

Mônica Sampaio de Carvalho

**Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção
Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**

BRASÍLIA-DF

2013

Mônica Sampaio de Carvalho

**Programa de Valorização dos Profissionais da
Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua
implantação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA-DF

2013

Mônica Sampaio de Carvalho

Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção
Básica: um olhar implicado sobre sua implantação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.
Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Presidente

Profa. Dra. Eliana Cyrino Golfarb Cyrino
Examinadora

Profa. Dra. Wânia Ribeiro Fernandes
Examinadora

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Examinadora Suplente

Dedico este trabalho a Eudes e Malu, amores da minha vida e fonte de felicidade.

À minha mãe, exemplo de vida e de mulher.

Aos coletivos que lutam por uma Saúde Pública melhor em nosso País.

Agradecimentos

Agradeço este trabalho àqueles que influenciaram meu processo de formação, minhas escolhas e àqueles com quem aprendi com a vida.

Aos meus pais, aos meus sogros e meus avós. Em especial, meu avô Aloísio Aguiar Sampaio (*in memoriam*), homem de fibra, que começou a trabalhar como caixeiro viajante e enfrentou todas as adversidades da vida, sem esmorecer nunca. A sua energia, a sua serenidade, o seu senso de humor e a sua honestidade sempre estarão ao meu lado como legados seus, meu amado avô-pai.

Aos meus irmãos, em especial, Felix Júnior, com o qual aprendo a cada momento a me desprender das vaidades e acreditar sempre.

Ao Prof.º Emersom Merhy, eterno mestre, que me despertou para enxergar uma saúde pública que valoriza a potência dos encontros, a alteridade e a construção coletiva.

A Prof.^a Fátima de Sousa, minha orientadora, que me ajudou a encontrar o caminho a ser trilhado, apoiando-me o tempo todo e que não desistiu de mim nesta trajetória de compatibilizar as funções de gestora e aluna.

Ao Prof. Roberto Piccini e Edmundo Gallo, que muito contribuíram com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e com um dos maiores movimentos de mudança da educação médica no País – a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem).

A Alcindo Ferla, amigo e parceiro de muitos momentos desde a Denem.

A Denem, grande responsável por uma reviravolta na minha vida de estudante e fundamental para minha formação.

A Rogério Carvalho, companheiro de luta em uma trajetória de longa parceria em Sergipe, pela sua capacidade formuladora de pensar soluções para o SUS (Sistema Único de Saúde), assim como pela coragem em implementá-las.

A todos os companheiros que compuseram o coletivo do SUS Aracaju e que revolucionaram a saúde pública daquele local e a aqueles que logo depois se somaram ao projeto em Sergipe, minha homenagem pela coragem e muito obrigada pela feliz convivência de 10 anos de luta em defesa do SUS.

A Kathleen Teresa Cruz por ter sido amiga, parceira e fiel nos momentos mais felizes e mais difíceis das nossas vidas.

A Lenir Santos, formuladora do Direito Sanitário que me fez enxergar outro lado do SUS: o de como o direito pode contribuir para a vida das pessoas.

Aos companheiros do Ministério da Saúde (MS), em especial, Mozart Sales e Odorico Monteiro, que me acolheram para que eu somasse ao coletivo deste Ministério, liderado pelo Ministro Alexandre Padilha.

Ao Ministro Alexandre Padilha, companheiro e amigo, pela incansável luta pelo SUS e por ter me possibilitado retomar a militância inicial, reencontrando pessoas e descobrindo novas perspectivas para o SUS.

Ao coletivo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que me fez compreender mais profundamente a gestão do SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e a toda a equipe do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Deges), que este ano completam 10 anos de existência, pela acolhida, pela dedicação e perseverança de cada dia lutar por uma educação de qualidade no SUS.

Agradeço ainda às pessoas que me ajudaram mais diretamente neste processo: Alysson, Felipe, Jucélia, Kelly, Leninha, Leonardo, Maria Alessio, Mônica Durães, Paloma, Talita e Wânia.

“Eu prefiro ser esta metamorfose ambulante,
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...].”

Raul Seixas

Resumo

O presente trabalho objetiva descrever e analisar como o Brasil tem enfrentado o problema de provimento, de fixação e de formação de médicos, mais especificamente, para a Atenção Básica, e como as tentativas de superação destes problemas foram se configurando de forma articulada com a implementação das políticas de saúde, tomando o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) como caso analisador de todo este processo. O estudo mostra, a partir da análise quali-quantitativa dos dados secundários do Ministério da Saúde, que, além de prover e buscar estratégias de fixação, é preciso modificar o modelo de formação médica vigente e investir em um marco regulatório que articule a gestão do trabalho e da educação na saúde e que contribua para termos profissionais suficientes e preparados para atender às necessidades de saúde da população. O estudo ainda evidenciou que a política de provimento se fortalece quando incorpora elementos de educação permanente e tem por finalidade interferir no processo de trabalho e nas práticas em saúde para um modelo centrado no cuidado em saúde. O estudo aponta a necessidade de que esta política esteja integrada e articulada com uma mudança da escola médica, responsável pela formação destes profissionais, a definição de quantas e quais especialidades serão prioritárias para o SUS e uma proposta de regulação da formação profissional e do trabalho em saúde, sinalizando que o sistema de saúde é o espaço singular para a formação e a educação permanente destes profissionais.

Palavras-chave: PROVAB, Atenção Básica à Saúde, formação e educação médica, prática profissional, educação permanente.

Abstract

This paper aims to describe and analyze how Brazil has faced the problem related to provide, to fix and to train physicians, specifically in Primary Care area, and how the attempts to overcome these problems have been shaped up in an articulated way by the implementation of health policies, taking the PROVAB - the Portuguese acronym for Program for Placing Value on Primary Care Professionals -, as the analyzer of this whole process. From a qualitative and quantitative analysis of secondary data provided by the Ministry of Health, this study shows that, in addition to provide physicians and to search for strategies to fix them in the countryside, it is necessary to modify the current model of medical training and to invest in a regulatory framework that articulates labor management and health education, contributing to create sufficient and prepared healthy professional, in order to meet population's health needs. This research also presented that a provision policy is strengthened when it incorporates elements of continuing professional education and aims to interfere with work process and health practices, to achieve a model centered in health care. Regarding the facts presented, this study indicates that such health policy must be integrated and articulated to a change in Medical Schools, which are responsible for educating these health professionals, pursuing a definition of which specialties will take priority over the others, in order to meet the necessities of the Brazilian public healthcare system (SUS), as well as a proposal of regulation that would involve professional education in healthcare and its professionals' practices, remarking that a healthcare system is a singular place to provide training and continuing professional education to professionals of this area.

Key words: PROVAB, Primary Healthcare, medical training and education, medical education and practice, continuing professional education.

Lista de Ilustrações

Ilustração 1 – Vagas em escolas médicas, por região, 2000-2010.....	35
Ilustração 2 – Carência de especialistas segundo os gestores de hospitais.	43
Ilustração 3 – Mapa de distribuição de médicos por UF.	67

Ilustração 4 – Distribuição de médicos contratados por região.....	68
Ilustração 5 – Percentual de médicos entrevistados vinculados ao PROVAB.....	78
Ilustração 6 – Proporção de médicos por 1.000 habitantes por UF /Brasil, 2012. ...	82
Ilustração 7 – Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real de médicos no mercado formal e egressos de medicina no ano anterior – Brasil, 1998/1999 – 2009/2010.	83
Ilustração 8 – Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real de enfermeiros no mercado formal e egressos de enfermagem no ano anterior – Brasil, 1998/1999 – 2009/2010.	84
Ilustração 9 – Fatores de fixação de médicos da região Norte do Brasil.	87
Ilustração 10 – Média de remuneração dos médicos no Brasil e por regiões do País.	89
Ilustração 11 – Residência do profissional no município de atuação pelo PROVAB.	90
Ilustração 12 – Percentual de dificuldade de acesso/deslocamento para o local de trabalho.	91
Ilustração 13 – Infraestrutura da Unidade Básica de Saúde segundo os profissionais vinculados ao PROVAB.....	91
Ilustração 14 – Ambiência das unidades básicas de saúde segundo os profissionais vinculados ao PROVAB.....	92
Ilustração 15 – Atividades realizadas pelos médicos vinculados ao PROVAB.	97
Ilustração 16 – Temas prioritários do MS abordados pela supervisão ou que o profissional referiu dificuldades.	98
Ilustração 17 – Motivação do médico em relação ao PROVAB.	100
Ilustração 18 – Impedimentos na utilização da pontuação do PROVAB em alguma instituição.	105

