e benefícios nem sempre explicitados nas análises que têm sido feitas. O autor identificou a necessidade de ampliar o olhar sobre esses riscos e benefícios, analisando os diversos atores como o governo federal, as prefeituras, os médicos brasileiros, a formação médica no Brasil e a pessoa do médico cubano, que teria sido tratado como mercadoria no país.

Em outro trabalho, Almeida e colaboradores (2017) discutem que a supervisão acadêmica tem elegido temas para trabalhar com médicos que convergem com o perfil epidemiológico prevalente na população, bem como com a dinâmica de trabalho na Atenção Básica. Para os autores, a supervisão acadêmica tem se mostrado uma ferramenta potente para a qualificação do Programa e da Atenção Básica.

Essas considerações iniciais serviram de base para a construção do presente trabalho, que se concentrou na supervisão acadêmica na Bahia. Além de poucos estudos acerca desse tema, em geral, os trabalhos são relatos de experiências, sem haver, até o momento, um estudo

empírico nessa linha, o que reforçou a relevância desse estudo. Partindo desse contexto, a pergunta de investigação desta pesquisa de dissertação foi: A supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos para o Brasil fortalece a integração ensino-serviço na Bahia?

O estudo acerca da supervisão acadêmica, enquanto componente pedagógico do PMMB, a partir das ações que devem nortear a práxis desses atores, forneceu pistas acerca dessa ferramenta adotada pelo Programa, no sentido de explicitar se ela produz o fortalecimento do processo de ensino- serviço. Além disso, corroborou na elaboração de elementos para a identificação dos conteúdos que necessitam ser trabalhados na supervisão acadêmica pelos atores que a compõem, assim como na construção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que qualifiquem esta supervisão. Ademais, o estudo revelou iniciativas inovadoras bem como “pontos críticos” a fim de orientar intervenções por meio dos gestores do Programa, implicando no fortalecimento da APS, na Bahia.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar se a Supervisão Acadêmica do PMMB fortalece a integração ensino-serviço no estado da Bahia.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Identificar as concepções de supervisão acadêmica e de integração ensino e serviço presentes entre os supervisores do PMMB;

2) Identificar as ações e estratégias de intervenção utilizadas pela supervisão acadêmica do PMMB para o desenvolvimento do fortalecimento da integração ensino e serviço;

3) Identificar as facilidades e obstáculos para o desenvolvimento da supervisão acadêmica em relação ao fortalecimento da integração ensino e serviço.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

O termo supervisão tem larga construção no campo da administração e foi incorporado na Saúde Pública sob várias perspectivas. Na teoria clássica da administração, no início do século XX, autores como Henri Fayol e Frederick Taylor, nos Estados Unidos da América, trataram a supervisão como aquela que tem por objetivo aumentar a eficiência das empresas (REIS, 2001). Nessa direção, o termo supervisão se relaciona com as funções de controle, inspeção e/ou fiscalização, demarcando um modelo de gestão vertical (REIS, 2001; HORTALE, 2004). Segundo Reis (2001), a tarefa da supervisão é inerente aos chefes nos níveis de hierarquia, com vistas a fazer cumprir as ordens.

Nessa corrente denominada “Administração Científica”, a supervisão visa aumentar a produtividade da empresa e a eficiência do nível operacional. De acordo com Reis (2001), a supervisão funcional estaria relacionada ao modelo de supervisores especializados em determinada área e cuja autoridade está vinculada apenas à sua especialidade (CHIAVENATO, 1976). Neste contexto, a supervisão se relaciona a intermediação entre a direção e a execução e é caracterizada como funcional, descentralizada e de modo a permitir a máxima especialização dos operários e dos supervisores.

Por outro lado, a supervisão na perspectiva da estrutura linha-*staff* parte do pressuposto de que, entre a linha (órgãos de execução), assessoria e *staff* (órgãos de apoio e de consultoria), existem relações de autoridade. A supervisão então, nessa perspectiva, integra o órgão ou cargo de *staff*. Ou seja, é considerada a ajuda especializada ao nível da execução, portanto, fora da linha de mando com autoridade baseada no conhecimento funcional. Neste particular, o supervisor atua como intermediário entre a direção e a execução, supervisionando a execução de trabalhos estabelecidos pela direção, a partir do planejamento, dentro da área de sua especialidade, agindo apenas com autoridade técnica.

Já na escola das relações humanas, segundo Reis (2001) discute-se que a supervisão aparece como elemento de valorização dos aspectos psicológicos do trabalhador, motivando-o para o trabalho. Nesse caso, a supervisão passa a ser concebida como um mecanismo de comunicação, encorajamento, influência e persuasão com objetivo de obter a cooperação dos trabalhadores, para se atingir a eficiência da empresa de forma harmoniosa e humana. O

supervisor é um líder formal que atua com o objetivo de garantir as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho.

Na linha da sociologia, particularmente na concepção de Max Weber, a supervisão contribuiria para um sistema racional, onde a estrutura burocrática é caracterizada por uma organização demarcada por normas racionais, legais, regras que definem as relações de mando e subordinação. A supervisão é caracterizada por uma sistemática divisão do trabalho, em que os papéis administrativos são especializados e diferenciados e as atividades distribuídas de acordo com os objetivos a serem alcançados, de forma impessoal. Ela estabelece os cargos segundo princípios hierárquicos onde cada cargo inferior está sob o controle e supervisão de um posto superior. Além de fixar as regras e normas técnicas para o desempenho de cada cargo, caracterizando-se pela profissionalização dos seus participantes. Assim, há uma relação hierárquica de autoridade entre quem supervisiona e quem executa a atividade supervisionada. A função do supervisor é fazer cumprir as regras e normas técnicas definidas pela organização (REIS, 2001).

Na perspectiva sistêmica, a supervisão aparece no nível de cada projeto, cujo objetivo é direcionado ao resultado do projeto como um todo. Reis (2001) ressalta que a atual organização sanitária brasileira se assemelha à teoria sistêmica, já que o SUS segue princípios como descentralização na tomada de decisões, ênfase em projetos, multiplicidade de comandos, comunicação horizontal, entre outros.

Na área da saúde, o tema supervisão foi abordado por Nunes (1986) que discutiu a relevância de se incorporar a estratégia da supervisão em um dado processo de trabalho em saúde. Na linha dessa autora, o modelo de supervisão proposto resgata elementos do contexto, políticas de gestão de governo para o setor e elementos teóricos da supervisão que reflitam a proposta gerencial, à qual estará submetida. Ainda, de acordo com a autora, o modelo de supervisão está implicado à ideologia, com a qual a instituição administra seus processos de trabalho, a dependência com a forma de planejar o sistema de saúde e o modo como ela se insere na produção do trabalho em saúde, tomando como referência as práticas de saúde.

Nunes (1986) considera que os mecanismos de supervisão não comportam a individualização de ações em serviços que prestam assistência de forma coletiva. Nessa perspectiva, a supervisão se insere não apenas na avaliação de atos médicos, mas também deve

extrapolar a relação supervisor e supervisionado, agregando a avaliação pertinente à prestação de serviços como um todo.

Costa & Fontoura (2012) relacionam que a supervisão, tradicionalmente considerada como instrumento de gestão em serviços de saúde, deixa de ser associada à ideia de inspeção e passa a compor, na modernidade, uma noção de controle e educação, propondo uma relação entre parceiros, identificando práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho. As autoras resgatam a noção de “convisão”, cunhada por Nunes (1986), que remonta à ideia de gestão colaborativa ou construção conjunta. Nesse sentido, possibilita-se a incorporação da perspectiva pedagógica da educação permanente ao processo de supervisão, já que ambas têm como objetivo a mudança de modelo de atenção, a partir de mudanças nas pessoas, ou seja, a subjetividade (o pensar, o sentir, o agir) são relevantes na atuação sobre o processo de trabalho em saúde pelo gestor e supervisor.

O estudo da Supervisão Acadêmica do PMMB neste trabalho está relacionado à concepção de supervisão enquanto prática profissional articulada ao processo de trabalho em saúde. Ademais, encontra ressonância na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), enquanto estratégia para qualificação da gestão e da assistência por meio da formação pedagógica dos profissionais da saúde (BRASIL, 2009), cujo objetivo é a qualificação e transformação das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, tendo a aprendizagem significativa como estruturante deste processo. (BRASIL, 2005) Nessa perspectiva, promover espaços formativos ancorados na aprendizagem significativa, pressupõe a noção de que o ato de aprender possui um caráter dinâmico e exige ações educativas direcionadas para que os envolvidos aprofundem e ampliem os significados (re) elaborados, mediante participação nas atividades de ensino e aprendizagem. (BRASIL, 2014).

Albuquerque (2008) compreende a integração ensino-serviço (IES) como o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre os atores que vivenciam o processo formativo, com os trabalhadores que compõe as equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde, individual e coletiva. Para a autora, a IES favorece a qualidade da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. Albuquerque (2008) aponta transformações na formação dos profissionais da saúde a partir da reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, da relação entre ensino e serviços de saúde. Nessa perspectiva, destaca-se a discussão de redes enquanto espaços de conformação de um novo ator

social no Brasil, a Rede Unida, inclusive no processo de definição de diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde. A autora ressalta, ainda, que a construção do cuidado em saúde é privilegiada nos espaços de articulação entre trabalho e educação, trazendo relevância para a formação em saúde e para consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS.

É importante destacar que, partindo-se da compreensão de que as práticas profissionais devam se organizar a partir das necessidades de saúde da população, fez-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre a academia e os serviços, considerando que, para efetivar as diretrizes do SUS, é necessário reconhecê-las no cotidiano das unidades de saúde. (FAUSTINO, 2003; Apud KUABARA, et al., 2014).

Nesta perspectiva, cabe ressaltar que a experiência da integração ensino e serviço no PMMB pressupõe a integração das ofertas pedagógicas destinadas ao profissional médico participante do programa e que compõe uma equipe de saúde da família. A supervisão acadêmica configura-se, portanto, como uma estratégia pedagógica que, através da educação permanente, promove a reflexão e transformações sobre a prática assistencial.

Albuquerque (2008) discute a educação permanente a partir de um viés em que a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais onde o trabalho acontece, envolvendo vários saberes, permitindo democratizar espaços de trabalho, desenvolver a capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, buscando soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (ALBUQUERQUE, 2018). Nesse caso, reforça-se a noção de que a EPS está ancorada em pressupostos da aprendizagem significativa, norteados as ações de desenvolvimento profissional e as estratégias de mudança de práticas de saúde, apresentando-se como uma estratégia de educação em que há relevância nas necessidades da população, o que configura um processo de gestão participativa e transformadora, incluindo o “quadrilátero da formação” (as instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários). (FRANÇA *et al.*, 2017).

Refletindo sobre essa questão, Ceccim (2005) traz a relação entre a Educação Permanente e a Educação em Serviço, quando há pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, inseridos em um contexto institucional e/ou de orientação política de

mudança das ações prestadas, em dado tempo e lugar. O autor ressalta que, para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, que se aproximem dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade são necessários o diálogo e a problematização das práticas e concepções vigentes, a partir da concretude do processo de trabalho.

Leite, Pinto e Fagundes (2020), além disso, ressaltam que, a partir da análise dos determinantes da educação permanente acerca das condições, sob as quais ela se realiza, pode-se compreender sua dimensão política, histórica e social. Nesse sentido, ancorada pelos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, a EPS, enquanto política de saúde, articula-se às mudanças das práticas de saúde em uma perspectiva contra-hegemônica, em que os trabalhadores, enquanto sujeitos sociais, ao potencializar o binômio instituinte-instituído, reforçam a tese de que a direção da educação permanente em saúde constituiria uma decisão política. Assim, a EPS se alinha aos propósitos políticos, aos quais, está vinculada, legitimando e/ou reforçando uma visão de mundo ou uma práxis política.

Somando a essa perspectiva, Ellery, Bosi e Loiola (2013) refletem que, no Brasil, no bojo da constituição do SUS, alguns elementos ampliam o debate quanto à associação entre as estruturas de formação e a incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, influenciando a incorporação de iniciativas para mudanças no ensino, com ressonância na integralidade do cuidado e no trabalho interprofissional. De acordo com os autores, pesquisas revelam ser uma tendência a integração entre a educação e os sistemas de cuidado em saúde, possibilitando impactos na melhoria dos sistemas de saúde, além de uma educação contextualizada e significativa.

Assim, a supervisão acadêmica se pretende como uma estratégia pedagógica para o acompanhamento educacional do médico inserido pelo provimento do PMMB. A partir de elementos da realidade vivenciada, a supervisão acadêmica busca levantar hipóteses de soluções para os problemas encontrados, revendo os processos, refletindo teoricamente e experimentando novas estratégias para enfrentar os desafios para a consolidação da Atenção Primária. Acrescenta-se que para fins desse trabalho, a supervisão acadêmica foi compreendida como ferramenta de gestão caracterizada por três dimensões, portanto, as quais são: a pedagógica, a gerencial e a política. A dimensão pedagógica se relaciona às ações de qualificação da gestão e da assistência, a partir da reflexão e transformação das ações e dos serviços; a dimensão gerencial, que incorpora elementos da supervisão enquanto estratégia de “convisão” (NUNES, 2008), identificando práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o

objeto de trabalho na produção do cuidado; e, finalmente, a dimensão política, que revela a implicação da supervisão acadêmica com os propósitos políticos e democráticos do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3.2 DESENHO DE ESTUDO

Para realização desta dissertação, foi realizado uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, que teve por objeto a supervisão acadêmica do PMM no Estado da Bahia. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, não passíveis de quantificação e/ou operacionalização de variáveis.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

De acordo com a Portaria nº 585, de 15 junho de 2015, cada tutor tem a responsabilidade de orientar o trabalho de até dez supervisores e cada supervisor tem a responsabilidade de acompanhar até dez médicos participantes do PMMB. Foram incluídos no estudo dois supervisores vinculados a cada tutor das IS SES/BA, UFOB, UNIVASF/BA, o que corresponde às IS apoiadas pela pesquisadora. Com finalidade de possibilitar uma análise complexa, incluiu-se supervisores, partindo de duas perspectivas: um profissional que possua vínculo acadêmico, enquanto docente, e um profissional que não possua o mesmo vínculo. Obedecendo os critérios de inclusão definidos, a escolha dos supervisores para participação na pesquisa foi aleatória. Alguns supervisores recusaram a participação na pesquisa, por isso, foram substituídos para que houvesse uma amostra substantiva para a produção do presente trabalho. No total, foram incluídos doze supervisores.

3.4 PRODUÇÃO DE DADOS

Para produzir os dados, a coleta de informações se deu a partir de análise documental, por meio dos relatórios de supervisão, postados pelos supervisores, incluídos na pesquisa no sistema Webportfólio UNASUS, durante o ano de 2019, totalizando 400 relatórios analisados. A escolha desse período se justifica pelo fato de que, no referido ano, formou-se o atual quadro de tutores e supervisores, além da pesquisadora ter atuado como apoiadora no estado, integralmente, durante o referido ano.

As informações produzidas pela análise documental foram complementadas por entrevistas semiestruturadas, presentes nos apêndices do trabalho, de supervisores de Instituições Supervisoras (IS) do estado da Bahia. Devido ao contexto de pandemia pelo novo coronavírus (*COVID-19*), as entrevistas foram realizadas através de ferramenta tecnológica sincrônica disponibilizada pelo MEC para as atividades telepresenciais, a Plataforma Rute-RNP.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, em que se pode obter dados objetivos e subjetivos. Segundo Haguette (1995), citado por Lima (*et al.*, 1999), a entrevista se configura por um processo de interação social, em que o entrevistador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, através de um roteiro, contendo tópicos em torno de uma problemática central. A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (Minayo, 2001). Segundo a autora, a entrevista viabiliza a captação de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta voz, representações de determinados grupos.