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Quadro comparativo das experiências de provimento no Brasil.....	51
--	----

Tabela 2 – Distribuição de Municípios por Perfis Especificados	62
Tabela 3 – Relação entre os Estados e Instituições Supervisoras envolvidas no PROVAB	63
Tabela 4 – Quantitativo de municípios inscritos, selecionados e que permanecem no PROVAB.	65
Tabela 5 – Quantitativo de profissionais selecionados e contratados no PROVAB e percentual de retenção.....	65
Tabela 6 – Demonstrativo da distribuição de médico por Região/UF e município	66
Tabela 7 – Profissionais bolsistas do PROVAB	69
Tabela 8 – Proporção de profissionais enfermeiros e dentistas selecionados, contratados e bolsistas.....	70
Tabela 9 – Avaliação final do profissional do PROVAB (avaliação somativa).....	75
Tabela 10 – Parâmetro estabelecido para conceituação final do profissional para fins de pontuação nas provas de residência.....	76
Tabela 11 – Proporção de médicos por 1.000 habitantes nos países.....	81

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABS	Atenção Básica à Saúde
Abem	Associação Brasileira de Educação Médica

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
Abeno	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
Abrauem	Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais
AMB	Associação Médica Brasileira
Andifes	Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
Cinaem	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Coreme	Comissão Regional de Residência Médica
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
Denem	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF	Equipe de Saúde da Família
Fenam	Federação Nacional dos Médicos
FESF	Fundação Saúde da Família
Fies	Programa de Financiamento Estudantil

FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Faculdade de Medicina
FNE	Federação Nacional de Enfermeiros
FormSUS	Formulário Eletrônico do SUS
GM	Gabinete do Ministro
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro e Geográfico
IDA	Integração Docente Assistencial
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
Inep	Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa Anísio Teixeira
IS	Instituição Supervisora do PROVAB
LDB	Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
Nescon	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
NHSC	<i>National Health Service Corps</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISS	Programa de Investigação de Serviços de Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde

Progesus	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho na Saúde
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
Rais	Relação Anual de Informações Sociais
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
Sage	Sala de Gestão Estratégica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Sesu	Secretaria de Ensino Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIGPROVAB	Sistema de Informação e de Gestão do PROVAB
SUS	Sistema Único de Saúde
Telessaúde	Programa Telessaúde Brasil Redes
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UnB	Universidade de Brasília
UBS	Unidade Básica de Saúde
VER-SUS	Programa de estágios de vivência no SUS para estudantes da área da saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	20
ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DE QUE PROFISSIONAIS NECESSITAMOS?	27
A FORMAÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL E SUA IMPLICAÇÃO NA FIXAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA. QUE MÉDICO ESTAMOS FORMANDO?	33
A GRADUAÇÃO MÉDICA.....	33
A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL.....	40
AS POLÍTICAS DE INDUÇÃO PARA PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESTABELECIDAS NO BRASIL E NO MUNDO	47
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB): ESTUDO DE CASO	59
A GESTÃO DO PROGRAMA	59
A SELEÇÃO.....	61
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA.....	70
A PROPOSTA DE SUPERVISÃO DO PROVAB.....	71
A AVALIAÇÃO DO MÉDICO DO PROVAB PARA OBTENÇÃO DOS DEZ POR CENTO (10%) DAS PROVAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.....	73
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	76
PESQUISA FORMSUS	77
PODER, SABER, TRABALHO E MERITOCRACIA	79
RELAÇÕES ENTRE ENTIDADES, GOVERNO E MERCADO – QUEM REGULA, AFINAL, O TRABALHO E A FORMAÇÃO MÉDICA?.....	80
RELAÇÕES E O PROCESSO DE TRABALHO – O DEBATE DAS PROFISSÕES, O CONCEITO SOBRE TRABALHO NO MUNDO CAPITALISTA E OS SABERES TECNOLÓGICOS.....	93
MERITOCRACIA DO EXAME DE RESIDÊNCIA VERSUS BÔNUS DE DEZ POR CENTO (10%) NAS PROVAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.....	104
OS AVANÇOS E OS FATORES LIMITANTES NA CONFORMAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE PROVIMENTO E DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NO BRASIL	107
CONCLUSÃO – INQUIETAÇÕES DO PRESENTE, RUMO AO FUTURO: A REGULAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO TRABALHO POR PARTE DO ESTADO	111
REFERÊNCIAS	115
ANEXO A	127
ANEXO B	129
ANEXO C	131
ANEXO D	139
ANEXO E	150
ANEXO F	161
ANEXO G	162
ANEXO H	167

Apresentação

Entre as perspectivas de estudo do tema da saúde com destaque crescente nos últimos anos, está o campo temático da gestão do trabalho e da educação. Os estudos, inicialmente articulados em torno da administração, enfocam a força de trabalho como "recurso" numa visão taylorista de produção no trabalho.

Os estudos clássicos de Maria Cecília Donnangelo (1975, 1979) analisam, a partir das ciências sociais, o trabalho médico e a diversificação das especializações no interior dos hospitais. No mesmo sentido, estão os estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1978, 1992), que introduz o conceito de processo de trabalho e aborda, através de visão marxista, o processo de produção, as tecnologias e os saberes que servem de base para os estudos de Emerson Merhy (1997, 2002) com a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, assim como Gastão Wagner de Souza Campos (2000), que critica a abordagem gerencial hegemônica e o taylorismo.

Esses autores criticam, no contexto da formação e do trabalho, a fragmentação e a especialização crescentes, do mesmo modo, a abordagem gerencialista, que toma o trabalho e o trabalhador como "recurso" a ser talhado e administrado segundo os interesses da direção de serviços e sistemas (CECCIM, 2005).

O grande aumento do número de postos de trabalho, com a aguda expansão de cobertura assistencial produzida pela progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular pela expansão da Estratégia Saúde da Família, torna imperativo que a gestão do trabalho e da educação, como área de relevância pública, possa ser regulada pelo setor público, a partir de uma base legal que regulamente o que já está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil.

Cabe ressaltar que o objetivo aqui não é uma exaustiva descrição de tendências teóricas e metodológicas que acompanham o tema da gestão do trabalho e da educação na saúde na produção acadêmica ou na formulação de políticas, mas destacar um cenário de transformações nessas dimensões e nas práticas cotidianas

no interior dos serviços, situações que sinalizam para a relevância desse tema e também para a atualidade desse problema para o sistema de saúde.

Este estudo analisa, portanto, como o Brasil tem buscado enfrentar um problema crônico no SUS que é a falta de médicos para atuarem nos serviços públicos de saúde, que pertence ao campo temático da gestão da educação e do trabalho, sobretudo na Atenção Básica à Saúde. Este problema vem comprometendo significativamente as gestões municipais e estaduais do sistema de saúde há pelo menos uma década, com algumas tentativas governamentais de buscar soluções para esta questão, com visões diversas a respeito do tema e que disputam uma hegemonia no discurso e na prática.

Segundo Telma Menicucci (2006), a fase de implementação de uma política tem tal autonomia em relação à fase de formulação que, com alguma frequência, o conteúdo do que se implementa difere significativamente do que foi tomado pela norma que a institui e essa diferença pode ser explicada, em boa medida, pela configuração de novas agendas e pela reconfiguração das articulações entre os atores.

Tal abordagem interessa aqui pela perspectiva da relevância e da contribuição que podem ter as etapas do monitoramento e da avaliação. Um estudo acadêmico dessa natureza pode alocar uma contribuição propositiva para a política de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Esta dissertação tem, portanto, o objetivo de estudar o processo de implementação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), política de provimento do Ministério da Saúde do Brasil desde janeiro de 2012, e suas repercussões entre os diversos atores governamentais, corporações e profissionais, a fim de extrair elementos essenciais que dialogam com as relações de poder instituintes e instituídos (FOUCAULT, 1996). Nesta análise, destacamos a regulação da formação profissional, a educação permanente, a gestão do trabalho e o conceito de meritocracia.

Este tema tem sido objeto das minhas inquietações desde o movimento estudantil, no qual participei ativamente dos movimentos de várias iniciativas na busca de melhoria do ensino médico. Passei pela Comissão Interinstitucional

Nacional de Ensino Médico (Cinaem), pela Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (Denem) no município de Aracaju e na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, onde tive a oportunidade de exercer a função de gestora e pude perceber, junto a um coletivo dirigente, as possibilidades e limitações na formação, educação, regulação, fixação dos profissionais de saúde, sobretudo, do médico.

Enquanto sujeito implicado neste processo, atualmente atuando como diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), reafirmo minha entrada em cena como um ser político e dirigente dessa agenda. E nesse caso, autora de uma dissertação que me provoca a ficar cada vez mais inquieta na busca de caminhos possíveis ao enfrentamento da questão em estudo. Logo, esse encontro entre o mundo teórico e o real me faz sentir que esse embricamento e indissociação entre o sujeito político e sua prática militante que atua no âmbito da gestão, do sujeito epistêmico que busca o conhecimento e a investigação, embora que, um opere sobre o outro através da busca de saberes que fundamentem uma prática-*práxis*. Segundo Minayo (2006, p. 42), “toda investigação social deve contemplar uma característica básica do seu objeto, o aspecto qualitativo e também a implicação do sujeito no estudo”.

Olhar para este objeto de modo implicado é contribuir para uma reflexão acerca do ordenamento da gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas a fortalecer o modelo de atenção à saúde que defenda a vida. Para tanto, repensar a formação, educação, regulação e fixação dos profissionais da saúde, faz-se urgente e necessário.

Introdução

A regulação da formação profissional já era uma premissa presente na Constituição brasileira, que define, em seu art. 200, a competência do Sistema Único de Saúde para “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, e foi reforçada pela Lei Orgânica da Saúde, na qual explicita no art. 15, item IX, a responsabilidade do sistema de saúde “[...] na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”. (BRASIL, 1990).

O tema vem sendo trabalhado em todas as conferências de saúde como agenda prioritária, propondo aos dirigentes recomendações diversas que vão desde a regulamentação do art. 200 da Constituição brasileira, fomento a capacitações, educação continuada, reciclagem, educação permanente, necessidade de estabelecer uma política de provimento, entre elas, o serviço civil obrigatório, mudança na graduação através da falta de vagas e necessidade de reforma nos currículos, formar especialistas de acordo com as necessidades do SUS e temas relacionados na gestão do trabalho, como carreira, melhores condições salariais e de trabalho. (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Podemos destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como o evento que mobilizou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira para o debate do SUS. Era o início do processo de redemocratização e, neste mesmo período, veio a discussão da I Conferência Nacional de Recursos Humanos que apontou críticas ao processo de formação e às consequências desse processo, em destaque abaixo:

A formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços. [...] Daí decorre uma dificuldade do setor na captação e absorção de mão-de-obra. (BRASIL, 1986, p. 13).

Mesmo diante da crise do Governo Collor, em 1992, as conferências continuaram acontecendo e, após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, a II

Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada em 1993, aprovou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB – RH).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1996, houve recomendações de estabelecimento de um prazo para apresentação de plano de ordenamento de recursos humanos para o SUS. Destaca-se ainda “o estímulo à utilização de unidades e serviços de saúde como espaços prioritários para formação de trabalhadores do SUS”, além da “interiorização da graduação e da educação continuada” (BRASIL, 1996b, p. 61-62).

A 11ª CNS aconteceu no período do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Nesse momento, discutiu-se sobre a redução da proteção social e a precarização das relações de trabalho no setor em virtude de políticas focalizadas, reforçando a visão de Estado Mínimo e o neoliberalismo. Para tal, levantou-se a necessidade de formulação de uma política de recursos humanos para o SUS, considerado naquela época um dos maiores problemas das gestões municipais, contemplando uma política de provimento de vagas para ocupação de postos de trabalho mais especificamente referente à categoria médica, a interiorização, a educação permanente voltada para o acesso, qualidade e humanização, criação de mecanismos de absorção de egressos dos cursos da saúde, entre outros. Era um período de municipalização do sistema e ampliação do acesso aos usuários do SUS das ações e serviços de saúde.

Dada a relevância do tema para o setor saúde, o Governo Lula decidiu criar em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a competência de formular políticas de recursos humanos em articulação com Estados e Municípios e com o controle social para a área.

Em 2011, o Governo Dilma define como ação prioritária a erradicação da pobreza no país e a ampliação e participação do Estado nas políticas sociais, assina o Decreto 7.508/2011, que regulamenta, depois de vinte anos, aspectos da Lei 8.080 referentes à organização do sistema de saúde, à gestão, ao planejamento, à regionalização, à integralidade, estabelecendo a RENASES como Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde oferecidos pelo SUS, o mapa da saúde como instrumento de planejamento e o contrato de ação pública como ferramenta

definidora das responsabilidades sanitárias entre os entes federativos (SANTOS, 2012).

No relatório da 14ª CNS, realizada em 2011, observamos ênfase na educação permanente, nas reformas curriculares, nos planos de carreira e, entre estas várias recomendações no campo da educação e da gestão do trabalho, destaca-se a de:

Gerar estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam formação profissional (especialização ou residência) e incentivos salariais e de carreira. (SANTOS, 2012, p. 40).

Durante este período, foram definidas 14 prioridades no Plano Nacional de Saúde (PNS) pactuadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Entre elas, a “Garantia do acesso com qualidade em tempo oportuno para o SUS”, o “fortalecimento da Atenção Básica”, a busca pela integralidade da atenção à saúde através da “implantação de redes de atenção à saúde” e:

[...] contribuir para adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2012a, p.91).

O PNS aponta ainda para um “conjunto de medidas educacionais, regulatórias e no âmbito da gestão do trabalho”, necessário para o sistema, entre ele, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), o Programa de Financiamento Estudantil (FIES), o Programa Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), a expansão das residências médicas e multiprofissionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho na Saúde (Progesus), a Mesa Nacional de Negociação do SUS como estratégias para enfrentamento dos problemas referentes à formação, distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde e carreira (BRASIL, 2012a).

Dentro desse contexto, o Governo lança o PROVAB como um programa destinado a prover profissionais de saúde nas áreas mais necessitadas do País e também investir em um processo de formação e educação a distância para os profissionais de saúde, com supervisão de instituições de ensino reconhecidas nacionalmente. Além disso, há possibilidade de, ao final de um ano, o profissional adquirir pontuação nas provas de residência médica, caso obtenham bom desempenho na atuação.

Diante deste cenário, é evidente que o Brasil tem um marco legal estruturado, diretrizes claras estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e nas Conferências de Saúde. Entretanto, além de aspectos legais precisarem de regulamentação, como é o caso da área de recursos humanos, há necessidade de compreender questões referentes ao processo de ordenamento da formação e do trabalho médico.

Neste sentido, como o SUS tem enfrentado a regulação do trabalho e da formação profissional e a sua interface com o acesso e a qualidade da atenção à saúde para as redes de atenção?

Quantos e quais médicos o País necessita? Onde eles estão? E quais fatores influenciam sua fixação?

Quais avanços e fatores limitantes do PROVAB na conformação de uma política de provimento e de educação para o trabalho no Brasil?

É possível articular provimento e trabalho com educação?

Estas experiências têm repercutido no modelo de formação médica e no modelo de atenção à saúde?

Quais os discursos, disputas e contradições que operam neste processo e conseqüentemente as várias visões sobre o programa?

Por que e para que regular a formação e o trabalho em saúde?