Finalmente, houve momentos de observação direta, durante o cotidiano da supervisão acadêmica e durante as reuniões de tutoria, onde as informações relevantes para o estudo foram registradas em um diário de campo pela pesquisadora, a fim de armazenar evidências trazidas pelos tutores e supervisores pertinentes à pesquisa, que desvelem a prática de supervisão na Bahia. No conjunto, a autora participou de reuniões periódicas que somaram cerca de trinta reuniões.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, as informações coletadas por meio da análise documental, pelas entrevistas e pelos registros da observação, foram processadas em matrizes de análise produzidas pela autora e cotejadas de modo a analisar se a supervisão acadêmica favorece ou não a integração ensino serviço no estado da Bahia. Nesse particular, três subdimensões foram apreciadas: gerencial/administrativa, pedagógica e política, para as quais foi construída uma matriz de análise onde constam as ações para referência analítica, consideradas necessárias para atuação qualificada na supervisão acadêmica do PMM.

As ações utilizadas como referência analítica foram construídos a partir de dados do manual de referência da Supervisão Acadêmica, elaborado por um grupo de trabalho (GT) formado em 2014, composto pela coordenação central da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES/SESu/MEC), apoiadores institucionais (equipe centralizada em Brasília e representantes da equipe descentralizada nos estados), supervisores e tutores. O manual de referência tinha como objetivo apresentar um conjunto de orientações sobre o processo de Supervisão Acadêmica como uma das ações educacionais no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em conformidade com as normativas que tratam a Lei nº 12.871, em vigor desde outubro de 2013. O manual, no entanto, não fora publicado. De acordo com o pressuposto no manual, identifica-se os eixos de referência, gerencial, pedagógico e político, já mencionado e que, por sua vez, orientam as ações previstas para os Supervisores Acadêmicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de modo a se obter boas práticas de supervisão.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A partir da compreensão dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP-ISC) da Universidade Federal da Bahia e foi aprovado pelo parecer N° 4.681.213. As referências de condutas foram pautadas nas recomendações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em que todos os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos e estratégias metodológicos, assim como esclarecidos sobre a liberdade de optar por não participar da pesquisa. Para isso, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se, ainda, que a pesquisa se desenvolveu respeitando os princípios éticos, a saber:

A eticidade da pesquisa implica em:

- a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e
- d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária. (BRASIL, 2012, s/n)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CONCEPÇÕES DE SUPERVISÃO PRESENTES ENTRE OS SUPERVISORES DO PMM

Os resultados do trabalho revelam que, entre os supervisores do PMMB, há distintas concepções de supervisão. Ao serem abordados acerca dos objetivos da supervisão, alguns relatos indicam que o objetivo central da supervisão tem caráter de fiscalização, assim como de monitoramento da execução do trabalho dos médicos.

Para mim, a supervisão é o momento de fiscalizar o programa, ver se as metas do programa estão sendo cumpridas, e diminuir alguns entraves que tem entre os médicos participantes do programa e a gestão, e se o programa está funcionando a contento, se está agradando os usuários, se está tendo falta... é a fiscalização do serviço que é executado por esses médicos [...] que eu acho positivo nisso é que você age como se fosse um fiscal, um fiscal para ver se está tudo bem. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Em contrapartida, um conjunto considerável de depoimentos compreendem a supervisão acadêmica, enquanto componente de articulação do programa com a gestão local, bem como de qualificação técnica dos médicos do Programa. A supervisão acadêmica aparece como componente disparador dos processos para a educação permanente dos profissionais médicos.

[...] A gente atua tanto do campo técnico, auxiliando, orientando, fazendo revisões sobre temas importantes, sobre temas atuais da atenção básica, mas também agindo nessa parte, como eu falei como elo, fazendo essa interlocução entre os médicos e as gestões. (Entrevista cedida por S4, 2021)

A supervisão acadêmica a meu ver tem principalmente a função educativa, apesar de a supervisão ser tida em alguns espaços como algo no sentido de cobranças, de garantir que determinado trabalho seja realizado [...]. Isso está previsto nas atividades da supervisão acadêmica, mas acredito que o principal elemento não é essa garantia, apesar de ela ser fundamental em todos os espaços, mas acredito que o principal elemento é o processo educacional. [...] A educação permanente garante que a gente mantenha um processo de aprendizado contínuo, de estímulo, de melhoramento dentro dos serviços, então acho que isso é fundamental. (Entrevista cedida por S11, 2021)

A supervisão acadêmica especificamente no Programa Mais Médicos é um acontecer pedagógico. Significa a gente estar contribuindo para a formação e para o processo de educação permanente para o médico recém-formado. É também uma supervisão institucional quando se faz necessária para ter contato com a gestão e diminuir as dificuldades que eles enfrentam no dia a dia do município. Então eu vejo por essas duas óticas: uma vertente para educação permanente e uma outra para a gestão com o município. (Entrevista cedida por S9, 2021)

Além de a gente supervisionar as atividades que eles desenvolvem nas unidades de saúde, como forma de apoiar tanto médico como gestão, para que seja oferecido o

melhor atendimento possível para o usuário, nós supervisionamos também atividades teóricas. [...] A gente acaba sendo o link mais direto entre o médico e a gestão dos municípios. O apoio que eles precisam no contato com a gestão a gente faz, e vice-versa, às vezes a gestão é quem traz algum tipo de observação sobre o médico, que conta com o apoio da gente, e a gente teria esse link do programa entre o médico e a gestão também. (Entrevista cedida por S12, 2021)

Então eu acho que a supervisão acadêmica tem esse papel também de intermediar o diálogo com a gestão e aí tem como é que a gente faz essa construção, então tem algo que eu tenho passado agora que é a construção da agenda, dialogar sobre gestão do tempo, gestão da clínica, gestão da agenda baseada na demanda do território. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Embora o depoimento dos sujeitos da pesquisa aponte fundamentalmente dois objetivos precípuos da supervisão, na visão dos entrevistados, a relação entre a função da supervisão e a interlocução com a gestão local, para dirimir entraves e possíveis problemas entre os médicos que compõem o programa e a gestão local, aparecem em ambos os casos. Os supervisores do programa parecem compreender que a supervisão acadêmica consiste em uma função pedagógica/gerencial. Em resumo, entre os entrevistados, foram encontrados elementos que indicam serem objetivos da supervisão acadêmica: a fiscalização técnica e gerencial; a articulação entre os médicos e os entes municipal e federal; e o monitoramento, a avaliação e o planejamento da execução da atividade dos médicos do PMMB.

5.2 AÇÕES E ESTRATÉGIAS USADAS PELOS SUPERVISORES NA PRÁTICA DA SUPERVISÃO

O cotejamento dos dados aponta que os supervisores apoiam os médicos participantes do Programa de várias formas e estratégias. Em alguns momentos, presencialmente e, em outros, por meio de ferramentas tecnológicas. Regularmente, a supervisão acontecia de forma presencial *in loco*. Os supervisores estavam presentes, mensalmente, e as visitas eram realizadas individualmente nas unidades de saúde de lotação dos médicos do Programa. A partir de março de 2020, devido a pandemia do novo coronavírus (*COVID-19*), as supervisões passaram a ser realizadas na modalidade longitudinal, ou seja, de forma telepresencial e com a possibilidade de supervisão coletiva, o que até então era apenas autorizado, de acordo com o Manual da Supervisão Acadêmica, na supervisão dos médicos lotados na região da Amazônia Legal¹. Em

¹ A Amazônia Legal corresponde à área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia - SUDAM delimitada em consonância ao Art. 2o da Lei Complementar n. 124, de 03.01.2007. A região é composta por 772 municípios distribuídos da seguinte forma: 52 municípios de Rondônia, 22 municípios do Acre, 62 do Amazonas, 15 de Roraima, 144 do Pará, 16 do Amapá, 139 do Tocantins, 141 do Mato Grosso, bem como, por 181 Municípios do Estado do Maranhão situados ao oeste do Meridiano 44°, dos quais, 21 deles, estão parcialmente integrados na Amazônia Legal. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 09 de novembro de 2021.

ambos os casos, os supervisores ficam disponíveis para apoio por meio de telefone ou internet para realização de segunda opinião formativa² ou outras atividades necessárias para fortalecer a formação do médico participante, principalmente, através de ferramentas assíncronas, a exemplo do WhatsApp.

[...] A gente tem um grupo de WhatsApp em que a gente é muito de boas para botar casos que a gente tá com dificuldade para atender quer seja porque a gente está com dificuldade para entender o fluxo, porque a rede tá deficitária, ou porque não tem exame, enfim, a gente não sabe da clínica mesmo. Daí a gente vai opinando, olha eu já fiz isso e deu certo, olha, tenta entrar no fluxo de tal forma que aqui, enfim, então eu acho que eles se fortalecem muito como coletivo quando a gente faz esse espaço assim em grupo [...]. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Observou-se que, entre os temas abordados na supervisão acadêmica, discutem-se aqueles relacionados à conduta clínica/diagnóstico/terapêutica/reabilitação; à avaliação das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde; à avaliação sobre a supervisão; à articulação com dispositivos da rede; ao Projeto Terapêutico Singular; à carga horária de trabalho; à discussão sobre gestão da clínica (acolhimento etc.).

As evidências produzidas nesse trabalho apontaram que, durante o período em que as supervisões eram realizadas *in loco*, os temas relacionados ao processo de trabalho (articulação com dispositivos da rede; Projeto Terapêutico Singular; discussão sobre gestão da clínica, etc), ao regramento do programa (carga horária exigida, pagamento de pecúnia por parte do gestor municipal, etc) e relacionados às atividades dos ciclos formativos eram mais recorrentes entre os médicos brasileiros diplomados em escolas médicas no Brasil.

Essas questões sobre carga horária, pagamento da ajuda de custo, se precisa mesmo fazer a especialização, são coisas que muitas vezes tomam todo o tempo da supervisão. É muito característico dos médicos brasileiros, com os médicos cubanos nunca tive esse problema, eles cumpriam mais as regras. Eles estavam mais abertos para discutir a conduta clínica, a questão da prescrição de medicamentos que era diferente no país deles [...]. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Sempre tem dúvidas em respeito à folga, à feriado, a respeito de hora de chegada, hora de saída, número de pacientes que tem que ser atendido, a forma como deve ser feita a elaboração da agenda, se os pacientes têm que ser agendados, ou se deve atender por demanda espontânea. A gente sabe que em cada localidade tem suas peculiaridades, né, então sempre acaba gerando alguns conflitos, o gestor entende de uma forma e os médicos de outra, outros médicos acham que é de outra forma, então as dúvidas acabam gerando dessa forma e a gente acaba tentando orientar da melhor forma possível. (Entrevista cedida por S4, 2021)

² A Segunda Opinião Formativa (SOF) no contexto da BVS APS é uma fonte de informação que apresenta como conteúdo as perguntas e respostas baseadas em boa evidência relacionadas com os problemas prioritários de atenção primária à saúde (APS). Disponível em: <https://aps.bvs.br/segunda-opiniao-formativa/>. Acesso em 11 de novembro de 2021.

Quanto à realização de discussões clínico-científicas com temas relevantes ao aperfeiçoamento das ações em Atenção Básica, observados nas práticas de supervisão, percebe-se que eram priorizados entre médicos cubanos, intercambistas individuais e médicos brasileiros diplomados no exterior. Essa prática se justificou por conta da inserção dos médicos diplomados no exterior ao contexto brasileiro.

Inicialmente era um suporte nas dificuldades do atendimento, das disciplinas próprias da área médica, eles não tinham conhecimento de alguma matéria, tinham uma dificuldade na adaptação no Brasil, dessas diferenças epidemiológicas entre os países, então muita coisa talvez eles não conhecessem lá e essa vivência aqui eles passariam exatamente por esse suporte para facilitar essa adaptação, eram mais abertos à essa intervenção, era mais tranquilo falar da conduta deles. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Eu ingressei na supervisão em 2018 quando muitos médicos eram ainda médicos estrangeiros, médicos cubanos, outros médicos se formaram em outros países e a gente realmente tinha muito esse cunho acadêmico de orientação sobre procedimentos, orientações técnicas mesmo na área da medicina, com os médicos “de casa”, vamos dizer assim, não vejo tanto essa necessidade, o que pega mais é eles cumprirem a carga horária. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Nas experiências de supervisão na modalidade longitudinal, observou-se a predominância na escolha de temas clínicos para a oferta pedagógica, em alguns casos com participação de convidados especialistas para a discussão do tema, apesar de os temas gerenciais ainda aparecerem na supervisão, principalmente, em relação ao contexto da pandemia.

A gente está procurando nessas reuniões longitudinais chamar alguns convidados todo mês, quer dizer, quase sempre a gente está convidando colegas especialistas naquela área para tentar conversar [...] (Entrevista cedida por S4, 2021)

Em muitas reuniões a gente só conversou sobre falta de EPI, sobre o médico ter ou não que atender fora da unidade de saúde pacientes com covid, sobre a sobrecarga do médico mesmo. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Às vezes eu falo de saúde mental para trabalhadores de saúde, saúde mental é um tema recorrente, por demanda deles, né, e eu acredito que seja em decorrência da pandemia, do medo de trabalhar, do medo da família ter alguma coisa, medo de perder marido, medo de perder filho. E a gente teve dois casos de médicos que eu indiquei tanto psicólogo, quanto psiquiatra. (Entrevista cedida por S6, 2021)

Observa-se que a discussão clínica, em algumas experiências, limita-se à dimensão biomédica, não havendo, portanto, discussão sobre o cuidado na perspectiva da APS.

Na nossa reunião com o tutor a gente vê o perfil de alguns colegas em que a supervisão acadêmica passa por uma supervisão exclusivamente clínica e só, “olha só estou discutindo caso clínico, estou só discutindo caso clínico em uma perspectiva biomédica, na perspectiva da clínica individual”, esquecendo que poderia estar falando isso lá no Einstein, no Sírío Libanês, e qualquer hospital privado, no São Rafael daqui, etc, esquecendo da tradução disso, de discutir um caso clínico incluindo

a tradução disso para a rede assistencial, para a consolidação do SUS e etc. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Em relação aos temas que eles propõem como eu sou cirurgião eles me perguntavam mais sobre essa parte, dúvidas sobre questões cirúrgicas, de conduta, de como fazer [...] (Entrevista cedida por S10, 2021)

No que tange à metodologia adotada nas práticas de supervisão, as evidências mostram maior incidência na escolha por metodologias expositivas em detrimento às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, embora haja esforços de empreender metodologia de ensino aprendizagem menos tradicionais, rompendo com a formalidade do trabalho médico.

Geralmente eu faço uns slides e aí vou apresentando e no final a gente vai discutindo. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Em relação à dinâmica, quando sou eu realmente apresentando o tema, eu procuro fazer uma dinâmica mais informal, ter mais um diálogo com os médicos, quando é um convidado a gente vê que não tem esse sucesso, os médicos ficam um pouco inibidos, quando tem convidado é mais uma apresentação, uma exposição. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Nas práticas de supervisão, as evidências revelam que a vivência dos médicos participantes do programa durante a realização da supervisão *in loco*, em alguns momentos, abrangia as demandas de saúde do território de atuação dos médicos, assim como das dificuldades identificadas no processo de trabalho. Nesse sentido, os dados revelam a abordagem de problemas oriundos do processo de trabalho foram de diversas naturezas: questões relacionadas às dificuldades encontradas no processo de trabalho, quer seja na conduta clínica/diagnóstico/terapêutica/reabilitação, quer seja na compreensão dos fluxos da unidade de saúde ou entre serviços, na articulação de rede, no trabalho em equipe ou nas relações interpessoais. Foram observadas, ainda, em algumas experiências, que os supervisores acessavam as equipes, os gerentes, o gestor e os usuários para identificar essas dificuldades e transformá-las em elementos de discussão na supervisão.