Não tendo a pretensão de responder a todas estas questões, elas apenas servirão para auxiliar na análise descritiva do objeto e na reflexão teórica, apontando de forma exploratória possíveis caminhos para regulação do trabalho e da formação profissional no Brasil.

Para investigar estas questões, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da política de provimento no Brasil de 2011-2013, tendo o PROVAB como o estudo de caso desta política. Para aprofundar esta análise, cinco objetivos específicos foram necessários, a saber: (1) analisar os aspectos da implementação do PROVAB, mais especificamente suas relações de poder, as disputas, os conflitos e contradições; (2) buscar através de categorias analíticas aspectos referentes à regulação da formação profissional, a educação permanente, a integração das políticas de formação, a gestão do trabalho, ao cuidado em saúde e ao conceito de meritocracia; (3) identificar as potencialidades e aspectos limitantes do PROVAB; (4) observar elementos de análise comparativa com as políticas de provimento em outros países; e (5) apontar caminhos para a regulação da formação profissional e a política de provimento no Brasil.

Trajetória Metodológica do Estudo

A proposta metodológica do estudo trata-se de uma pesquisa histórica de caráter exploratório associado a um estudo de caso no campo da investigação social. Segundo Minayo (2006, p. 42), “a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela”. Essa mesma autora, em trabalho de 2004, destaca que o “objeto das Ciências Sociais é histórico” e carregado de significados, intencionalidades de grupos, da sociedade em geral e de visão ideológica de mundo (MINAYO, 1994, p. 13).

Goode e Hatt (1969), Yin (1989) e Bonoma (1985) abordam o estudo de caso como um método que utiliza “estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão” (apud MINAYO, 2006, p. 164).

O objetivo é, portanto, descrever e analisar os acontecimentos no processo de implementação das políticas de provimento, fixação e formação de médicos no Brasil e no mundo, tendo o PROVAB como um caso analisador, compreendendo através de categorias analíticas os movimentos, os processos organizacionais e relacionais, os fatores que interferem nos processos, o contexto no qual foi implementada a política e os resultados ou intervenções que contribuíram para determinado resultado (MINAYO, 2006).

Apesar de ser um relato histórico associado a um estudo de caso, o estudo não tem a pretensão em fazer um relato minucioso e exaustivo deste histórico, mas estabelecer um diálogo com os autores que já abordaram o tema, assim como produzir conexões entre os acontecimentos narrados no passado e a agenda atual no campo temático da gestão do trabalho e da educação na saúde, sob um olhar hermenêutico e dialético, buscando a compreensão das ideias (GADAMER, 1989 apud MINAYO, 2006), das diversas visões dos atores, das motivações e dos interesses como elementos chaves para a investigação, identificando o discurso do senso comum sobre o tema e fazendo uma análise crítica e implicada com o processo (MINAYO, 2006).

A análise desses processos utilizará as categorias analíticas de poder, saber, trabalho e meritocracia.

Os aspectos analisados a partir destas categorias estão no campo político a partir das posições dos atores estratégicos em relação ao PROVAB e a partir do processo e das relações de trabalho, das condições de trabalho, da análise da proposta pedagógica do PROVAB e da meritocracia.

Alguns recortes ao objeto serão feitos, utilizando como referenciais de análise: a formação médica, a dimensão pedagógica no trabalho, os saberes tecnológicos, o poder médico, relação médico-paciente, a autonomia, a disputa entre corporações e governo, o poder, o mundo do trabalho.

O processo de observação e pesquisa seguirá as seguintes etapas:

- 1- Análise Documental; e
- 2- Análise dos dados secundários da Atenção Básica quali-quantitativos oriundos do Sistema de Informação e de Gestão do PROVAB (SIGPROVAB/SGTES/MS), do Formulário Eletrônico do SUS (FormSUS/SGTES/MS) e da Plataforma Arouca /Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS/SGTES/MS).

A análise documental foi realizada através de portarias ministeriais, editais, questionários, relatórios, seminários e oficinas realizadas, assim como relatos de atores e análise das avaliações dos médicos realizadas ao longo do programa.

A base normativa utilizada para análise do PROVAB foi portarias ministeriais, resoluções e editais dos Ministérios da Saúde e da Educação, de acordo com as referências bibliográficas. Os Instrumentos quali quantitativos da Atenção Básica os quais processamos os dados e as informações foram:

- 1- *Webportfólio* estabelecido pela Plataforma Arouca vinculado ao sistema UnA-SUS (Anexo B);
- 2- Questionário da primeira visita seguida de relatos do supervisor (Anexo D)
- 3- Instrumentos de avaliação somativa dos profissionais médicos pelo supervisor, pela equipe ou gestor local e autoavaliação (Anexo G);
- 4- Instrumentos de avaliação somativa da gestão local e da equipe (Anexo H);
- 5- Questionário estabelecido pelo MS através do FormSUS para avaliação do programa. (Anexo C).
- 6- Projetos de Intervenção.

Os dados foram analisados a partir de escolha aleatória de relatos dos supervisores e profissionais no *webportfólio*, de (25) projetos de intervenção realizados pelos profissionais de saúde que participaram do PROVAB, assim como relatórios e planilhas analíticas emitidas quali quantitativas, elaboradas pelo MS e pela UnA-SUS.

Atenção Básica no Brasil: de que profissionais necessitamos?

A política de Atenção Básica é um dos pilares da organização da atenção à saúde no mundo. Estudos realizados por Starfield, Macinko e Shi (apud STARFIELD, 2002) mostram que os países que adotaram a Atenção Básica como pilar de assistência à saúde, obtiveram melhor resolutividade e eficiência na assistência à saúde da população (GIOVANELLA, 2009).

A Atenção Básica caracteriza-se por

[...] um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]. (BRASIL, 2012c, p. 19).

Com a descentralização do SUS, os municípios passam a ser executores diretos das ações e serviços da Atenção Básica, com financiamento compartilhado entre União, municípios e alguns estados.

O Decreto nº 7.508, promulgado em junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, reforça o papel da Atenção Básica, uma vez que define “[...] Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema” e “ordenadora da rede e do cuidado em saúde” (BRASIL, 2011a).

Por ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, conforme define o supracitado decreto, compete à Atenção Básica assegurar aos usuários “[...] acesso universal, contínuo e de qualidade” e “a integralidade da atenção e do cuidado”, tanto individual como coletiva para dentro da Unidade Básica de Saúde e para fora na Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012c, p. 21).

Bárbara Starfield (2002) define como atributos da Atenção Básica: o primeiro contato, sendo porta de entrada do sistema e o acesso mais próximo da população;

o segundo, a longitudinalidade ou vínculo, tendo a adscrição de clientela como mecanismo de responsabilizar pessoas ou famílias às equipes; o terceiro trata da abrangência ou integralidade; e o quarto entende-se como a coordenação das diversas ações e serviços.

Algumas diretrizes organizacionais da Atenção Básica pensadas por vários autores podem fortalecer os atributos destacados por Starfield (2002), entre elas: o acolhimento compreendido como escuta qualificada do usuário para produzir respostas ao seu problema, sendo dispositivo e ao mesmo tempo tecnologia de cuidado (MERHY; 1997) importante para a produção de vínculo, responsabilização das equipes e como uma forma de singularizar o acesso por substituição do critério “fila” pela necessidade devidamente qualificada (SANTOS 2006); o acolhimento de risco no território (SANTOS, 2006) através da adstrição do território (BRASIL, 2012c), agregando-se à adscrição de clientela, propicia o conhecimento do risco, da vulnerabilidade e resiliência da população no território (SANTOS, 2006; BRASIL, 2012c); a multiprofissionalidade que potencializa o modelo centrado no cuidado (MERHY; ONOCKO, 1997), em que as trocas de saberes permitem a construção de projetos terapêuticos singulares (CAMPOS, 2003) mais resolutivos e produtores de autonomia do usuário (MERHY; ONOCKO, 1997) e o apoio matricial (CAMPOS; GUERRERO, 2008) entendido com uma oferta de apoio técnico em torno de saberes específicos para ampliar a visão da equipe e a sua capacidade resolutiva. Nesse sentido, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) atualmente implementados assumem o papel de matriciamento das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

Se estes processos acontecem no território, espera-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), resolutividade dos problemas de saúde da população no âmbito da Atenção Básica em torno de 80% (WHO, 1978).