Nas visitas eu ia acompanhando muito eles e ia dando uma olhada na unidade [...] fazia supervisão em algumas unidades que também tinham residência. Então eu conversava com a preceptora, conversava com a equipe, tentava entender um pouco da realidade da unidade e ia tentando conversar um pouco com os médicos e com as médicas, então eu acho que tinha um processo mais individualizado por eu conseguir estar na unidade e tentar fazer um pouco disso, de não ficar só no consultório. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Contraditoriamente, apesar de em alguns momentos os entrevistados expressarem que singularizavam a oferta pedagógica, de acordo com as demandas do território, em que cada

supervisionado estava inserido, o cotejamento dos dados permitiu apreender que, no período em que a supervisão acadêmica era realizada na modalidade *in loco*, alguns supervisores buscavam unificar o tema a ser trabalhado entre todos os médicos.

Quando era supervisão *in loco* eu geralmente fazia um tema em comum, excepcionalmente quando eu chegava na reunião e aí surgia alguma dúvida, algum caso específico que o médico teve dificuldade, aí a gente discutia aquele caso. (Entrevista cedida S4, 2021)

Eu tentava buscar um tema em comum quando isso não era forçação de barra, porque isso facilitava muito o trabalho para mim. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Na época da supervisão *in loco* eu tentava achar um tema que contemplasse a todos, mas às vezes tinham particularidades que estava pegando mais em algumas unidades, mas na maioria das vezes eu tentava direcionar um tema. (Entrevista cedida por S1, 2021)

Na prática de supervisão na modalidade longitudinal, realizada telepresencialmente, nota-se que a realização da supervisão se dá, na maioria das vezes, coletivamente com todos os médicos supervisionados.

Eles têm falado que tem gostado mais da supervisão assim. Porque eles conseguem compartilhar experiências e também desabafos, acabam vendo que as dificuldades dos outros são as mesmas, alguns percebem que tem colegas que passam dificuldades maiores e de certa forma isso vai confortando eles também. (Entrevista cedida por S12, 2021)

Uma questão identificada no estudo foi a possibilidade de identificação de temas para a supervisão acadêmica, a partir da própria inserção nos serviços de saúde. Identificou-se que, nos casos em que o supervisor atua no mesmo município que supervisiona médicos do Programa, por meio de outro vínculo de trabalho, os temas trabalhados na supervisão acadêmica também são escolhidos a partir da atenção à saúde aos usuários encaminhados pela APS.

Então, por exemplo, se eu tenho um problema no pré-natal, porque eu estou lotada na maternidade, eu chego na supervisão e falo “olha, você está mandando paciente assim. (Entrevista cedida por S2, 2021)

As evidências apontam, além disso, que a oferta do apoio pedagógico aos médicos participantes do programa, por meio dos dispositivos político-pedagógicos disponibilizadas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil, tais como Telessaúde Brasil Redes, Webportfólio, Portal Saúde Baseada em Evidências, dentre outros³, pela supervisão acadêmica é incipiente.

³ Telessaúde Brasil Redes: é um programa governamental sob coordenação do Ministério da Saúde que tem como objetivos fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas e tecnologias da informação e da comunicação.

Embora a oferta seja ampla, a análise dos dados aponta que os recursos são pouco trabalhados na prática da supervisão, visto que o Telessaúde e o Portal Saúde Baseada em Evidências foram as estratégias mais utilizadas.

Quando era presencial eu passava nas unidades de saúde e nós tirávamos alguns temas que nós iríamos conversar durante o período que estava dentro da supervisão, então nós sempre pensávamos quais eram os problemas dentro do serviço, o que eles conseguiram estudar do que tínhamos proposto, sempre indicava algum vídeo do telessaúde que dialogasse com a realidade da equipe e do território, eles tinham que escolher um estudo do portal de medicina baseado em evidências e na supervisão falar sobre esse estudo e alguma discussão dos cadernos de atenção básica, a escolha do estudo era sempre relacionado aos problemas que eles estão enfrentando na unidade. (Entrevista cedida por S11, 2021).

No Webportfólio/ Unasus você tem cursos excelentes, mas tem cursos que estão ali simplesmente para constar. Outros não, são fantásticas, mas você tem todo tipo de conteúdo ali dentro e nem sempre esse conteúdo preenche o que realmente o médico precisa. (Entrevista cedida por S10, 2021)

O telessaúde é excelente, eu tive excelentes oportunidades com o telessaúde, mas em uma das reuniões com o telessaúde eu fiz uma pergunta que me deixou muito preocupado, eu perguntei “se eu tiver algum problema com uma orientação de vocês eu tenho como utilizar isso em uma defesa minha?” e a resposta foi “não, a gente está dando uma orientação, a decisão é sua”. Então não existe uma troca na verdade, então eu deixo essa questão clara para os médicos. (Entrevista cedida por S6, 2021)

Os médicos não têm acesso à internet nas unidades de saúde na maioria dos municípios, e também por conta da rotina de atendimentos, eles não têm tempo de usar essas ferramentas durante o serviço, e não vão fazer isso quando saem de lá. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Algumas vezes eu mandei para os médicos as teleaulas do telessaúde para a gente discutir, eu sempre mandava antes para eles verem, mas nem todos veem o material que é enviado. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Observou-se características diferentes entre as supervisões realizadas *in loco* para médicos formados no Brasil e médicos formados em outros países. O caráter gerencial da supervisão está mais presente nas supervisões realizadas aos médicos brasileiros, enquanto a discussão de temas clínicos está mais presente entre os médicos intercambistas e cooperados. Pode-se observar, ademais, que os temas eram pontualmente singularizados, de acordo com as demandas do território de atuação do médico, já que os supervisores buscavam unificar o tema a ser trabalhado, apesar de a supervisão, nessa modalidade, ser individual. Na supervisão longitudinal, em que os encontros são coletivos, observa-se a priorização de temas clínicos,

Webportfólio: Parte das ações de apoio ao PMMB, a UNA-SUS desenvolveu este ambiente de interação que reúne as atividades desenvolvidas por todos os participantes do projeto.

Portal Saúde Baseada em Evidências: é uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (Capes/MEC), voltada para a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS.

apesar de ainda surgirem demandas gerenciais. Ainda que haja uma ampla oferta, as ferramentas tecnológicas de ensino-aprendizagem são pouco exploradas, sendo o Telessaúde, em que há a possibilidade de acesso através de ligação telefônica, a mais ofertada pela supervisão.

Quadro 1 – Ações e estratégias utilizadas pelos supervisores na supervisão acadêmica

1	Apoio por meio de ferramentas tecnológicas síncronas e/ou assíncronas, via telefone ou internet, para realização de segunda opinião formativa ou outras atividades necessárias para fortalecer a formação do médico participante;
2	Discussão da conduta clínica/diagnóstico/terapêutica/reabilitação; avaliação das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde; avaliação sobre a supervisão; articulação com dispositivos da rede; Projeto Terapêutico Singular; carga horária de trabalho; discussão sobre gestão da clínica;
3	Predominância de metodologias expositivas em detrimento às metodologias ativas de ensino-aprendizagem;
4	Oferta do apoio pedagógico aos médicos participantes do programa por meio dos dispositivos pedagógicos disponibilizadas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil: Telessaúde e o Portal Saúde Baseada em Evidências

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

5.3 FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NAS PRÁTICAS DE SUPERVISÃO DO PMMB

Há concordância entre alguns supervisores de que a obrigatoriedade da supervisão representa um problema reconhecido entre os entrevistados, pois há uma resistência dos médicos em serem supervisionados por um colega de profissão, o que demonstra o pouco compromisso dos médicos com supervisão acadêmica e com o SUS.

Primeiro eu sinto que os colegas que estão participando sentem que é uma chatice, eles participam porque são obrigados senão eles não fariam. [...] Antes eles achavam que eu era pessoa que ia chegar lá e iria avalia-los e limá-los do programa. Depois eles entenderam que não, que a gente está ali para trabalhar juntos as dificuldades que eles tiverem. [...] Mesmo a gente falando o tempo todo e via web, às vezes quando eu marco percebo que eles não têm interesse, não aparecem para supervisão. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Uma dificuldade é ser uma atividade compulsória. Compulsória em que sentido? O médico não pode fazer parte do Mais Médicos sem estar submetido à uma supervisão. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Além disso, durante a execução da supervisão *in loco*, foi identificada como dificuldade o deslocamento dos supervisores para municípios de difícil acesso.

Antigamente era as distâncias, né, às vezes para você fazer uma supervisão rodava mais de 200 km por dia, então isso dificultava muito a supervisão. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Da supervisão anterior, *in loco*, a maior dificuldade era quando eu ia para os municípios distantes, a dificuldade era o acesso até às unidades, porque são unidades distantes de acesso ruim, estrada ruim, então realmente a maior dificuldade era essa. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Ademais, a definição de uma agenda comum entre os médicos do Programa e os supervisores apareceu também como uma dificuldade nos dados coletados.

No formato *in loco* a dificuldade é o malabarismo que a gente tem que fazer para encaixar as agendas. No *in loco*, nas agendas que eu tinha que encaixar quando eles estavam na unidade e não estavam fora, e não era reunião de equipe e nem visita domiciliar, então esse encaixe aí era bem complexo e acabava reduzindo as possibilidades [...]. No EAD tem sido isso das agendas também, mas aí a gente tem alguma facilidade por causa do computador. (Entrevista cedida por S5, 2021)

O corporativismo médico e a resistência em ter sua conduta clínica avaliada pela supervisão também foram identificados nas entrevistas.

[...] Tem algum grau de resistência no campo do corporativismo médico, eu vejo que nem sempre é confortável para os supervisores e para os supervisionados, dependendo da forma como a gente chega e de como eles enxergam que é esse nosso papel, em fazer e aceitar ponderações em relação às condutas deles. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Na execução da supervisão longitudinal, o fato de não dialogarem com as equipes dos médicos e não conhecerem *in loco* as unidades de saúde em que os médicos estão atuando aparecem como dificuldades para a execução da supervisão.

Eu acho que agora por conta de ser online dificulta muito, porque quando a gente ia na visita, via com eles a rotina do dia a dia na unidade, via a estrutura da unidade [...] Eu tenho alguns supervisionados que eu não conheço a unidade deles, porque foi depois que eles viraram meus supervisionados, foi depois da pandemia, então eu tenho uma dificuldade em visualizar o dia a dia deles, sabe, organização mesmo de sala de espera, porque é isso que eu fazia quando ia nas unidades acho que era bem mais útil, era bem mais produtivo porque a gente começava a dar umas ideias e trazer algumas sugestões mesmo, baseado no que a gente já viveu no programa de saúde da família *in loco*. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Também foi identificado maior passividade dos médicos durante a execução da supervisão longitudinal.

Muitas vezes eu converso com eles nessa reunião online, não consigo que seja de dia, então às vezes é à noite, no final de semana, nem na unidade eles estão, então isso eu acho que é uma coisa que dificultou muito, aí como eu falei já, na reunião online eles acabam ficando muito passivos. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Eu tenho pedido para eles trazerem casos clínicos, mas é uma coisa bem complicada, não sei, eles nunca têm um caso para trazer [...]. Eu acho que também esse formato assim de tela não é a mesma coisa de você discutir as coisas ao vivo, mas é o que se tem no momento. Eu acho que o meio eletrônico facilita e possibilita muitas coisas, mas a dificuldade mais é que tem pessoas que não se interessam muito em estar ali. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Outra questão apontada como fragilidade pelos entrevistados é em relação aos encaminhamentos adotados pela coordenação estadual e/ou nacional do programa em relação às notificações realizadas pelos supervisores sobre inabilidade técnica do médico e/ou descumprimento de regras do programa, como cumprimento de carga horária, realização dos ciclos formativos etc.

A outra questão é que tem médicos que muitas vezes estão ali simplesmente para fazer ambulatório e não vão aceitar novas proposições, ponderações etc. A gente vai lá, escreve no relatório e nada modifica, nada acontece. A gente já está cansado de dizer que o médico tem problemas, que ele não está cumprindo as coisas e não ter nenhuma consequência, então isso desestimula o nosso trabalho. (Entrevista cedida por S11, 2021)

A fragilidade na comunicação entre os médicos do Programa e o Ministério da Saúde foi indicada como uma dificuldade para a supervisão acadêmica, visto que os médicos direcionam os problemas administrativos para os supervisores e estes, além de não possuírem gerência sobre alguns processos, não têm conseguido articular essas demandas com o Ministério da Saúde.

Uma questão que dificulta é eles quererem que eu resolva coisas que eu não sei resolver, tipo uma bolsa, um salário que não recebeu, a coordenação da atenção básica tirou o dinheiro da alimentação que eles tinham, são coisas assim que chegam a mim a informação, mas de mim vai para onde se a minha supervisão é com o ministério da educação e não com o da saúde? Então eu realmente me angustio um pouco não poder ajudar nesse aspecto, acho que essa é uma das coisas que mais me angustia como supervisora, ouvir as coisas que eles trazem, problemas administrativos, vamos dizer assim, que não tem a ver diretamente com a minha supervisão, mas eles me trazem, e aí eu fico tentando ajudar de alguma forma e me sinto meio limitada aí nessa ajuda. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Eu acho que na prática, a supervisão agrega uma tarefa de escuta, uma tarefa de amparo ao processo de trabalho que extrapola às vezes só o papel do médico na atenção primária, então é uma escuta sobre a relação com a secretaria de saúde, dificuldade em relação aos eventuais problemas de inserção profissional, que versa mais sobre a contratação do profissional de saúde, às questões trabalhistas, do que eventualmente as ofertas educativas. Então acho que a gente acaba fazendo esses dois papéis e talvez parte dos conflitos surja daí inclusive porque os profissionais muitas vezes identificam na gente a escuta possível e acabam trazendo a demanda que formalmente foge da governabilidade prevista formalmente da supervisão acadêmica. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Nessa perspectiva, identificou-se que a falta de governabilidade da supervisão acadêmica, em solucionar as demandas gerenciais e/ou a dificuldade em articular essas demandas com o Ministério da Saúde, culmina em um desinteresse dos médicos em relação à supervisão acadêmica.

Na supervisão, a gente não tem autonomia de quase nada, isso é ruim, e quem já está há mais tempo já percebeu que a gente não resolve quase nada, então a gente precisa muito que eles estejam a fim de no final das contas nos encontrar, entendeu, então eu acho que isso é ruim. [...] Então eu vejo que os médicos brasileiros eles são mais independentes da supervisão, eles chegam na supervisão mais para fazer queixas, não estão muito interessados em melhorar nada porque o sistema é o sistema de casa, então eles têm mais liberdade e menos interesse, então a gente tem que ficar mais atrás, correndo atrás deles. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Contraditoriamente, houve relatos que consideraram essa questão como um facilitador para execução da supervisão acadêmica.

[...] Por outro lado, no esvaziamento do lugar do governo federal para a gestão disso, que até agora está retomando aos poucos, mas ainda é um esvaziamento proporcional muito grande, ficou abandonada no sentido “não tem a quem se referir”, isso acaba sendo uma facilidade, contraditoriamente, porque o supervisor é o interlocutor, então há uma atratividade positiva, porque eu vou aproveitar o que eu tenho, se eu tenho ali o supervisor vou ali perguntar para ele tudo. “Quero tirar férias, como é que eu faço mesmo?”, em tese não seria comigo isso, a gente troca essa ideia, ajuda a processar isso na forma de uma escuta, e quando mais tem esse perfil de proximidade com a atenção primária, com problemas da rede etc., o supervisor tem mais capacidade de fazer essa interlocução, ele tem, então isso é um facilitador, diria assim. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Na modalidade de supervisão *in loco*, os supervisores identificaram como potencialidade a possibilidade de ter a equipe de saúde e os usuários dos serviços como interlocutores para a construção do conteúdo pedagógico a ser trabalhado com os médicos. O próprio processo de supervisão revelava a prática do médico no programa.

Eu me organizava para cada mês ter um momento com algumas equipes, é uma potencialidade porque para mim é importante entender como eles estão vendo os médicos, converso também com os usuários, com a farmácia para saber qual tipo de medicação o médico anda prescrevendo, se o médico está se queixando da falta de medicamento. (Entrevista cedida por S9, 2021)

Na modalidade *in loco* era uma facilidade poder visualizar o dia a dia deles, sabe, organização mesmo de sala de espera, porque é isso que eu fazia quando ia nas unidades acho que era bem mais útil, era bem mais produtivo porque a gente começava a dar umas ideias e trazer algumas sugestões mesmo, baseado no que a gente já viveu no programa de saúde da família, é diferente você não estar vendo o dia a dia deles. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Na supervisão anterior a facilidade era você estar ali presencialmente vivenciando, 50 minutos, uma hora que seja, com os profissionais da unidade, enfermeiro, com o dentista, com todos os profissionais, conseguia conversar com os gestores pessoalmente, e isso facilitava entender como que estava o processo de trabalho do médico, acho que essa era a grande vantagem da supervisão presencial. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Quanto na modalidade longitudinal, os supervisores identificaram como potencialidade a facilidade de realizar a supervisão de forma remota e coletiva com os supervisionados, o que implica em ampliar a discussão dos casos e temas, com a possibilidade de participação de convidados especialistas. Além disso, o fato de não estarem na unidade de saúde durante a supervisão permite que o médico esteja mais disponível para o espaço.

Na modalidade longitudinal, a maior vantagem é fazer a supervisão sem precisar estar se deslocando neste momento, acho que seria a maior facilidade. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Sobre a supervisão longitudinal, os médicos têm ressaltado o quanto eles têm gostado porque a gente tem conseguido compartilhar experiências. (Entrevista cedida por S12, 2021)

A potencialidade é exatamente essa, você poder estar próximo ao médico, poder contribuir à educação e ao trabalho você consegue nesse tipo de supervisão. Diferente da supervisão presencial, onde você tem muito pouco tempo, você tem que visitar vários médicos, e tal, e nem sempre você consegue usar um tema para você conseguir discutir, conversar, e tal, às vezes a equipe ou até mesmo os usuários interrompem a supervisão, reclamam da demora para o atendimento, o médico não se concentra na supervisão. (Entrevista cedida por S6, 2021)

Outra facilidade que a gente está vivendo na supervisão virtual é poder convidar colegas médicos especialistas para estarem administrando alguns temas, acabam dando a visão do especialista, acabam aprofundando bastante sobre alguns temas, essa é uma facilidade da supervisão longitudinal. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Quando era presencial apesar de eu marcar eu chegava e muitas vezes a unidade estava lotada, eu ficava esperando, os pacientes reclamavam. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Entre os entrevistados, são pontos que dificultam a execução da supervisão acadêmica: a obrigatoriedade em ser supervisionado; o deslocamento para municípios distantes; a resistência dos médicos em relação à avaliação de suas condutas técnicas; as fragilidades em relação à comunicação e aos encaminhamentos da coordenação estadual e/ou nacional em relação à inabilidade técnica e descumprimento de regras do programa por parte do médico.

Em contrapartida, o depoimento dos supervisores revela que a possibilidade de incluir as equipes na execução da supervisão na modalidade *in loco* é um facilitador, pois favorece a discussão de casos e temas entre a equipe, o que na supervisão longitudinal é favorecido por ser realizado coletivamente. A possibilidade de convidar especialistas para debater os temas propostos também foram indicados como facilitadores. O Quadro 2 sumariza as principais facilidades e dificuldades encontradas pelos supervisores do Programa na prática de supervisão

As evidências produzidas nesse trabalho apontaram que, durante o período em que as supervisões eram realizadas *in loco*, os temas relacionados ao processo de trabalho (articulação com dispositivos da rede, Projeto Terapêutico Singular, discussão sobre gestão da clínica, etc),

ao regramento do programa (carga horária exigida, pagamento de pecúnia por parte do gestor municipal, etc) e relacionados às atividades dos ciclos formativos eram mais recorrentes entre os médicos brasileiros diplomados em escolas médicas no Brasil.

Quadro 2 – Facilidades e dificuldades encontradas nas práticas de supervisão do PMMB

FACILIDADES	DIFICULDADES
1- Discussão com a equipe de saúde e os usuários dos serviços para a construção do conteúdo pedagógico a ser trabalhado com os médicos (na modalidade de supervisão <i>in loco</i>) 2- Realização da supervisão de forma remota e coletiva com os supervisionados (na modalidade <i>longitudinal</i>); 3- A possibilidade de convidar especialistas para debater os temas propostos (na modalidade <i>longitudinal</i>);	4- Compulsoriedade da supervisão acadêmica; 5- Deslocamento dos supervisores para municípios de difícil acesso; 6- Confluência de agenda entre os supervisores e supervisionados; 7- Corporativismo médico 8- Não discussão com a equipe o processo de trabalho no território (na modalidade <i>longitudinal</i>) 9- Passividade dos médicos durante a supervisão (modalidade <i>longitudinal</i>) 10- Ausência de retorno quanto aos encaminhamentos/ notificações dos supervisores para as coordenações estadual e federal; 11- Não governabilidade dos supervisores em gerenciar questões administrativas; 12- Fragilidade na comunicação entre os médicos participantes do programa e as referências técnicas do Ministério da Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

5.4 A INTEGRAÇÃO ENSINO EM SERVIÇO E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA DA SUPERVISÃO ACADÊMICA

Os dados produzidos pelo trabalho revelam diferentes compreensões acerca da integração ensino-serviço e sua relação com a prática da supervisão acadêmica. Alguns atores relacionaram a supervisão acadêmica à uma estratégia potente para integração de componentes teóricos e a prática no campo do trabalho, apontando a possibilidade de integrar questões além da atualização dos profissionais em relação aos temas clínicos.

A supervisão acadêmica não fica só dentro do consultório médico, a gente tem sempre tentado dialogar com a equipe [...] então eu acho que o lugar da supervisão é muito lugar do amarrar disso, sabe, do alinhar isso, dessa integração, porque estar por dentro de uma instituição supervisora a gente vai ter reuniões com os demais supervisores, a gente vai debater temas clínicos, a gente vai debater processo de ensino aprendizagem, como é que a gente vai fazer isso e tal nas supervisões, mas a gente está também no território [...] para também se afetar nesse campo. Então eu acho que esse lugar da supervisão acadêmica seja um pouco desse campo alinhado da integração ensino e serviço. (Entrevista cedida por S5, 2021)

É isso o que a gente faz na verdade, a supervisão acadêmica ela faz, tenta fazer, a integração ensino e serviço, que é trazer atualização para as unidades de saúde [...] e eu acho bem importante porque até motiva os profissionais para estarem estudando sempre, para estarem se atualizando, e trazendo o melhor para seu paciente e sua comunidade. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Acho que pensar integração entre formação, entre a área da educação e o serviço, da atenção à saúde, é se dedicar centralmente a dar coerência ao que é teoria abstrata da medicina e a prática da medicina, da teoria do setor saúde e a prática do setor saúde [...] (Entrevista cedida por S7, 2021)

No entanto, alguns supervisores demonstraram incompreensão acerca do tema, uma vez que não tinham uma compreensão conceitual sobre a integração ensino-serviço. Como foi perceptível na fala de S2: “Não sei responder essa pergunta, não consigo identificar no meu trabalho”, assim como não identificavam em seu processo de trabalho o objetivo de suscitar a integração ensino-serviço.

Minha compreensão é que a gente deveria ter mais atividade didática. A gente tinha aqueles encontros locorregionais que eram mais uma encheção de saco, conteúdo prático mesmo era pouco, deveria ter mais atividades assim acadêmicas, de ensino, de reunir grupos assim para abordar um tema. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Os supervisionados estudam aquilo que lhes interessa, uma demanda espontânea, então vamos dizer, cumpra as atividades de ensino porque são obrigatórias [...] E como o que eles ensinam é somente para eles, não é algo para a equipe, eles não se organizam como equipe, então eu não sei se o enfermeiro e os outros profissionais de acordo com aquilo que eles aprendem se eles conseguem implementar, à mim não parece que consigam pelo próprio sistema, eu acho que eles têm uma dificuldade, procuram ali aquele livro, mas acho que isso não se transforma em uma coisa maior. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Em relação ao apoio do planejamento e execução dos projetos de intervenção do curso de especialização realizados pelos médicos participantes, as informações produzidas indicam que os ciclos formativos em linhas gerais não são temas trabalhados na execução da supervisão acadêmica com vistas a fortalecer a integração ensino-serviço. Na maioria dos casos, os ciclos formativos foram discutidos na perspectiva do cumprimento da carga horária, do acesso à plataforma e da sua obrigatoriedade da execução.

Acho que a gente ainda tem muita distância entre a supervisão acadêmica e as outras ofertas de educação permanente, entre o primeiro e segundo ciclos formativos, acho que são mundos à parte, as pessoas podem fazer uma excelente especialização, um excelente primeiro ciclo formativo ou um péssimo ciclo formativo e o supervisor não ter a mínima ideia se ele está indo muito bem ou se ele está indo muito mal. [...] essa interlocução dos ciclos formativos com os supervisores só acontecem com pontuações do tipo “cobra lá que ele tem que fazer o TCC”, ou “cobra lá que ele não se matriculou ainda”, [...] para cobrar as questões administrativas aqui, para dar conta do curso, nunca uma troca de fato, tanto que acho que o primeiro e segundo ciclos formativos tem potências, tem ferramentas, que se eles povoassem as dinâmicas ali das supervisões, da dinâmica do processo de acompanhamento das supervisões, dos

médicos do Mais Médicos, eu acho que seriam ferramentas importantes. (Entrevista cedida por S7, 2021)

De forma geral, a análise dos dados indicou que as diferentes concepções da integração ensino e serviço implicam em diferentes relações entre a prática da supervisão acadêmica e o fortalecimento dessa integração. Nessa perspectiva, pode-se apreender que os supervisores que se aproximam da compreensão conceitual da integração ensino-serviço tendem a identificar recursos no cotidiano da prática do médico supervisionado (processo de trabalho, características epidemiológicas da população adscrita, ciclos formativos etc.) para construir um itinerário pedagógico com vistas a fortalecer a integração ensino-serviço.

5.5 DIMENSÕES DA PRÁTICA DA SUPERVISÃO ACADÊMICA

No presente trabalho, como apresentado anteriormente, tomou-se como referência três dimensões que caracterizam a prática da supervisão acadêmica, como imagem-objetivo para uma prática coerente com a proposição do Programa, visando o seu desenvolvimento e a sua qualificação: a dimensão pedagógica, a dimensão gerencial e a dimensão política.

5.5.1 Dimensão pedagógica

A dimensão pedagógica da prática de supervisão acadêmica se relaciona às ações de qualificação da gestão do cuidado e da atenção à saúde, a partir da reflexão das ações e dos serviços. A principal expectativa é de que essa dimensão possa contribuir com a qualificação das práticas e dos processos de trabalho dos médicos na atenção primária à saúde. E, por conseguinte, promover mudanças na situação de saúde dos territórios de trabalho dos médicos e nos serviços, qualificando a atenção à saúde.

Nessa perspectiva, pode-se observar através do cotejamento dos dados analisados que a vivência dos médicos é, em alguns momentos, singularizada com vistas ao fortalecimento de habilidades e competências necessárias para o desenvolvimento das ações e qualificação da Atenção Básica, a partir da demanda do território de atuação do médico supervisionado. Observou-se que na supervisão *in loco*, mesmo realizado individualmente, havia, na maioria das vezes, um esforço em unificar o conteúdo pedagógico entre todos os médicos, independente das características do território.

Quando era supervisão *in loco* eu geralmente fazia um tema em comum, excepcionalmente quando eu chegava na reunião e aí surgia alguma dúvida, algum caso específico que o médico teve dificuldade, que o médico está tendo dificuldade,

aí a gente discutia aquele caso. Mas o tema base era um tema em comum para todos, mais de 90% das vezes era um tema em comum, a exceção era quando tinha uma dúvida específica que o médico teve. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Na época da supervisão *in loco* eu tentava achar um tema que contemplasse a todos, mas às vezes tinham particularidades que estava pegando mais em algumas unidades, daí era mais pontual em algumas unidades, mas na maioria das vezes eu tentava direcionar um tema. (Entrevista cedida por S1, 2021)

As mudanças proporcionadas pela pandemia de covid-19 trouxeram modificações para as práticas de supervisão acadêmica do PMM. O estudo mostra que, durante a execução da modalidade de supervisão *in loco*, identificou-se a abordagem dos temas relacionados aos problemas identificados no desenvolvimento do processo de trabalho dos médicos como, também, aspectos relacionados ao cumprimento das regras do Programa durante as atividades educativas. Destacam-se nos depoimentos os temas relacionados à Clínica Médica como temas centrais para o aperfeiçoamento das ações na Atenção Básica. Contudo, também se observa que alguns supervisores priorizavam o tema clínico entre intercambistas individuais, médicos cooperados e médicos brasileiros formados no exterior.

As evidências produzidas indicam que os ciclos formativos, em linhas gerais, não são temas trabalhados na execução da supervisão acadêmica com vistas a fortalecer a integração do componente teórico acerca da medicina de família e comunidade à prática no serviço. Foram discutidos apenas na perspectiva do cumprimento da carga horária, do acesso à plataforma e da sua obrigatoriedade da execução, circunscrevendo a supervisão como uma prática administrativa relacionada a uma dimensão gerencial. Diante disso, pode-se observar que os supervisores que têm uma inserção pedagógica, além da supervisão acadêmica, produziram mais sentido em relação à integração ensino-serviço e, sobretudo, identificaram a relação dessa integração com o processo de trabalho no PMMB.

[...] é um programa que tem algumas peculiaridades, como em relação ao vínculo empregatício, médicos que são bolsistas então sempre tem dúvidas em respeito à folga, à feriado, se precisam fazer as 8 horas de estudo no curso da Unasus ou se podem fazer outra especialização [...]. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Essa interlocução dos eixos formativos com os supervisores só acontecem com pontuações do tipo “cobra lá que ele tem que fazer o TCC”, ou “cobra lá que ele não se matriculou ainda”, só enquanto apoio para cobrar as questões administrativas, para dar conta do curso [...] Eu acho que o primeiro e segundo ciclos formativos tem potências, tem ferramentas, que se eles povoassem as dinâmicas ali das supervisões, da dinâmica do processo de acompanhamento das supervisões, dos médicos do Mais Médicos, eu acho que seriam ferramentas importantes, seriam ferramentas boas. O que me impede de fazer uma supervisão centrada em um dos cursos do UNASUS? Nada impede, agora com que frequência isso acontece? É tão óbvio, mas eu acho que nunca vi, [...] o dia a dia do trabalho da supervisão poderia ser reiterar, problematizar,

ênfatizar, criticar, qualificar, contribuir, construir se for o caso as ofertas formativas que já estão ali presentes. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Eu acho que é raro por exemplo a gente valorizar os tccs dos supervisionados, que os médicos fizeram na especialização, a gente poderia usar o trabalho que eles fizeram para ter uma consequência depois de feito, para ter troca entre o que ele fez e que os outros, mas isso acaba se perdendo no dia a dia. (Entrevista cedida por S11, 2021)

A análise dos dados revela que os encontros de Educação Permanente para qualificação da supervisão acadêmica, sob coordenação do tutor acadêmico, ocorrem de forma pontual entre alguns grupos de tutoria e supervisão.

Agora a gente se reúne bimensalmente, quando era presencial era todo mês. E aí tem o espaço de educação permanente que tanto pode ser algo mais clínico, dessa coisa mais da prática médica, e tem uma parte mais de refletir sobre o nosso processo de trabalho e sobre o processo de trabalho dos médicos supervisionados e das equipes. E sobre o fazer a supervisão, por exemplo foi no grupo de supervisores que nós discutimos sobre espiral de conhecimento que foi algo que eu não vivenciei na universidade, por exemplo, sendo docente. [...] então eu acho que esses encontros têm sido fundamentais para a gente pensar sobre metodologias ativas também, depois que a gente entrou nessa metodologia EAD é algo que a gente tem refletido muito sobre como empolgar a galera para estudar, como a gente se empolga também nesse processo. (Entrevista cedida por S5, 2021)

O espaço que existe é a nossa reunião, eu acho que sim, essas reuniões fazem com que a gente reflita sobre o que estamos fazendo, escutamos as ideias de outros supervisores, até aprendemos outros métodos de trabalho, por isso acho que é importante essas reuniões nossa, que trazem esse tipo de integração. Eu acho que é útil nesse sentido, de a gente poder trocar e aperfeiçoar a prática da supervisão a partir de outras ideias, incorporar outras ideias, outros paradigmas. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Observou-se que, devido à restrição dos encontros presenciais por parte da coordenação do MEC e devido à pandemia da *COVID-19*, alguns grupos de tutores e supervisores passaram a não realizar estes encontros.