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se a principal estratégia governamental de implantação da Atenção Básica no Brasil. De 1994 a 2004, o número de equipes passou de 328 para 20.822. Em julho de 2004, dos 5.561 municípios brasileiros, 4.701 (84,55%) havia implantado o PSF, contribuindo assim para ampliação do acesso à saúde pela população (SOUSA, 2002).

Apesar de receber influências de outros países, o PSF nasce de acúmulos de várias experiências por todo o Brasil, algumas com maior influência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como o caso do Ceará, outras seguindo o modelo cubano, como em Niterói, e outras vinculadas à estrutura hospitalar, como o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (SOUSA, 2002).

Os estudos de Sousa (2007) têm contribuído para compreender a evolução do PSF e as contribuições da Estratégia Saúde da Família para a mudança do modelo assistencial centrado no médico e na doença.

Com o objetivo de contemplar diversas modelagens na implantação da Atenção Básica, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, passa a reconhecer vários tipos de equipes de Atenção Básica. Isso faz com que as chamadas “equipes tradicionais” possam incorporar os atributos e diretrizes estabelecidas da Atenção Básica e receber investimentos do Sistema de Saúde.

Dados atuais do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde (DAB/SAS/MS) mostram a expansão da Atenção Básica através da estratégia de saúde da família, com aproximadamente 33 mil equipes de saúde da família cobrindo 95% dos municípios e quase 55% da população, mostrando ritmo de crescimento global de 3% ao ano (SAGE¹, 2013).

A pesquisa nacional de amostra de domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) em 2008 mostra que 75,4% da população brasileira utiliza o SUS e que a Unidade Básica de Saúde é o local mais declarado (56,8%) pelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

Entretanto, a alta rotatividade dos profissionais de saúde, mais especificamente de médicos nas equipes, compromete a continuidade do cuidado e conseqüentemente a qualidade dos serviços ofertados. Entre os fatores que contribuem para a rotatividade de médicos nas unidades básicas de saúde, segundo pesquisa realizada no estado de São Paulo sobre satisfação de médicos no

¹ SAGE – Sala de Gestão Estratégica vinculada ao Ministério da Saúde. Dispõe de todas as informações e indicadores de saúde do SUS.

Programa de Saúde da Família, pode-se constatar que são principalmente a distância, a falta de condições materiais e de capacitação. (CAMPOS; MALIK, 2008).

Outro dado relevante desta pesquisa é que idade associada ao tempo de formado também é um dos fatores responsáveis pela alta rotatividade de médicos contratados para o PSF. (CAMPOS; MALIK, 2008).

Capozzolo (2003), em sua tese de doutorado, analisando as condições de trabalho das equipes de saúde da família, considera que a sobrecarga de trabalho, a falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos.

Embora o salário seja um dos atrativos para os médicos se apresentarem para contratação no programa, estudos mostram que este não tem garantido a sua fixação. Atribui-se ao fato de que em geral as melhores propostas remuneratórias são em áreas longínquas e pouco atrativas em termos de desenvolvimento econômico e sociocultural, forte fator de retenção de médicos já demonstrado em pesquisas realizadas. (CAMPOS; MALIK, 2008).

Isso tem gerado, como relata Heider Pinto, Diretor do DAB, um mercado predatório e uma espécie de leilão entre os municípios na disputa pelo profissional de saúde, o que acaba interferindo na fixação, na alta rotatividade dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, no acesso e na qualidade da atenção à Saúde.

Estas dificuldades de fixação de médicos na Atenção Básica tem repercutido no acesso e na qualidade dos serviços prestados, o que fica evidenciado pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), “*um indicador-síntese*” que mede o acesso e a efetividade do sistema. O reflexo destas dificuldades tem gerado insatisfação por parte dos usuários.

A baixa responsabilização do sistema de saúde pelo percurso do usuário para atendimento de suas necessidades de saúde nos serviços sem o ordenamento do cuidado por parte da Atenção Básica, associado à carência e problemas de fixação destes profissionais, contribui para o agravamento da situação.

Há necessidade, portanto, de articular mecanismos regulatórios na assistência à saúde com educação permanente, de forma a qualificar os profissionais para certas habilidades e competências exigidas pelo sistema de saúde.

A Organização Mundial de Saúde, em reunião realizada em 1997 com 13 países europeus a fim de discutir o fortalecimento da medicina de família em seus sistemas de saúde, chegou à seguinte conclusão:

para conseguir que os profissionais ampliem suas competências e seus resultados é preciso que estejam motivados. A motivação, por sua vez, foi relacionada ao *status* profissional, à satisfação no trabalho e aos salários (apud CAMPOS; MALIK, 2008, p. 355).

Outro fator, além da fixação, é a formação de especialistas em Atenção Básica. A alta taxa de ociosidade das vagas (aproximadamente 70%) da Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) é revelada na pesquisa sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil, realizada em 1999, em municípios de pequeno porte. Essa pesquisa mostrou que apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica e 39,53% havia feito alguma especialização. (MACHADO, 2002).

Girardi (2010), em seus estudos, descreve o índice de escassez de profissionais da Atenção Básica, evidenciando a carência de médicos na Atenção Básica distribuídos nas diversas regiões do País. Para construção deste índice, considera parâmetros estabelecidos em portarias ministeriais, na condição de um médico na Atenção Básica para cada três mil pessoas, dimensões geográficas e de acesso, indicadores de saúde e socioeconômicos e o método *Full Time Equivalent* (FTE), que é a contagem de horas trabalhadas dos profissionais de saúde. Os resultados do estudo demonstram que estas regiões coincidem com localidades em que há uma elevada mortalidade infantil e utilização do Programa Bolsa Família, ou seja, são as áreas desprovidas que mais sofrem com o acesso à saúde.

Para enfrentar o problema do acesso e a priorização da atenção básica como ordenadora do sistema, o Brasil adotou várias estratégias, entre elas, o aumento em 2012 do financiamento da Atenção Básica (SAGE, 2013), o programa Requalifica UBS (SAGE, 2013), que investe em reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde, o investimento em banda larga e a informatização das unidades, o reconhecimento das várias modelagens de equipes adotadas pelos municípios e financiamento de equipes para áreas de difícil acesso, como população ribeirinha, assentados, quilombolas, população de rua. Para enfrentar o problema da qualidade, o Governo Federal instituiu o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este programa avalia a qualidade e o desempenho das equipes e dos profissionais na Atenção Básica, o estímulo à dupla inserção do profissional em Urgência e Atenção Básica, a expansão do Telessaúde, as ofertas de educação permanente e o apoio à implantação e qualificação de carreiras, entre outros (BRASIL, 2011i). Os resultados dessas estratégias podem ser evidenciados na Sala de Gestão Estratégica (SAGE) através da ampliação do acesso dos municípios brasileiros à Atenção Básica e melhor desempenho de alguns indicadores de saúde como mortalidade infantil. Adiante, o incremento de infraestrutura será analisado também por meio do PROVAB.

A formação dos médicos no Brasil e sua implicação na fixação para a Atenção Básica. Que médico estamos formando?

A Graduação Médica

Há várias dimensões e determinantes que interferem no processo de formação médica no Brasil. Esta pode ser analisada no âmbito da graduação, da pós-graduação e da educação permanente ou continuada. Estas etapas de formação são responsáveis pela visão do médico sobre saúde e repercute nas práticas médicas nos serviços.

Gentile (1983) resgata um histórico desse processo, discorre como se deu a introdução do modelo biomédico no Brasil, bem como sua repercussão no sistema de saúde. Por sua vez, Cruz (2004) e Feuerwerker (2002) discutem os movimentos de mudança propostos no percurso histórico.