Depois da pandemia a gente não teve mais encontros de supervisores, antes a gente tinha de 3 em 3 meses, no dia da localregional, que era o que a gente conseguia organizar [...]. Não ter o encontro para mim não impacta, mas acredito que para o restante impacta não ter essa formação acadêmica [...] eu acho importante realmente ter, até por essa questão dos temas para a gente trabalhar com o supervisor. (Entrevista cedida por S1, 2021)

Eu não sei por que nós não temos reunião assim como nós estamos tendo com a própria tutoria, porque nunca tem. Da mesma forma que a gente faz com os supervisionados deveria ter também, né? Antes da pandemia praticamente de três em três meses a gente se encontrava presencialmente, eu lembro que inicialmente nem era tão frequente, depois aumentou essa frequência, mesmo com os alunos, quer dizer, com os supervisionados, ao final das atividades com os supervisionados eles saíam, e nós ficávamos para cumprir algumas atividades. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Eu acho que poderia existir mais, sabe, não existe assim um calendário de reuniões, uma agenda programada de encontros, a não ser quando tinham os encontros

locorregionais, mas tirando isso a gente não tem assim esses espaços de discussões periódicos sobre esses problemas que a gente está encontrando com nossos supervisionados, é mais resolução de problemas, eu vejo assim, que é muito útil para resolução de problema, mas a gente não tem não uma agenda de reuniões não. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Eu conto nos dedos se existiram esses espaços, acho que tem poucas ofertas nesse sentido. Eu acho que os maiores momentos em que isso aconteceu, não é porque você está aqui, mas por conta da sua presença, pela capacidade que você teve em alguns momentos em problematizar questões, e acho que inclusive com mais gás em alguns momentos e depois com menos gás em outros momentos, até pela dinâmica das reuniões de tutores e supervisores que acho também que tem muito da natureza do relatório, meio que de formalização, esse é um espaço que a gente tem que fazer e não necessariamente porque ele é um espaço de grande riqueza [...] (Entrevista cedida por S7, 2021)

Não, não, não temos esses encontros para educação permanente, a gente fica como um mero fiscal que fica discutindo, vendo se tem alguma dúvida, se tem alguma dificuldade na conduta, vai na gestão quando tem algum atraso de bolsa (Entrevista cedida por S10, 2021)

Nessa perspectiva, os supervisores relataram que a única relação com a Instituição Supervisora (IS) em que estão vinculados é através do tutor e que não identificam uma identidade da supervisão acadêmica atrelada com a IS. Revelam, ainda, que muitos médicos não sabem qual a IS em que estão vinculados.

Eu acho que não existe uma identidade enquanto representação da IS. A minha identidade é a minha e não da instituição, se você conversar com todos os supervisores verá dez supervisões completamente diferentes entre si. Eles sabem que eu sou vinculada à instituição, que tem a tutoria, mas objetivamente não [...] para eles eu sou do ministério da saúde, vamos dizer assim, não a IS, eles entendem assim, mesmo que eu fale “não, eu sou o MEC, sou da IS. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Não acredito que haja uma identidade dos supervisores enquanto representantes da IS, depois que começou a pandemia a gente não se encontra tanto, entre os supervisores nós tínhamos encontros em que juntávamos todos os supervisores a cada três meses, nesse momento a gente não tem mais, eu não tenho o contato com eles, com os outros supervisores, mas não parece a identidade da IS como um todo não. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Não me vejo como parte da IS. Não sei se é pelo fato de a gente atuar fora da instituição, não frequentar a instituição, mas pessoalmente não me vejo como um ator atuante pela própria IS, entendeu? Eu me vejo mais como um ator participante do nosso núcleo de supervisores, tanto dos supervisores, e também com nossa tutora, mas não necessariamente com a IS, não me vejo ligado a ela não. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Eu acho que a maior parte dos supervisores se você perguntar se ele é da IS eles nem saberão dizer que são. Para mim não, tem pouquíssima ou quase nenhuma identificação com a instituição supervisora. Talvez se fosse uma universidade isso poderia ser diferente, não sei, mas acho que na natureza do processo de trabalho da supervisão a gente tem muito pouco interlocução com representações da instituição, né, que é instituição supervisora. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Os dados analisados apontam que a execução de espaços de educação permanente para a atuação como supervisor não é privilegiada por alguns grupos de tutoria e supervisão. Nesse sentido, os supervisores, de modo geral, não visualizam identidade do grupo com a instituição supervisora. O Quadro 3 apresenta os aspectos relacionados às três dimensões estudadas da supervisão acadêmica, conforme prática de supervisão desenvolvida pelos supervisores do estudo.

Quadro 3 – Análise da dimensão pedagógica da supervisão acadêmica de acordo com os supervisores que participaram do estudo.

CRITÉRIOS/ SUPERVISORES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Discute temas clínicos com diálogo com a APS	X		X		X	X	X	X	X		X	X
Discute temas clínicos apenas na perspectiva biomédica com apoio de especialistas.		X		X						X		
Encaminha material bibliográfico e/ou outros materiais de apoio.	X		X		X		X	X	X		X	
Discute os temas dos ciclos formativos									X		X	X
Utiliza protocolos e cadernos da AB como material de apoio	X		X		X	X	X	X	X		X	X
Na modalidade de supervisão <i>in loco</i> discute o processo de trabalho com a equipe e com os usuários do serviço			X		X		X	X	X		X	
Realiza interconsulta na unidade de saúde ou em visita domiciliar, faz revisão de prontuário					X		X		X		X	X
Compreende a supervisão como componente pedagógico de integração ensino e serviço	X		X		X	X	X		X		X	X
Compreende a supervisão como fiscalização e não como processo pedagógico		X		X				X		X		

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com os critérios estabelecidos para análise da dimensão pedagógica da supervisão, nota-se que nenhum supervisor estudado aborda todos os critérios estabelecidos. Observa-se que dentre eles há alguns atores que centralizam a discussão de temas clínicos apenas na perspectiva biomédica com apoio de especialistas. Apesar da maior parte dos supervisores referirem encaminhar material de apoio para os supervisionados, há conflito entre os dados coletados nas entrevistas e os dados extraídos nos relatórios de supervisão, o que reforça o caráter protocolar do relatório de supervisão. A maioria dos supervisores participantes da pesquisa compreende a supervisão como componente pedagógico de integração ensino-serviço.

5.5.2 Dimensão gerencial

A dimensão gerencial da prática de supervisão acadêmica incorpora elementos da supervisão enquanto estratégia de “convisão” (NUNES, 2008), identificando práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho na produção do cuidado. O cotejamento dos dados permitiu observar, em relação à dimensão gerencial da supervisão acadêmica, diferentes compreensões sobre a *práxis* da medicina de família e comunidade, sobre a APS e sobre as diretrizes do SUS. Alguns entrevistados reforçaram em suas narrativas a importância da formação do supervisor em especialidades que dialogam com o exercício do médico supervisionado na APS.

Acho que faz muita diferença se o supervisor é médico de família, eu acredito que a supervisão deveria ser apenas com médico de família, deveria ser pré-requisito pois seria mais eficiente. Não é que eu ache que eu seja mais eficiente do que os outros não, mas eu tive mais condição de entender qual é o contexto da atenção primária, então às vezes eles não sabem coisas que são desde como organizar a agenda, como trabalhar alguma questão de algum programa, de organização de equipe. A medicina de família é uma especialidade, e como ele está lá deveria fazer um curso de especialização, também sair especialista em saúde da família, eu acho muito importante essa diferença. (Entrevista cedida por S1, 2021)

Eu vejo como problemático o supervisor sem formação, tem alguns supervisores que não tem formação em medicina de família e comunidade, ou com formação em saúde pública. Tem uma certa frequência de supervisores sem formação para isso, e se tratando de um objeto que tem suas competências delimitadas, tem suas competências específicas, que não se confunde pelo fato de ser básico, de ser primário, com competências de outras áreas, mesmo alguns temas sendo universais, acho que esse é um fator que implica na supervisão acadêmica. Um outro fator importante, é como no meu caso, o fato de ser professor da universidade, porque eu consigo considerar as minhas atividades como supervisor como minhas atividades do lugar de docente. (S7)

Quando comecei a fazer a supervisão eu já tinha um jeito de fazer, que está ligado ao meu processo como médica de família e comunidade, que acredito ser fundamental para o meu trabalho. (Entrevista cedida por S11, 2021)

O relato dos entrevistados revela que, nas IES, há distintas organizações do processo de trabalho entre supervisores e tutores. Alguns tutores fazem reuniões periódicas para planejamento das atividades, discussão e educação permanente dos supervisores. Outros relatos indicam a inexistência desses espaços, onde a comunicação com o tutor é estabelecida via telefônica e/ou apenas através do relatório de supervisão.

A gente se reúne bimensalmente, quando era presencial era todo mês. E aí tem o espaço de educação permanente que tanto pode ser algo mais clínico, dessa coisa mais da prática médica, e tem uma parte mais de refletir sobre o nosso processo de trabalho e sobre o processo de trabalho dos médicos supervisionados e das equipes. E sobre o fazer a supervisão, por exemplo foi no grupo de supervisores que nós discutimos sobre espiral construtivista que foi algo que eu não vivenciei na universidade, por exemplo, sendo docente. Então a gente se debruça sobre isso, no processo de ensino-aprendizagem de adultos, nesse lugar que é de supervisão e que nenhum de nós tem formação em pedagogia, então eu acho que esses encontros têm sido fundamentais para a gente pensar sobre metodologias ativas também, depois que a gente entrou nessa metodologia EAD é algo que a gente tem refletido muito. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Eu tenho o contato com o tutor quando eu tenho alguma dificuldade, quando aparece algum problema que me foi demandado, e aí eu ligo para ele, mando e-mail, aí ele me orienta e eu repasso, mas fora isso não. Eu não sei por que nós não temos reunião assim a própria tutoria, porque nunca tem. Da mesma forma que a gente faz com os supervisionados deveria ter também. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Talvez eu seja a supervisora que mais tenho esse contato direto com o tutor porque eu também trabalho na universidade, então eu me sinto muito bem representada por ele como meu tutor. Depois da pandemia a gente não teve mais encontros de supervisores, antes a gente tinha de 3 em 3 meses, no dia da localregional, que era o que a gente conseguia organizar. Não ter o encontro para mim não impacta, mas acredito que para o restante impacta, até por não terem essa formação acadêmica, até por essa questão dos temas para a gente trabalhar com o supervisor. (Entrevista cedida por S1, 2021)

Eu conto nos dedos se existiram esses espaços, acho que tem poucas ofertas nesse sentido. E o que isso reflete é na existência de supervisores com um perfil muito distante da atenção primária e que durante meses de supervisão, anos, às vezes, de supervisão, não mudava nada, as ênfases continuavam sendo as mesmas, as moléculas que produzem determinada reação orgânica e a molécula a que vai se transformar na molécula b, e nada de SUS, nada de atenção primária, nada de medicina de família e comunidade e nada da prática das unidades de saúde da família. Portanto, altamente questionável enquanto supervisor do PMMB. (Entrevista cedida por S7, 2021)

A análise dos dados permitiu ainda apreender fragilidades no registro das atividades mensais no relatório de supervisão.

O relatório traz uma ideia do que foi discutido, do que foi trabalhado, ele pergunta o tema discutido, mas não detalha sobre a discussão, sobre o resultado daquela discussão, sugestões sobre aquele tema discutido, mesmo porque eu não sei se o ministério irá utilizar esses elementos. [...] Na questão sobre se há alguma informação que o tutor precisa saber aí que pontuo sobre as dificuldades com a gestão, com os ciclos formativos, sobre a insatisfação dos médicos, etc. (Entrevista cedida por S9, 2021)

Eu acho aquele relatório chato, que não corresponde à realidade, ele é muito protocolar [...] as perguntas são muito imprecisas. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Eu tenho impressão, Eliana, que o relatório ele não consegue mensurar a supervisão, mensurar o trabalho que a gente tem feito, mas eu tenho muita dificuldade em entender como é que eu posso transferir todo esse processo e essas reflexões para campos muito específicos do relatório. Eu entendo que precisa ter um certo pragmatismo ali porque não são não sei quantos mil médicos e supervisores e tal, e não tem como dar conta de tudo, mas eu acho que nosso trabalho e o resultado dele, dessas trocas e desses diálogos, eles vão muito para além sabe do que a gente consegue mostrar no relatório. (Entrevista cedida por S5, 2021)

O relatório eu acho ruim, repetitivo, sei lá, pergunta umas coisas que não tem nada a ver e eu acho que na verdade não diz muita coisa sobre a supervisão. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Eu não vejo muito lugar no relatório para a gente descrever a relação que a gente tem com os supervisionados. Tem umas coisas mecânicas lá no relatório que meio que se repetem, são coisas que não mudam, e a gente mesmo assim tem que estar lá inserindo a mesma informação que eu acho meio desnecessário e se a nossa supervisão é acadêmica só tem uma pequena parte do relatório que é para gente falar sobre a supervisão acadêmica em si, né, o resto é mais dados operacionais, [...] precisa melhorar aquele relatório para a gente ter mais espaço para escrever realmente o que aconteceu, o que realmente representou a supervisão, quanto que teve relevância no que a gente trouxe para o dia a dia na unidade de saúde, essa devolutiva eu não vejo espaço para a gente falar dela lá no relatório, então fica meio que unilateral a coisa, a gente discutiu sobre isso, a gente apresentou isso, e depois? (Entrevista cedida por S3, 2021)

Esse relatório longitudinal ele empobrece muito, ele apenas fala da participação do médico, das questões ali quase pontuais. Então não dá margem para colocar situações outras, mas tem duas ou três questões que a gente poderia dissecar um pouco mais. Geralmente não sei se é porque eu faço no último dia, mas eu tenho colocado somente o essencial para todos os médicos de forma muito igual. O relatório traz uma ideia do que foi discutido, do que foi trabalhado, mas ele não detalha, ele pergunta o tema discutido, mas não detalha sobre a discussão, sobre o resultado daquela discussão, sugestões sobre aquele tema discutido, mesmo porque eu não sei se o ministério irá utilizar desses elementos. Às vezes me pergunto se eu deveria me estender mais sobre o que foi discutido, mas reflito sobre qual vai ser a utilidade disso. (Entrevista cedida por S9, 2021)

A análise dos relatórios de supervisão indicou que o registro de eventos no território que precisam ser comunicados ao tutor são pontuais, versam sobre não cumprimento do regramento do programa por parte dos gestores com o não pagamento da pecúnia e, em relação aos médicos, os registros indicam o não cumprimento da carga horária e a inabilidade técnica. Não há registros sobre os encaminhamentos realizados para esses casos

e seus desdobramentos. Alguns supervisores relatam não fazerem mais esses registros nos relatórios pois não identificam encaminhamentos a partir disso.

E eu acho que o relatório relata 1%, 2%, do que é a atividade em si. Tanto que meus relatórios mês a mês são praticamente os mesmos. [...] Eu já fiz o contrário, já gastei tempo com relatório, no começo lá em 2017, os relatórios eram muito singulares, muito diferentes, mês a mês, inclusive eu já relatei problemas importantes e vi que não tinha valor de uso nenhum. Me decepcionei fortemente com isso. De várias vezes botar que o médico está sendo maravilhoso, que ele deveria receber a medalha de honra da nação etc., ou dizer que ele é um assassino em série, quase não tem efeito na prática. A sensação que eu tinha era essa, na prática não se desdobrava. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Já vivi uma situação em que o colega era um profissional péssimo, mas que era impossível tirá-lo da supervisão, entendeu, mesmo você apontando no relatório as falhas de conduta, falhas de tratamento, de diagnóstico, entendeu, e não consegui ver desdobramento. (Entrevista cedida por S10, 2021)

Eu confesso que conforme você vai trabalhando, você vai diminuindo a rigurosidade de colocar tudo o que está acontecendo no relatório. Porque você acaba se desestimulando, antes todos os problemas que eu identificava eu colocava no relatório, mas fui percebendo que o que eu colocava no relatório não era relevante para transformar aquele processo de trabalho. Então, por exemplo, a minha intervenção direta era muito mais importante do que o relatório em si, então hoje meu relatório contém as informações básicas do ponto de vista do processo de trabalho. (Entrevista cedida por S11, 2021)

Na parte em que você relata sobre os problemas que os profissionais estão tendo, e alguns estão tendo problemas muito sérios em relação às suas equipes [...] é comunicado no formulário e informado como ocorrência grave para o tutor. Mas aparentemente parece que isso não gera nenhum tipo de providência. (Entrevista cedida por S6, 2021)

Entre os relatos, pode-se observar que alguns supervisores estabelecem uma relação cooperativista com os supervisionados, já que, apesar de identificar descumprimento das regras do Programa, principalmente em relação ao cumprimento de carga horária, não encaminham essas questões para a coordenação estadual e não registram nos relatórios.

Quando eu percebo que o médico não está cumprindo a carga horária, dá plantão no dia de estudo, ou não é muito aberto para fazer algumas atividades sem ser a clínica em si, eu não encaminho essa demanda não, eu falo “olha, você é um colega, eu não vou interferir nas suas condutas, mas eu faria assim, por esse motivo”, agora eu não vou fazer nada para correr o risco de um lugar com tão pouco recurso, ficar sem o profissional, um lugar tão difícil de ter médicos, não vou prejudicar o colega [...]. (Entrevista cedida por S2, 2021)

A análise dos dados revelou que a dimensão gerencial é privilegiada na prática de supervisão acadêmica, o que dialoga com a concepção de fiscalização que os profissionais relacionam ao seu papel.

Quadro 4 – Análise da dimensão gerencial de acordo com os supervisores que participaram do estudo

CRITÉRIOS/ SUPERVISORES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Identifica e discute com médicos e gestores as inconsistências em relação ao cumprimento do regramento do programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informa no relatório de supervisão as inconsistências identificadas				X		X	X					
Faz discussão quanto ao processo de trabalho (agenda, acolhimento, gestão da agenda, etc)	X		X		X	X	X	X	X		X	X

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com os critérios estabelecidos para análise da dimensão gerencial da supervisão, nota-se que nenhum supervisor aborda todos os critérios estabelecidos. Observa-se, também, que apesar de os supervisores identificarem e discutirem com médicos e gestores as inconsistências em relação ao cumprimento do regramento do programa, a maioria não relata essas situações nos relatórios de supervisão e/ou reporta a situação ao tutor acadêmico. A maioria dos atores discute o processo de trabalho na prática da supervisão acadêmica.

5.5.3 Dimensão política

A dimensão política da prática da supervisão acadêmica revela a implicação dos supervisores com os propósitos políticos e democráticos do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O cotejamento das entrevistas permitiu apreender que, em linhas gerais, os supervisores consideram sua prática relevante para o PMMB e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS.

O SUS não é só a atenção primária, ele é sobretudo a atenção primária, que é a porta de entrada para o sistema. O SUS traz outros elementos de grande importância, de complexidades diferentes, que permite estar com o paciente em todos os níveis necessários para o seu tratamento. Então eu vejo que a atenção primária é a porta de entrada desse grande sistema, mas se faz necessário trabalhar todos os níveis de complexidade desse sistema. Pelo PMMB podemos dizer até que nível é possível se trabalhar com esse programa? Eu acho que em todos os níveis, na medida em que basicamente se trabalha com a atenção primária, mas que se faz essa informação para um outro serviço, com outra complexidade, e se tenha a resposta para dar continuidade ao tratamento. Então mesmo que o médico não esteja relacionado à média e alta complexidade, ele faz uma atenção de acompanhar os pacientes em diferentes níveis. Eu diria que a supervisão fortalece o SUS primeiramente na formação do próprio médico, a supervisão acadêmica é importante para acompanhar, levar as informações e refletir sobre as necessidades do aprendizado a partir do que está sendo demandado pela comunidade. (Entrevista cedida por S9, 2021)

O que a gente está fazendo aqui é atendimento na atenção básica, a gente é porta de entrada e faz todo esse debate, toda essa defesa por dentro do SUS [...] Eu acho que é isso, quando a gente reforça tudo isso que a gente acredita, né, ideologicamente que a gente acredita que é a base do nosso SUS, a integralidade, a universalidade, enfim, todas essas características, esses preceitos do SUS, e que a gente tenta ao máximo trazer para a construção do dia a dia na unidade de saúde, no atendimento daquele médico [...] então o próprio entendimento da organização do que é saúde pública, enfim, de como é que a gente vai gerir recursos, eu acho que é algo que perpassa muito a supervisão e que eu acho que é menor na micropolítica e de uma forma mais expandida é defender o SUS, é concretizar esse SUS que a gente pratica na unidade de saúde da família. (Entrevista cedida por S5, 2021)

Acredito que a APS dentro do país ainda é um projeto em disputa, o que é pensado pelos mecanismos internacionais para a APS é ainda um pacote básico de serviços de saúde para atender a população mais carente. Acredito eu que não é isso que pretendemos com o programa mais médicos, acredito que a gente pensa em um cuidado diferenciado, um cuidado integral, na totalidade do ser humano e não com um programa básico. Nesse sentido, se é um modelo em disputa e se a formação médica dentro do país ainda é muito voltada para dentro do hospital, a supervisão tem esse potencial de auxiliar os médicos que estão no serviço a pensar a atenção primária de uma outra forma e ao mesmo tempo de dialogar com a gestão em como fazer. [...] Acredito que a supervisão seja a chave para efetivar uma proposta mais audaciosa do Mais Médicos, porque o programa tem vários elementos que não é só o elemento de colocar o médico dentro do serviço, ele tem também esse outro pensar da saúde, ampliou as escolas médicas dentro do país e a interiorização, a ida dos médicos para locais que anteriormente não haviam médicos, e a supervisão dá um suporte diferenciado para esses médicos, a supervisão é fundamental no sentido de possibilitar que o programa seja mais audacioso e consiga minimizar alguns elementos que ele se propõe. (Entrevista cedida por S11, 2021)

Alguns relatos indicaram limites da supervisão acadêmica no fortalecimento do SUS, enquanto espaço democrático de garantia de direitos.

Eu sempre defendi que o médico, principalmente que está na APS, não deve ser um mero profissional que está simplesmente atendendo, mas sim um profissional que luta pelos direitos da população junto com a população, que estimula a população a participar dos conselhos locais de saúde, isso está lá também dentro dos nossos atributos, debater conselhos locais, debater abordagem comunitária, etc. O médico é um ator social e a supervisão acadêmica deve trabalhar essas questões. Mas às vezes é complexo você fazer isso, porque muitas vezes o médico está sobrecarregado, atolado de trabalho, muitas vezes existe uma dificuldade de a gestão compreender esse papel da APS. Então a supervisão tenta potencializar esses processos, mas o próprio

Mais Médicos tem o limite de ser apenas para os médicos e não para a equipe como um todo. (Entrevista cedida por S11, 2021)

Alguns supervisores identificaram a potencialidade da supervisão acadêmica no fortalecimento do SUS, mas consideram que o perfil do supervisor é preponderante para esse objetivo.

Eu acho que pode ter absoluta sintonia entre o fortalecimento do papel da supervisão e o fortalecimento do SUS, aliás, espera-se que haja uma sintonia. Em tese poderia até ter uma dissintonia, poderia até ter em tese um supervisor que não tivesse um grande diálogo com o SUS, e talvez a gente até veja o perfil de alguns deles em que a supervisão acadêmica passa por uma supervisão exclusivamente clínica e só [...] discutindo caso clínico em uma perspectiva biomédica, na perspectiva da clínica individual, esquecendo de discutir um caso clínico incluindo a tradução disso para a rede assistencial, para a consolidação do SUS e etc. [...] acho que a supervisão tem altíssima potência em fortalecer o SUS, a partir da intervenção da supervisão, a gente reforçar os papéis do sistema único de saúde, os lugares do sus, as problemáticas do sus, e não só rodar em torno da identificação e até da geração de problemas, mas sim de se dedicar também no segundo passo, de tentar resolvê-los, de tentar se colocar de maneira proativa e se colocar no sentido de um sistema que vai melhorando aos poucos a partir da minha intervenção também. [...] Acho que a potência possível para o papel da supervisão no fortalecimento do SUS é altíssimo, então o que a gente talvez precise pensar se na prática essa potência se traduz em ato, se de fato a gente está conseguindo ocupar esse lugar de transformação do SUS com a potência com que poderia. (Entrevista cedida por S7, 2021)

Nessa perspectiva, alguns supervisores relacionaram que o apoio pedagógico centrado na discussão clínica-científica, a partir de protocolos clínicos aos médicos lotados na APS, tem como consequência direta o fortalecimento do SUS.

Quanto mais a gente tiver profissionais atualizados, seguindo protocolos, protocolos do Ministério da Saúde para vários grupos de atendimento, eu acredito que sim, que vai fortalecer cada vez mais a atenção primária e fortalecendo a atenção primária acabará fortalecendo também a atenção terciária, acaba que não precisará transferir tanto paciente, dando boa resolutividade na unidade de saúde, isso é fortalecimento do SUS para mim. (Entrevista cedida por S3, 2021)

Acredito que o fortalecimento do SUS a partir da supervisão acadêmica seja realmente atuando em melhorias do conhecimento técnico dos médicos que estão na linha de frente. (Entrevista cedida por S4, 2021)

Diretamente? Veja, na qualidade da atenção primária, eu tenho certeza que existe uma contribuição muito forte ao SUS. Infelizmente, você pode ter uma atenção primária efetiva ou não, na maioria das vezes se o médico se dedica ela é efetiva, você tem uma atenção secundária bastante complicada, que é o encaminhamento ao especialista, então a supervisão facilita para não encaminhar para o especialista, porque ela pode discutir um caso comigo especificamente, e evitar que seja encaminhado para um especialista, então desafoga a atenção secundária. (Entrevista cedida por S6, 2021)

Considerando que você está tentando melhorar, trabalhando para melhorar o nível dos médicos que presta assistência, então a melhoria dos profissionais do sistema eu acho que é melhorar o sistema como um todo. (Entrevista cedida por S8, 2021)

Os dados apresentados nessa dimensão permitiram duas discussões relevantes: a formação médica no Brasil e a formação do supervisor acadêmico. Nessa perspectiva, compreende-se que a formação médica no Brasil se centra sobretudo ao modelo biomédico de saúde, distanciando-se de uma formação com vistas a formar profissionais para atuarem em um sistema complexo como o SUS.

Eu lembro que todos os meus cubanos sabiam dizer o número de gestantes, quantos pacientes eles acompanhavam no território, tinha essa dinâmica da saúde pública mais próximo. Os médicos brasileiros que estão no programa, eles vêm com aquela marca da saúde privada, vamos dizer assim, então eu estou aqui, por mais que se esforcem, eu acho que isso daí é um viés da formação. Eu falo isso porque eu sou uma médica brasileira, estão fazendo o que acham que deveria ser feito, não tem essa visão social, não tem, isso daí é um defeito na nossa formação. (Entrevista cedida por S2, 2021)

Nessa direção, os supervisores indicaram a relevância da formação dos supervisores acadêmicos em medicina de família e comunidade.

Acho que faz muita diferença se o supervisor é médico de família, eu acredito que a supervisão deveria ser apenas com médico de família, deveria ser pré-requisito pois seria mais eficiente, teria mais condição de entender qual é o contexto da atenção primária, porque tem supervisor que não tem tanto essa vivência na atenção primária, e a medicina de família é uma especialidade, e como ele está lá deveria fazer um curso de especialização, também sair especialista em saúde da família. (Entrevista cedida por S1, 2021)

Uma coisa que vejo com potência é o supervisor ter perfil e isso não é necessariamente dado. Falar da atenção básica qualquer um fala? Qualquer profissional que é bom na sua área específica vai saber falar da atenção básica porque é básico? Mentira, porque é uma especialidade, então ter a formação nisso é bacana, até mesmo para solucionar um problema que aparece como algo muito diferente, muito específico da unidade que acontece, que você fala olha isso é tão específico da sua unidade que eu ouço isso de todos os médicos desde sempre, e eu como profissional vivencio isso nas unidades em que eu trabalho e etc, então é o lugar da experiência, o lugar de formação com alguém com experiência na área [...] E a contraface disso é o supervisor sem formação, tem alguns supervisores que não tem essa formação, tem uma certa frequência de supervisores sem formação, sem formação para isso né, e se tratando de um objeto que tem suas competências delimitadas, tem suas competências específicas, que não se confunde pelo fato de ser básico, de ser primário, com competências de outras áreas, mesmo alguns temas sendo universais, acho que esse é um fator que algumas vezes facilita e em outras dificulta. (Entrevista cedida por S7, 2021)

No que tange ao conhecimento sobre o SUS, a relação entre a supervisão acadêmica e o fortalecimento do SUS, a partir do matriciamento clínico, em uma perspectiva de melhorar a resolutividade da APS, foi a concepção dominante entre os supervisores.

Quadro 5 – Análise da dimensão política de acordo com os supervisores que participaram do estudo

CRITÉRIOS/ SUPERVISORES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Faz relação entre a supervisão acadêmica e o fortalecimento da atenção Básica e do SUS a partir do matriciamento clínico do médico que está na assistência, o que teria como consequência maior resolutividade na APS.		X	X	X		X		X		X		X
Faz relação entre a supervisão acadêmica e o fortalecimento da atenção Básica e do SUS, a partir da discussão de modelo de saúde e da equipe da estratégia de saúde da família como parte de uma rede de saúde.	X				X		X		X		X	

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com os critérios estabelecidos para análise da dimensão política da supervisão, nota-se que a maioria dos atores faz relação entre a supervisão acadêmica e o fortalecimento da atenção Básica e do SUS, a partir do matriciamento clínico do médico que está na assistência, o que teria como consequência maior resolutividade na APS.

O material empírico produzido revela que a prática da supervisão acadêmica se aproxima mais da dimensão gerencial já que tais demandas são dirigidas aos supervisores pelos médicos do PMMB. Durante a execução da supervisão longitudinal, percebe-se que houve maior aproximação da dimensão pedagógica. Identifica-se, ademais, que a dimensão política está inserida na prática da supervisão acadêmica de forma mais próxima dos profissionais que também atuam na docência.

5.6 DISCUSSÃO

As evidências produzidas por este trabalho revelaram que, apesar de apresentarem distintas concepções de supervisão, as narrativas das entrevistas convergiram para três objetivos principais: a fiscalização técnica e gerencial; a articulação entre os médicos e os entes municipal

e federal; e a integração do componente pedagógico a partir da discussão de temas clínicos e temas relacionados ao processo de trabalho na APS (interconsulta, articulação de rede, projeto terapêutico singular etc.) – sendo o papel de fiscalização o de maior destaque.

Nesse sentido, as práticas de supervisão, orientadas para o PMMB na região estudada, fortalecem um modelo de supervisão que se aproxima do modelo da administração clássica. Cabe resgatar que este modelo, do início do século XIX, se relaciona com as funções de controle, inspeção ou fiscalização (REIS, 2001; HORTALE, 2004).

Nunes (1986) destaca que, em linhas gerais, as experiências de supervisão em programas de extensão de cobertura de serviços de saúde assumem um modelo gerencial de supervisão, correspondendo em uma prática meramente burocrática. O que dialoga com a perspectiva da supervisão acadêmica, que se constitui como uma prática que se restringe aos atos de conferir e informar, com o preenchimento mecânico de relatórios de rotina, assim como, em uma atividade de fiscalização estrita, impondo, portanto, o cumprimento de normas.