O ensino médico no Brasil sofre forte influência do relatório Flexner, que propunha um modelo de formação científico, biologicista, cuja concepção de vida é mecanicista (CAPRA, 1982). A Medicina Moderna surge então sob a visão positivista e centrada na doença, descrita por Foucault (1998, p. 7), como: “O conhecimento das doenças é a bússola do médico”.

Nesta época, o exercício da medicina era eminentemente liberal: o paciente escolhia o seu médico, este definia seu local de trabalho e seus honorários livremente. Também tinha liberdade de escolha da terapêutica e não havia nenhum intermediário entre o médico e seu paciente (GENTILE, 1983).

Aos poucos, o hospital passou a ser o lugar central de manejo da doença, onde a medicina exerceu o seu poder e o saber científico mais intensamente (FOUCAULT, 1998, p. 18).

Essa concepção hospitalocêntrica ao mesmo tempo em que contribuiu para o avanço de descobertas e diagnóstico precoce de doenças, produziu um processo de

ultraespecialização e fragmentação do cuidado, somado aos altos custos e baixo impacto na resolutividade (CRUZ, 2004).

Neste contexto, surge a Medicina Preventiva, em meados da década de 1930, a Medicina Comunitária e a Medicina da Família na década de 1960, introduzindo àquela visão aspectos de prevenção e promoção da saúde.

Nos anos 1960/1970, houve forte expansão do setor saúde por meio do estímulo à atividade médica especializada, constituindo o chamado “complexo industrial do setor saúde” – através dos serviços contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) –, de credenciamento de prestadores, da medicina de grupo, das operadoras de seguro-saúde e das cooperativas médicas. A visão puramente liberal da prática médica, vigente anteriormente, foi sendo substituída pelo assalariamento, seja no setor público seja no setor privado.

Ao mesmo tempo, no campo da educação, no intuito de abarcar essa expansão, houve intenso processo de abertura desordenada de escolas médicas no País, articulado ao modelo biomédico hegemônico. Este crescimento, entretanto, concentrou-se nas regiões Sul e Sudeste, de forma articulada com a expansão da rede ambulatorial e hospitalar. Já as regiões Norte e Nordeste ficaram com vazios assistenciais e formativos.

Segundo Gentile, a graduação médica conviveu com a maior expansão de cursos de medicina da história:

[...] de 1961 a 1970 surgiram 45 novas escolas médicas com uma média de cinco faculdades anualmente”, gerando um impacto significativo na quantidade de profissionais:” enquanto na década de 1940 formaram-se 8.760 médicos, no final da década de 1970 este número subiu para 79.930 médicos (GENTILE, 1983, p. 41).

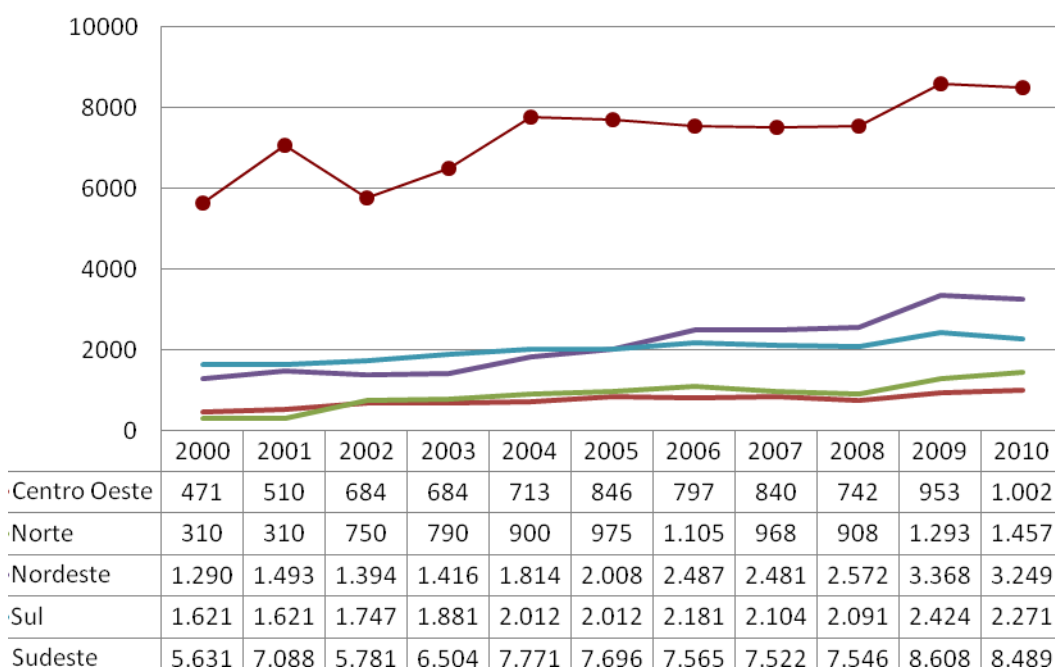
O crescimento desordenado e desarticulado, devido à ausência de regras de regulação estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), a inobservância das necessidades de saúde da população e, ainda, a lógica de ampliação baseada em número de escolas médicas e não em vagas, trouxeram várias distorções no

processo formativo, onerando o sistema educacional, o custo de infraestrutura necessário para se viabilizar um curso de medicina, bem como a rede de serviços de saúde necessária para dar conta da atuação das instituições públicas e privadas nos campos de práticas.

Somado a isto a ausência de docentes suficientes e qualificados para dar conta da demanda apresentada e de campos de práticas para atuação dos alunos, tornou o ensino eminentemente teórico, motivando a necessidade de se construir o chamado currículo paralelo dos estudantes nos serviços assistenciais e a buscar a estratégia de residência médica como forma de suprir as lacunas de formação, como será abordado mais adiante.

De 2000 até os tempos atuais, a expansão de escolas médicas foi proporcionalmente menor do que a descrita na década 1960/1970. Entretanto, um pouco mais direcionada para os eixos Norte (370%), Nordeste (151,9%) e Centro-Oeste (112,7%), conforme estudos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), como consta na Ilustração 3. No Sul e no Sudeste, o percentual de crescimento equivale, respectivamente, a 40% e 50,8%. Mas ainda não há regras e critérios claros de priorização de aumento de vagas nas localidades.

Ilustração 1 – Vagas em escolas médicas, por região, 2000-2010.



Fonte: Observatório RH – IMS/UERJ, 2012

Os estudos de Cohn (1982), Schraiber (1993), Donnangelo (1982) e Gonçalves (1978) apud Campos (2006), analisam a capitalização do setor saúde, iniciada a partir do advento da medicina moderna até os tempos atuais, com a migração dos médicos, na década de 1960/1970, para a condição de assalariamento, como citam, “categoria que engloba os médicos que vendem sua força de trabalho, por tempo determinado em troca de salário” (CONHN; DONNANGELO apud CAMPOS, 2006, p. 27-28) ².

Esta nova condição do trabalho médico não significa, entretanto, que a prática liberal deixou de fazer parte do trabalho médico. Autores como Campos (2006), Schraiber (1993) e Gonçalves (1979) mostram que, mesmo diante deste cenário, os médicos sempre encontraram uma forma de “recriarem sua prática autônoma” nos moldes do liberalismo, através de uma espécie de “assalariamento disfarçado” (GONÇALVES, 1978, p. 175-177) com diferentes formas de remuneração de procedimentos e técnicas, o que contribuiu para certa estratificação técnica e social no interior do trabalho médico (SCHRAIBER, 1993). Um exemplo desta situação são as formas de contratação do INAMPS à época, isto é, através de prestação de serviços para o atendimento aos previdenciários, estabelecendo a remuneração por produção, não cumprimento de jornada de trabalho e autonomia do profissional quanto à definição dos meios de trabalho para atendimento desta clientela (CAMPOS, 2006, p. 31).

A crise do setor saúde na década de 1970/1980 foi decorrente, portanto, de uma série de fatores já evidenciados, acarretando impacto na economia devido aos altos custos gerados pelo modelo assistencial.

Em paralelo e no âmbito da educação médica, surgem vários movimentos que propõem transformações do ensino médico no País.