Numa visão tradicional, atribui-se a esses supervisores o papel de correia de transmissão que, materializando e estendendo a vontade gerencial e sua capacidade de comando, ajusta a execução técnico-administrativa aos padrões e metas previamente definidas por essas instâncias de poder. Para manter a eficiência da instituição, caberia, segundo esse modelo, realizar três atos interligados: conferir (verificar como estão sendo realizadas as ações e sua compatibilidade com as normas), retificar (corrigir a conduta conforme a norma) e informar (dar ciência à direção). (NUNES, 1986, p. 468)

Nunes (1986) afirma ainda que a centralização administrativa nas práticas de supervisão favorece o surgimento de atitudes autoritárias, por parte dos supervisores, que tendem a direcionar a sua prática com o objetivo de flagrar os supervisionados em seus erros e omissões, o que se evidenciou nos dados analisados que deram destaque ao caráter fiscalizador à prática da supervisão acadêmica.

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicaram que, durante a execução da modalidade *in loco*, ou seja, no período anterior à pandemia pelo novo coronavírus (*COVID-19*), o deslocamento dos supervisores para municípios de difícil acesso se configurou como um fator dificultoso para a prática da supervisão acadêmica. Penha *et al.* (2019) discutem que o provimento de médicos em locais com unidades de difícil fixação de profissionais é um dos objetivos do projeto, portanto, a gestão da supervisão acadêmica compreenderia uma estratégia de viabilização de recurso humano em constante debate acerca da qualidade das estradas e

rodovias, do deslocamento entre municípios, assim como, o estudo de rotas e mapas, visto que essas questões implicavam no perfil da supervisão.

A partir do desenho territorial de cada IS, os tutores organizavam a vinculação dos supervisores, de acordo com distribuição dos médicos participantes no território. Questões como acessos possíveis e meios de deslocamento disponíveis eram pautas identificadas no percurso da construção da gestão da supervisão acadêmica. Nessa perspectiva, questões como gestão do tempo nos municípios, deslocamento entre cidades e demandas apresentadas pela equipe e pela gestão influenciavam a prática da supervisão acadêmica. As evidências desta pesquisa demonstram que a dificuldade em encontrar profissionais disponíveis para assumirem a supervisão nas regiões de difícil acesso culminou na ativação de profissionais que residiam em regiões distantes da realização da supervisão acadêmica.

Os dados analisados revelaram que, entre os atores incluídos na pesquisa, há diferentes estratégias entre a supervisão para médicos formados no Brasil e para os médicos intercambistas e cooperados. Observa-se que as questões gerenciais, como cumprimento da carga horária de trabalho e de estudo, são evidenciadas na supervisão de médicos formados no Brasil, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e que, conseqüentemente, são habilitados a atuarem em serviços além do escopo da APS. Cabe ressaltar que profissionais intercambistas e cooperados que não passaram por processo de revalidação do diploma atuam com Registro Único do Ministério da Saúde (RMS) e, portanto, apenas podem atuar na APS. Apesar de identificarem o descumprimento de regras do programa, como o não cumprimento da carga horária e o uso do dia de estudo para plantões em outros dispositivos de saúde, essas questões quase não aparecem nos relatórios de supervisão.

A discussão de temas clínicos era priorizada, por alguns supervisores, entre médicos intercambistas e cooperados, visto que relataram identificar lacunas na formação médica desses profissionais ou por identificarem condutas que não condizem com o contexto brasileiro. Nesse contexto, cabe resgatar que grande parte da classe médica se mobilizou contrariamente ao PMMB, principalmente, no tocante à contratação de médicos estrangeiros para trabalhar no Brasil, sem a avaliação comumente feita pelo exame de revalidação do diploma, o Revalida.

Gusso (2017) discute que o Revalida foi instituído em 2011. Até o momento, apenas era possível revalidar diplomas obtidos no exterior através de alguma universidade federal apta a realizar este processo. Segundo o autor, a quantidade de médicos que conseguiram revalidar o diploma a partir de 2011 foi pequena e não contemplou a demanda, sobretudo, de médicos

brasileiros diplomados em países da América Latina. Por outro lado, Shimizu *et al.* (2020) reflete que a supervisão acadêmica foi mais valorizada pelos médicos diplomados no exterior, com formação e vivência em outras realidades, sobretudo, pelos cooperados, visto que esse tipo de apoio os auxiliou, tanto na melhoria das práticas clínicas, quanto no reconhecimento do território.

De acordo com Postorivo (2020), houve uma disputa midiática entre as entidades médicas, em especial a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Governo Federal, em relação à opinião pública, quanto à participação de médicos estrangeiros no programa, sem passarem pela revalidação de diploma. Observou-se que a mídia de massa se posicionou com discursos contra o PMMB, conforme dados mapeados: relacionou o atraso de Cuba com a qualidade dos médicos, apontou a questão de não passar pelo Revalida e de interesses não públicos do Governo com Cuba dentre outros. As entidades médicas defenderam um discurso discriminatório, de exaltação aos médicos brasileiros, enquanto desqualificavam os médicos cubanos. À medida em que o programa foi se consolidando e a população passou a defender a permanência dos médicos estrangeiros, esse discurso foi atenuado. (SOUZA, 2014, apud SOARES, et al., 2017).

Essas referências encontram ressonâncias com o corporativismo entre os supervisores e médicos formados no Brasil. Macedo (2016), citando Pinto (2013), aponta que o embate visto na mídia demonstrou uma classe médica elitista e corporativista. Costa (1989, apud Ribeiro, 1993) discute que o corporativismo é uma presença constante quando se fala em defesa de interesses no Brasil. O autor resgata que a RSB se estruturou como uma reforma do Estado em que o eixo está fundamentado na expansão do setor na saúde, o que condiz com os interesses de uma tecnoburocracia atuante e voltada para a sua reprodução.

Nesse contexto, apesar de os movimentos sociais urbanos demandarem por expansão dos serviços públicos, a lógica dos interesses coletivos não perpassa profissões como a Medicina, em que os rígidos vínculos corporativos determinam barreiras substantivas a qualquer processo reformador. Ribeiro (1993), citando Campos (1988), enfoca as diferenças internas aos médicos no que se refere às suas lutas corporativas, embora movimentos coletivos tenham se repetido, envolvendo segmentos distintos da categoria, estes não podem ser agrupados como uma corrente política única ou mesmo marcadamente dominante. Portanto, caracterizar as correntes políticas em atuação, remonta-se, não apenas à padrões ideológicos existentes, mas também a tipos diferenciados de inserção no mercado de trabalho que acabam por influenciar a prática política desses profissionais.

O estudo evidenciou que as distintas compreensões conceituais sobre integração ensino-serviço revelam diferentes ações e estratégias de intervenção na prática da supervisão acadêmica, em que se observa a capacidade de alguns atores de integrar questões além da atualização dos profissionais em relação aos temas clínicos. Os supervisores incluídos na pesquisa que são docentes revelaram maior capacidade em integrar, a partir da discussão clínica, questões pertinentes ao processo de trabalho (clínica ampliada, gestão do cuidado, projeto terapêutico singular etc.); à articulação de rede; e ao componente pedagógico dos ciclos formativos. Enquanto alguns supervisores não docentes demonstraram priorizar a dimensão gerencial na prática da supervisão e reforçar a prática médica centrada na clínica.

O estudo de Penha (*et al.*, 2019), discute que a gestão da supervisão acadêmica pelas IS fortalece algumas ações estratégicas, como a ênfase na educação permanente e a integração ensino-serviço. Nessa perspectiva, os temas trabalhados na execução da prática da supervisão acadêmica englobariam a assistência, a gestão e a educação. Um dos desafios apresentados aos supervisores versa sobre como e com quem problematizar os temas; e como particularizar o aprendizado durante o serviço. O que indica a relevância de expandir a atenção da supervisão para as equipes das unidades de saúde, assim como, para o aperfeiçoamento da supervisão em práticas pedagógicas voltadas para o adulto. Nunes (1986) reforça que

[...] as práticas pedagógicas podem dar conta de uma condução, numa linha de crescimento coletivo dos trabalhadores, onde as definições possam ser tomadas com base em informações democratizadas e mecanismos de gestão que possibilitem o crescimento técnico das equipes, em torno de objetivos sociais dos serviços de saúde, e que esses objetivos sociais possam ser o móvel de uma nova forma de se organizar a prestação de serviços, estruturando a cada passo da participação social uma forma mais democrática de realizar a supervisão, a caminho de um controle social que desloque para a base, os aspectos relativos à supervisão, sem no entanto desprezar a necessidade de controle dos níveis mais centrais e colocando o trabalho comprometido como o ponto de encontro dos interesses entre as instituições, que devem representar o que espera e avalia a população, no dia-a-dia, de usuária desse trabalho. (NUNES, 1986, p. 475)

Nesse sentido, as evidências indicaram que o esvaziamento de espaços de educação permanente, promovidos pelas IS para a supervisão acadêmica, que produzissem a reflexão dos objetivos da supervisão e instrumentalizasse esses atores para produzir espaços pedagógicos dialógicos implicados na constituição de novos sujeitos, comprometidos com os valores políticos do SUS e, conseqüentemente, possibilitando melhoria na atuação na APS, implicou em uma prática de supervisão acadêmica, sobretudo, burocrática e protocolar.

Costa (2006) discute distintos modelos pedagógicos, os quais, a autora menciona a pedagogia da transmissão, a pedagogia do adestramento e a pedagogia da problematização. A

autora ressalta que as diferentes opções pedagógicas respondem a distintos objetivos e, em maior ou menor grau, podem ampliar a discussão sobre a relação existente entre educação e trabalho. Nesse sentido, a autora destaca a pedagogia da problematização, que permite a geração de novos conhecimentos apropriados ao contexto, a integração do individual ao grupal, ao trabalho com o intelectual e o afetivo e ao desenvolvimento da consciência do grupo.

Nessa perspectiva, Albuquerque (*et al.*, 2007), discute que os espaços de interseção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do SUS, em que o conhecimento construído nesses espaços, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam como estudantes. Assim, são espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS.

No entanto, também são espaços em que se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados. Penha *et al.* (2019) destaca que a prática da supervisão acadêmica no acompanhamento do médico, em seu cotidiano, demanda da supervisão práticas pedagógicas voltadas para o adulto trabalhador, a partir da problematização de situações vivenciadas pelos profissionais e a discussão dessas vivências em equipe são estratégias disparadoras da aprendizagem. Segundo os autores,

Quando a supervisão mobiliza positivamente os profissionais para o encontro entre necessidades de saúde e a prática na unidade de saúde, o modelo assistencial comunitário referenciado da ESF é fortalecido. Com isso, instrumentos e práticas da supervisão dão origem a produtos como protocolos municipais; cursos de atualização; revisão de prontuários ou de eventos críticos; planos de desenvolvimento para o profissional; aperfeiçoamento de habilidades; planejamento das ações da unidade; incentivo à abordagem familiar e comunitária; reuniões com equipe com gestores (municipais e regionais); e estudos e processos de qualificação baseados em evidências. (PENHA *et al.*, 2019, p. 08)

Nessa perspectiva, as evidências produzidas neste trabalho revelam que, embora haja esforços de empreender metodologias de ensino aprendizagem menos tradicionais, rompendo com a formalidade do trabalho médico, observou-se que as metodologias expositivas se sobressaem às metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Albuquerque (*et al.*, 2007), citando Langaná (1986), destaca que um dos entraves para a integração ensino-serviço é a metodologia baseada na transmissão de conhecimentos em que se enfatiza o ensino em detrimento da aprendizagem. Os autores apontam, ainda, que as políticas e estruturas dos serviços de saúde e de ensino são fatores que dificultam essa interação, já que,

muitas vezes, impossibilitam a participação mais efetiva, tanto dos profissionais assistenciais, quanto dos docentes na integração ensino-serviço.

Na pedagogia da transmissão, a educação torna-se um ato de “depositar” o conhecimento nos educandos, assim como nos bancos. Nessa perspectiva, o educando é mero objeto da ação educativa, aquele que nada sabe, nada crítica e nada reflete; apenas reproduz o conhecimento transmitido pelo educador, que é o sujeito da ação, aquele que tudo sabe. Esta lógica reproduz as relações de poder da sociedade capitalista entre “opressores” e “oprimidos”. Ao negar a dialogicidade da educação, as pedagogias da transmissão mantêm e sustentam a divisão técnica do trabalho em saúde, reflexo da luta de classes na sociedade capitalista, ao passo que a educação problematizadora funda-se, justamente, na relação dialógico-dialética entre educador e educando: ambos aprendem juntos. (Costa, 2006).

As evidências deste trabalho apontam que a dimensão gerencial está tão incorporada na prática de supervisão acadêmica que a EPS não possibilita a constituição de novos sujeitos. Nesse sentido, há um esvaziamento da prática política da supervisão, fazendo com que a supervisão acadêmica não tenha potência para instigar o compromisso dos médicos com o programa para uma intervenção ampla no território. Assim, as diferentes implicações quanto aos propósitos políticos e democráticos do SUS e da Atenção Primária à Saúde identificada entre os atores desta pesquisa, convergem para duas perspectivas: intervenções que produziam diálogo entre questões clínicas e/ou relacionadas ao processo de trabalho com o contexto da APS e intervenções que produziam a discussão clínica apenas na perspectiva biomédica.

Em seu estudo, Nunes (1986) afirma que as características a serem assumidas pela supervisão dialogam com a estrutura dos serviços e com as relações de poder estabelecidas em dada conjuntura. Nessa perspectiva, as mudanças preconizadas não dependem apenas de fatores subjetivos ligados à preparação e a às qualidades pessoais dos supervisores, mas de decisões políticas no âmbito das instituições e de correspondentes medidas administrativas que levem à formulação e ao desenvolvimento de modelos alternativos de supervisão. Nesse sentido, compreende-se que, nos últimos anos, a gestão da supervisão acadêmica pelo Ministério da Educação deixou de investir na dimensão pedagógica do programa, limitando-se a monitorar as atividades realizadas pelos atores em seus territórios, estabelecendo também uma relação estritamente burocrática e fiscalizatória em relação à supervisão acadêmica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe a reflexão de que, se por um lado a possibilidade de construção da supervisão acadêmica, a partir das realidades territoriais e dos atores envolvidos com a sua prática traz certa potência ao PMMB, a ausência de diretrizes e de espaços de educação permanente para os atores, que executam a supervisão acadêmica, implica em fragilidades e compromete a consolidação da integração ensino e serviço.

A burocracia para autorização de ajuda de custo para o deslocamento dos supervisores e tutores para os espaços de educação permanente da supervisão, no período anterior à pandemia do novo coronavírus (*COVID-19*), assim como, a não implicação de alguns tutores e supervisores com os espaços formativos também foi identificado como um fator limitante para qualificação da supervisão acadêmica. A instabilidade política em torno do governo federal e as constantes trocas de coordenação e equipe no nível central implicaram em descontinuidade na construção das diretrizes e espaços formativos dos apoiadores institucionais e dos tutores, acarretando fragilidades na supervisão acadêmica.

O contexto da pandemia pelo novo coronavírus a partir de 2020, trouxe impactos para a supervisão acadêmica. Se por um lado, a possibilidade de realizar a supervisão de forma coletiva entre o supervisor e seus supervisionados trouxe benefícios em relação ao debate dos temas propostos e troca de experiências entre os médicos, por outro lado os supervisores deixaram de acompanhar in loco atividades que favoreciam a integração ensino e serviço, como interconsulta, participação em reunião de equipe, visita domiciliar, etc. Dessa forma, a supervisão acadêmica deixa de interagir com a equipe e com o campo de prática, e se restringe à interlocução com o médico supervisionado.

Nessa perspectiva, a supervisão acadêmica produzida por esse estudo não é suficiente de transformar a prática médica, pois se constitui, sobretudo, de forma burocrática e gerencial, estando muito aquém do que se espera de uma supervisão qualificada. Recomenda-se, assim, que a Coordenação da Comissão Estadual do PMMB (CCE/ BA), composta por representação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), Ministério da Saúde, Ministério da Educação e COSEMS, ofereça espaços formativos para os supervisores do estado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S.; et al. **A integração ensino- serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica; 32(3); 356- 62; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Diário Oficial da União; 206: Seção1; 23 Out 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Nº 585, de 15 de junho de 2015. **Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências.** Diário Oficial da União 16 Jun 2015; Seção1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014.** 1ª ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde. **Manual de Referência para Supervisão Acadêmica- Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Versão do produto 1.0.0. Edição novembro de 2017, 37 páginas. Documento não publicado.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M.S. de; SOUSA, M.F.de. **Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?** Interface- Comunicação em Saúde; v.17, n 47, p. 913-26. Out/dez, 2013.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

- COSTA, M.M.L.; FONTOURA, M.S. **A supervisão como estratégia de acompanhamento e avaliação das práticas das equipes de saúde da família.** *Cogitare Enferm.*; 17(4): 752-7; Out/dez; 2012.
- COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da Educação Permanente em Saúde.** Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.
- ELLERY, A.E.L; BOSI, M.L.M; LOIOLA, F.A. **Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas.** *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, p.187-198. 2013.
- FIGUEREDO, M.D.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Paidéia como metodologia para processos de formação em saúde.** *Interface (Botucatu)*, 2014; 18 supl 1: 931- 43.
- FRANÇA, T., et al. **Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 6.
- GUSSO, G.D.F. **Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira.** *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 8º de março de 2017.
- KUABARA, C.D. de M., et al. **Integração ensino e serviço de saúde: uma revisão integrativa da literatura.** *Rev Min Enferm.* 2014 jan/mar; 18(1): 195-201.
- KOERICH, M. S; et al. **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para pesquisa qualitativa.** *Rev. Eletrônica de Enfermagem* [Internet], 2009; 11(3): 717- 23.
- LEITE, C.M; PINTO, I.C. de M.; FAGUNDES, T. de L.Q. **Educação Permanente em Saúde: Re- produção ou Contra- Hegemonia?** *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1): e002508.
- LIMA, M.A.D. da S. et al. **A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem.** *R. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.130-142, 1999
- MACEDO, A. dos S. et al. **O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos.** *Cadernos EBAPE.BR* [online]. 2016, v. 14, n. spe [Acessado 23 Outubro 2021] , pp. 593-618.
- MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M.A.F. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho.** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- MALTA. D.C.; SANTOS, F.P. dos. **O Programa Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira.** *Revista Med. (Minas Geraes)*. 2003; 13(4); 251- 9.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MITRE, S. M., et al. **Metodologias ativas de ensino- aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13 supl 2: 2133-44.

NUNES, T. C. M. **A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro; 1986; 2 (4); 466- 476

NUNES, T. C. M. **A supervisão na EFTS: descentralização com inclusão e sinergia entre os atores envolvidos na oferta educativa**. Relatório Técnico produzido por consultoria para Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis, da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB. 45 páginas. 2008

PAIM, J.S. **Atenção à saúde no Brasil**. In: *Saúde no Brasil- Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária Brasileira como um fenômeno sócio-histórico**. In: *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Editora Fiocruz; 2008

PENHA, R.C.; SOUSA, R.G.; OLIVEIRA, S.S.; ALMEIDA, E.R.; FIRMIANO, J.G.A. **A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior**. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e180061

PERES, F. **Administração em saúde: supervisão- ensaio de interpretação**. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 1986

POSTORIVO, R. **Programa Mais Médicos: análise da política e seus conflitos de interesse**. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

REIS, C. da C.L. **A supervisão no Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades**. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2001

REIS, C. da C.L.; HORTALE, V.A. **Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”?** Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*; 20(2); 492- 501; mar-abr, 2004.

RIBEIRO, J.M. **Arranjos Neocorporativos e Defesa de Interesses do Médicos**. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 05-20, jan/mar, 1993.

SOARES, et al. **Análise do posicionamento das Entidades Médicas – 2015-2016**. *Rev. Saúde Debate*. Rio de Janeiro: v. 41, n. especial 3, P. 74-86, Set 2017.

SHIMIZU, H. E., et al. **Percepções acerca do Programa Mais Médicos e do processo de Supervisão Acadêmica**. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2020, v. 44, n. 04, e180.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.**
Editora EDUFBA, Salvador, 2006.

APÊNDICE A – Plano de análise dos dados da Pesquisa sobre Supervisão Acadêmica

DIMENSÃO	OBJETIVOS	EVIDÊNCIA	FONTE DE DADOS
PEDAGÓGICA	Singularizar a vivência dos médicos participantes no Projeto, ofertando suporte para o fortalecimento de habilidades e competências necessárias para o desenvolvimento das ações e qualificação da Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planeja o tema a ser abordado na supervisão acadêmica a partir da demanda do território de atuação do médico supervisionado ✓ Adota as dificuldades do processo de trabalho como elemento para processo pedagógico na EPS; ✓ Desenvolve os processos de EPS com participação de todos os supervisionados (metodologias participativas); ✓ Valoriza as ideias oriundas dos médicos supervisionados durante o processo pedagógico 	Relatório de supervisão Entrevista
	Realizar acompanhamento periódico de supervisão aos médicos participantes do Projeto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolve encontros regulares de EPS (mensal) 	Relatório de supervisão.
	Conceder apoio pedagógico aos médicos participantes, para a utilização das ferramentas disponibilizadas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (Telessaúde Brasil Redes, Webportfólio, Portal Saúde Baseada em Evidências, Tablets, dentre outros)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discute a utilização de ferramentas síncronas e assíncronas na supervisão acadêmica ✓ Disponibiliza apoio regular aos médicos ou sob demanda 	Relatório de supervisão Diário de campo
	Estar disponível de forma presencial, por meio de telefone ou internet para realização de Segunda Opinião Formativa, interconsulta ou outras atividades necessárias para fortalecer a formação do médico participante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferta apoio pedagógico para o médico presencialmente (modalidades de supervisão in loco e locoregional) ✓ Encontra-se disponível à distância (contato telefônico, whatsapp, email, etc) 	Relatório de supervisão Diário de campo
	Conceder apoio ao planejamento e execução dos projetos de intervenção relacionados ao curso de especialização realizados pelos médicos participantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhece os temas abordados nos ciclos formativos ✓ Discute estes temas na supervisão, favorecendo a interlocução entre a teoria abordada no ciclo formativo e a prática na estratégia de saúde da família; ✓ Apóia a construção do projeto de intervenção do médico do primeiro ciclo formativos. 	Relatório de supervisão Diário de campo.
	Participar de Encontro de Educação Permanente para qualificação da supervisão acadêmica sob a coordenação do tutor com a participação dos supervisores a ele vinculados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Privilegia a participação nos espaços de educação permanente promovido pela tutoria e e pelo apoio institucional, assim como os espaços formativos para sua atuação como supervisor 	Diário de campo

	Realizar discussões clínico-científicas em temas relevantes escolhidos em conjunto com os médicos supervisionados, visando o aperfeiçoamento das ações em Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constrói com o médico supervisionado o itinerário de EPS, contendo os temas relevantes para atuação na Atenção Básica; ✓ Utiliza discussões científicas, baseadas em evidências. 	Relatório de supervisão Diário de campo.
GERENCIAL	Apoiar a implementação dos projetos de intervenção dos médicos participantes do Projeto;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisa com o médico a relevância do projeto de intervenção de acordo com as características epidemiológicas do território de atuação ✓ Identifica os problemas de saúde relevantes no território e auxilia no planejamento e implantação de estratégias resolutivas à estes problemas. 	Diário de campo
	Realizar a avaliação dos médicos participantes do Projeto, conforme Manuais Instrutivos disponibilizados pela DDES/SESU/MEC;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar avaliação periódica dos médicos supervisionados, identificando o descumprimento do regimento do programa, comportamentos que ferem a ética profissional, assim como inabilidade técnica que o profissional possa a vir apresentar. 	Relatório de supervisão Entrevista.
	Acompanhar, em conjunto com o gestor do SUS, o cumprimento da carga horária de quarenta horas semanais, sendo 32 horas em atividade prática nas UBS / USF e 8 horas em atividades de educação permanente previstas pelo Projeto (Curso de especialização e demais ofertas educacionais).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confere a folha de frequência do médico supervisionado assim como discute com o gestor local a assiduidade do médico no campo de atuação 	Relatório de supervisão
	Comunicar imediatamente ao tutor acadêmico situações de descumprimento das normas do PMMB por parte dos médicos participantes e/ou gestores municipais;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhece o regimento do PMMB ✓ Identifica quando há descumprimento das normas do PMMB por parte dos médicos participantes e/ou gestores municipais 	Relatório de supervisão Diário de campo.
POLÍTICA	Contribuir para o fortalecimento do SUS, da Atenção Básica, da Educação Permanente em Saúde, da Integração ensino-serviço e, da articulação dos eixos e ações educacionais do PMMB.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planeja e executa ações na supervisão acadêmica com vistas a alcançar esses objetivos. ✓ Identifica elementos do contexto político e gerencial que são obstáculos ao desenvolvimento do processo de trabalho na APS e estimula o médico a identificar e planejar estratégias para superá-los ✓ Estimula a defesa do SUS democrático e da APS como locus de reorientação do modelo de atenção no SUS. 	Entrevista Diário de campo

APÊNDICE B – Matriz para análise dos relatórios de supervisão:

DIMENSÃO	AÇÕES PARA REFERÊNCIA NA ANÁLISE	EVIDÊNCIAS DOS RELATÓRIOS
<p>PEDAGÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Singularizar a vivência dos médicos participantes no Projeto, ofertando suporte para o fortalecimento de habilidades e competências necessárias para o desenvolvimento das ações e qualificação da Atenção Básica; - Realizar acompanhamento periódico de supervisão aos médicos participantes do Projeto; - Conceder apoio pedagógico aos médicos participantes, para a utilização das ferramentas disponibilizadas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (Telessaúde Brasil Redes, Webportfólio, Portal Saúde Baseada em Evidências, Tablets, dentre outros); - Conceder apoio ao planejamento e execução dos projetos de intervenção relacionados ao curso de especialização realizados pelos médicos participantes 	Qual o objetivo da supervisão "in loco" neste mês?
		Qual(is) temática(s) foi(ram) abordadas durante a Supervisão?
		Caso tenha abordado aperfeiçoamento da conduta clínica, aponte qual(is) grupo(s) prioritário(s) ou linhas de cuidado foram trabalhados
		Qual(ais) ator(es) participou(aram) da escolha da temática da supervisão?
		Qual opção metodológica foi utilizada durante a supervisão?
		Aponte os encaminhamentos pactuados:
		Descreva as atividades pactuadas com o médico participante para a próxima supervisão:
<p>GERENCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar imediatamente ao tutor acadêmico situações de descumprimento das normas do PMMB por parte dos médicos participantes e/ou gestores municipais; 	Será enviado previamente material bibliográfico e/ou outros materiais de apoio?
		<p>Classifique a atuação prática do médico participante, preferencialmente, em conjunto com a equipe e os usuários, usando a escala de pontuação entre 1 e 5 pontos: Conhecimento/ aplicação sobre o Telessaúde; Conhecimento/ aplicação dos Módulos educacionais ofertados pela UNA-SUS; Conhecimento/ aplicação sobre o Portal Saúde Baseada em Evidências; Conhecimento/ aplicação sobre os Cadernos da Atenção Básica; Em termos gerais como você avalia o comportamento do médico durante o processo de supervisão?</p>
		Pontue alguns aspectos observados pelo Gestor Municipal/Equipe de Saúde/Usuários que refletem ações da supervisão contribuindo com a melhoria de desempenho do médico participante:

		Você identificou alguma situação que precisa ser informada ao Tutor?
--	--	--

APÊNDICE C – Roteiro das entrevistas para supervisores do programa

1. O que é supervisão acadêmica para vocês?
2. Vocês consideram que a supervisão acadêmica relevante para o PMM? Por quê?
3. O que vocês entendem por integração ensino e serviço? Como relaciona essa integração à supervisão acadêmica?
4. Enquanto representante da IS, como vocês entendem o papel de vocês? Você identifica uma identidade no seu trabalho em relação à IS?
5. Em quais perspectivas a supervisão acadêmica fortalece o SUS?
6. Vamos conversar um pouco da rotina: Contem-me como realizam os encontros com a supervisão acadêmica. O que fazem? Como organizam? Como escolhem os temas? Qual a periodicidade?
7. Quais as dificuldades relacionam para a supervisão? E as facilidades?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “A supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil no estado da Bahia: estratégia de fortalecimento da integração ensino- serviço?”, cuja autora principal é Eliana Barbosa Pereira. Conforme a Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, este documento tem por objetivo esclarecer ao responsável legal e ao participante os aspectos desta pesquisa:

JUSTIFICATIVA/ OBJETIVO/ PROCEDIMENTOS: O presente trabalho tem por objetivo analisar a supervisão acadêmica enquanto componente pedagógico do PMMB na Bahia. Espera-se por meio dele contribuir norteando apráxis destes atores, bem como identificar possíveis problemas a serem contornados com vistas a qualificação da Supervisão Acadêmica do PMM na Bahia. Por se tratar de Mestrado Profissional, o estudo poderá também corroborar na elaboração de ferramentas para a identificação dos conteúdos que necessitem ser trabalhados na Supervisão Acadêmica. A produção de dados se dará a partir da realização de um grupo focal em que se discutirá alguns aspectos da supervisão acadêmica.

PARTICIPAÇÃO: Toda a participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Segundo a Resolução CNS 466/12: “Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados.” Apesar de os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para outras pessoas, sendo que os dados obtidos serão manipulados apenas pela pesquisadora responsável pelo estudo, não sendo identificados os informantes, há o risco de as informações do grupo focal serem hackeadas já que o mesmo se realizará em ambiente virtual.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações para uma análise de como a Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos para o Brasil fortalece a integração ensino- serviço no estado da Bahia. Poderá também corroborar na elaboração de ferramentas para a identificação dos conteúdos que necessitem serem trabalhados na supervisão acadêmica, assim como na construção de

metodologias ativas de ensino- aprendizagem que qualifiquem esta supervisão. Ademais, o estudo poderá revelar iniciativas inovadoras bem como “pontos críticos” a fim de orientar intervenções por meio dos gestores do Programa, implicando no fortalecimento da APS.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

OBSERVAÇÕES: O participante da pesquisa não terá despesas ou se porventura houver, será ressarcido (Resolução CNS 466/12, item IV.3 letra g). Haverá garantia de indenização diante de eventuais danos comprovados, decorrentes da pesquisa (Resolução CNS 466/12, item IV.3 letra h). Obedecendo a Resolução CNS 466/12, item IV.3 letra f, o TCLE foi elaborado em duas vias, sendo que uma via será do participante da pesquisa, e a outra do pesquisador. Seguindo a Resolução CNS 466/12, item IV.5 letra d, todas as páginas do TCLE deverão ser rubricadas, pelo pesquisador e participante ou seu representante legal, após a leitura e aceitação para participar da pesquisa.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “munus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Reguladoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 196/96, II.4). A presente pesquisa foi avaliada pelo CEP do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, localizado na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia; telefone (71) 3283-7419.

EU, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “A supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil no estado da Bahia: estratégia de fortalecimento da integração ensino- serviço?”, desenvolvido pela mestrandia Eliana Barbosa Pereira, alunado Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, mestrado profissionalizante em saúde coletiva, orientando da professora Dr^a. Catharina Leite Matos Soares.

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Salvador, / / 2021

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Mestranda Eliana Barbosa Pereira Fone: (71) 997051147; e-mail: eliana.barbosapsi@gmail.com

Profa. Dr^a. Catharina Leite Matos Soares Fone: (71) 99179-9054; e-mail: catharinamatos@gmail.com