Em 1970, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) propõe o ensino integrado na rede de atenção à saúde e a necessidade de formar médicos generalistas; o MEC cria uma comissão de ensino médico; é lançada a proposta

² CONHN, Amélia; DONNANGELO, Maria Cecília. Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo. In: CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento – A defesa da prática liberal da Medicina**. São Paulo: Hucitec, 2006.

Integração docente-assistencial (IDA), que buscou trabalhar fortemente com o conceito da Medicina de Família e a integração das universidades com o serviço. (FEUERWERKER, 2002).

Nos anos 1980, a Reforma Sanitária Brasileira consegue instituir legalmente o SUS, seus princípios e diretrizes e o seu papel de formulador e ordenador da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Surge, então, a necessidade de integrar as demandas do sistema de saúde público com a formação dos trabalhadores. Foi um período em que várias políticas foram implementadas, entre elas, o Programa Saúde da Família (PSF), a criação dos polos de saúde da família para formação de recursos humanos, a regulação de abertura de cursos passou a ser condicionada à aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Apesar disso, de forma paradoxal, o MEC instituía o Exame Nacional de Cursos, chamado “Provão” e determinava a abertura de cursos de medicina à revelia dos fluxos, sem o aval do Conselho Nacional de Saúde (CRUZ, 2004).

Em contraposição à proposta do MEC, surgiram alguns movimentos que propunham mudanças na formação médica no País, como a Comissão Interinstitucional Nacional de Ensino Médico (Cinaem), movimento constituído por docentes e discentes das escolas médicas do Brasil, entidades médicas, associações de ensino e movimento estudantil.

Esse movimento conseguiu, na primeira fase,³ traçar um diagnóstico amplo das escolas médicas brasileiras referente à infraestrutura, corpo docente, modelo pedagógico, estrutura político-administrativa e econômica, papel da escola médica na assistência e pesquisa. Na segunda fase, constituiu uma análise do modelo pedagógico e do corpo docente, consideradas questões mais críticas apontadas no primeiro diagnóstico. Por fim, na terceira fase, propôs um processo de transformação da escola médica (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 1996).

³ Na fase 1, chegou-se à conclusão no diagnóstico que os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada e os principais problemas eram modelo pedagógico e recursos humanos da escola (docência), passando estes temas a serem focos prioritários da fase 2.

Para Feuerwerker (2002), a Rede Unida⁴ também foi um movimento que buscou mudanças no processo de formação médica (FEUERWERKER, 2002).

Concluíram que o modelo de formação médica separa o curso em três etapas: o primeiro ciclo trata da incorporação do conhecimento através do método positivista; o segundo ciclo, da semiologia – produção de significado, linguagem e metodologia de trabalho –; e, por fim, o profissionalizante, momento de intervenção e incorporação de habilidades técnicas e procedimentos (SANTOS, 1998; CRUZ, 2004; COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 1996).

A fragmentação também é destacada quando o saber científico é tomado como o único objeto da aprendizagem, gerando “uma relação de dependência do aluno com o docente, fonte quase exclusiva de saber, e uma baixa autonomia do aluno na compreensão dos problemas de saúde da população” (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 2000 apud SANTOS, 1998, p. 97).

Propõe-se, então, que o objeto da formação médica sejam as necessidades de saúde da população, em que os diversos saberes articulados em torno deste objeto servem como insumos do processo pedagógico. O docente passa a ter um papel de tutor e mediador da aprendizagem e o aluno sai da condição passiva para de sujeito do processo de aprendizagem (SANTOS, 1998; FEUERWERKER, 2002).

Este processo motivou as escolas médicas a apostarem em um currículo que incorporasse um conceito ampliado de saúde, adotasse metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, estivesse articulado com a educação permanente voltada para mudança do processo de trabalho e que objetivasse a aquisição de novas competências (BRASIL, 1996a).

A conformação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) desencadeada pela Secretaria de Ensino Superior (SESU/MEC), em 1997, teve forte influência deste movimento, embora não tenha havido interesse em investir na mobilização e

⁴ Rede constituída a partir da integração do Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI), apresentando projetos de integração docente – assistencial (IDA) existentes no País.

protagonismo dos sujeitos desse processo para uma mudança mais consistente do conjunto das escolas médicas no País. O MEC publica, em 2006, as DCNs, em que fica evidenciada a necessidade da integração do aparelho formador pautado nos marcos legais oriundos da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nas demandas do SUS, tendo como base os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e a Política Nacional de Educação na Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde através da SGTES, em 2003. (BRASIL, 1996a).

A partir deste processo, algumas iniciativas governamentais foram criadas para aprofundar a integração ensino-serviço e incentivar as transformações do processo de formação, como o caso da “instituição de parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde” através de Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. a criação do Pró-Saúde e do PET-Saúde; o Aprender SUS, com o curso de especialização dos Ativadores do processo de mudança; e o VER-SUS (FEUERWERKER; LIMA, 2004).

As DCN apontam para um caminho, mas o modelo de formação médica hegemônico segue a lógica liberal-privatista, na qual o ensino é focado em disciplinas, dando ênfase a procedimentos e à transmissão do conhecimento em detrimento do olhar voltado para as necessidades individuais e coletivas da população na perspectiva de modelo de atenção à saúde que cuida das pessoas (MERHY, 2002).

Nesse sentido, é importante analisar em que medida as diretrizes transformaram-se em políticas prioritárias dentro das universidades. Perguntar por que a maioria dos atores que buscou instituir mudanças nas suas escolas ainda é minoritária em seus departamentos.

Apenas a norma não modifica comportamentos e práticas dos sujeitos. É fundamental considerar a micropolítica, a arena onde os atores movimentam-se e modificam o curso da política.

Há necessidade, portanto, de mudar o objeto da prática médica e da formação profissional e investir na efetivação das DCN no cotidiano das escolas e dos serviços.

Entretanto, se não houver a clareza de que o objeto da formação deve ser as necessidades de saúde da população (SANTOS, 1998), as reformas curriculares e as novas metodologias servirão apenas como um paliativo a este processo de mudança.

A formação de especialistas no Brasil

O histórico da formação de especialistas no Brasil passa por uma intensa necessidade de suprir as deficiências da graduação em virtude dos aspectos já descritos anteriormente. A insuficiência de treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina e a existência de mercado de trabalho voltado para a especialização foram fatores essenciais para conformação da maior estratégia de formação de especialistas no Brasil, a residência médica (FEUERWERKER, 1998).

Nesta época, com a expansão do setor saúde e a criação de novos postos de trabalho em virtude da expansão da rede ambulatorial especializada e hospitalar pública, associado à transição da medicina eminentemente privada para incorporação do setor suplementar e do componente público mais fortemente, tornava-se imperativo o investimento na formação de especialistas para atender estas demandas.

Desde a sua criação, a residência médica tornou-se a estratégia para suprir as deficiências vivenciadas nos cursos de graduação em virtude de um histórico já demonstrado em relação à escola médica na preparação dos futuros médicos.

A ampliação das residências médicas ocorreu em diversos momentos da história, muitas vezes sem a regulamentação esperada, funcionando como mão de obra barata para os serviços em expansão, o que culminou em momentos tensos de greve deste contingente de residentes. Apesar disso, a demanda sempre foi maior do que a oferta de vagas, em diversos períodos da história. (FEUERWERKER, 1998).

A partir da necessidade de definição de regras para esta modalidade de especialização, foi criada, em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por meio da Lei nº 6.932/1981, com a participação de um colegiado composto por gestores das três esferas de governo, corporações, médicos

residentes, associações de ensino e sindicatos que objetivam definir o conjunto de especialidades existentes no País, os regramentos para abertura de programas de residência médica e a sua conceituação enquanto:

modalidade de ensino de pós-graduação destinado a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981b).

Apesar do papel regulatório da CNRM na formação de especialistas no País, há ainda centralização de decisões que poderiam estar descentralizadas para as Coordenações Regionais de Residência Médica (Coremes) ou Coordenações Estaduais. (FEUERWERKER, 1998).

Em paralelo a esta modalidade de formação de especialistas, o sistema Associação Médica do Brasil (AMB), passou a assumir, com a anuência da CNRM, a certificação de títulos de especialistas no Brasil. Esta se dá através de uma prova a que o candidato é submetido. Para realizar a prova, o médico precisa comprovar que cursou residência ou especialização ou, em caso de não cumprir os requisitos anteriores, que tem anos de experiência comprovados de atuação na especialidade. Como no Brasil o exercício da medicina é livre após a graduação, pode ocorrer de o médico já exercer a especialidade sem o título de especialista. Com a exceção da prova e da experiência acumulada, não há nenhum fator que regule a concessão dos títulos de especialista. Além da certificação, o sistema AMB também forma especialistas de acordo com as diretrizes estabelecidas pela corporação nas referidas sociedades de especialidades.

Assim, evidencia-se que há três formas de inserção de especialistas no mercado. A primeira forma é através da residência médica, modalidade de treinamento em serviço que segue os regramentos definidos pela CNRM. A segunda forma trata-se de certificação de especialistas através do sistema AMB. E a terceira, a menos comum, através dos mestrados e doutorados, sendo importante destacar que, em geral, apresentam insuficiente articulação com a prática.

Alguns temas estratégicos, como a definição de quais e quantas especialidades serão prioritárias para o SUS e em quais localidades são necessárias, de acordo com cada região de saúde do País; como o Estado brasileiro regulará a expansão ou a restrição de especialidades no sistema; como que tipo de modelo de formação de especialistas será conformado, são agendas ainda pouco discutidas no âmbito da CNRM, embora já sinalizadas pela sociedade, conforme cita a Conferência de Recursos Humanos:

A quantidade e a qualidade de profissionais, a serem especializados, devem obedecer antes às necessidades de prestação de serviços do sistema como um todo do que à diversificação do desenvolvimento científico, da produção de equipamentos, ou à demanda dos profissionais isoladamente compreendendo-se que as necessidades do Sistema Único se diferenciam regionalmente, assim também deve diferenciar-se a quantidade e a qualidade de especialistas a serem formados conforme essas particularidades regionais. (BRASIL, 1986, p. 31).

Já a formação de pós-graduação no âmbito de mestrado e doutorado segue diretrizes geridas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), agência certificadora de pesquisa e ensino de pós-graduação.

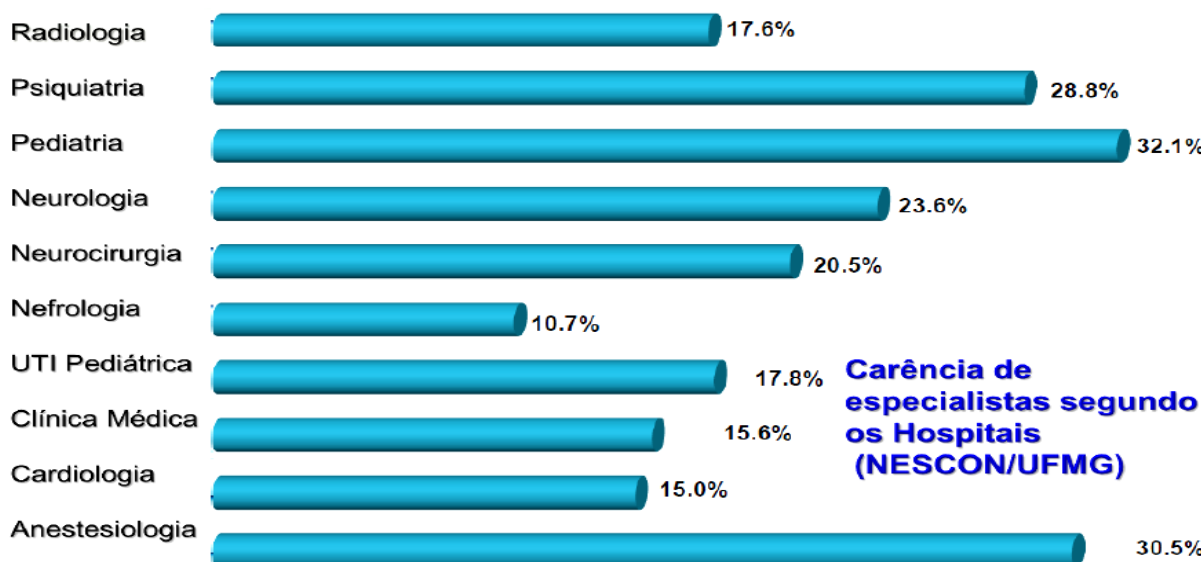
Diferentemente das residências, que são mais voltadas para “treinamento em serviço”, essa modalidade de pós-graduação tem papel de aprofundamento teórico sobre determinados temas e não está habilitada a fornecer título de especialidades médicas voltadas para a clínica ou para procedimentos. Mas é importante ressaltar que ainda não foram devidamente discutidas as potencialidades dos mestrados profissionalizantes como forma de possibilitar articulação com a prática nos serviços, como discute Feuerwerker (1998).

O que se observa hoje, entretanto, é que não há diretrizes e regras únicas para formação de especialistas no Brasil e nenhum mecanismo que regule a oferta de acordo com as necessidades do sistema. A oferta de vagas nas diversas modalidades é regulada pelo mercado e pelas corporações, seguindo o modelo liberal.

Essa dinâmica gera um estrangulamento e/ou carência de oferta de algumas especialidades nas diversas regiões do País. Estudos realizados pelo Núcleo de

Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCOM/UFMG), em 2009, mostram, por meio de pesquisa realizada com gestores hospitalares, carência de algumas especialidades, conforme descrito na Ilustração 2 a seguir.

Ilustração 2 – Carência de especialistas segundo os gestores de hospitais.



Fonte: relatório da pesquisa “Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde”, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCOM/FM/UFMG), 2009.

A Residência Médica constitui uma das mais eficientes estratégias de fixação de profissionais de saúde, “não apenas pelo aspecto da formação, mas também por toda a infraestrutura e desenvolvimento que o programa leva para a região” (BRASIL, 2012q⁵). Isso foi demonstrado também em vários estudos, por exemplo, a pesquisa realizada pela Rede Observatório de Recursos Humanos de São Paulo, constatando que, em média, 82% dos residentes continuaram no mesmo estado onde fizeram residência.

Há necessidade, entretanto, de maior regulação deste processo, o que passa pela definição de demografia das especialidades por região do País, considerando

⁵ Extraído do Seminário de Provimento da SGTES em 2010. Neste mesmo seminário, foi citado um artigo publicado na *New England Journal* (2010), que mostra: “a Residência é a melhor estratégia de fixação desses profissionais”.

os vazios assistenciais existentes e os investimentos que estão sendo realizados até a regulação do processo de expansão. Devemos voltar o olhar para a rede de atenção e não apenas para o hospital, sendo este um reflexo do modelo de formação médica na graduação. Ter mais especialistas é hoje estratégico para o sistema, mas sem estas definições podemos estar reproduzindo um modelo assistencial caro e de baixa resolutividade para o sistema.

Com o objetivo de enfrentar estas questões, em 2009, o Ministério da Saúde criou o Pró-residência, programa que objetiva financiar bolsas de residência médica e multiprofissional em especialidades prioritárias para o SUS. Além disso, objetiva introduzir esta estratégia em regiões remotas, agregando a proposta do matriciamento por parte de instituições de ensino nestes locais.

Houve um incremento recente de 1.653 bolsas de residência oferecidas no País, com a perspectiva de expansão de quatro mil bolsas até 2014 de acordo com o Plano Plurianual do Ministério da Saúde. Além das bolsas, está previsto, para 2013, financiamento, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), de cerca de 80 milhões de reais em recursos de capital e custeio para expansão de vagas de residência e fomento de residência em rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012b).

Corroborando com este pensamento, a 14ª Conferência Nacional de Saúde apontou para a necessidade de:

Ampliar as vagas de residência médica e multiprofissional, com ênfase na Saúde da Família e demais áreas em que há carência de profissionais do Sistema Único de Saúde, atreladas às políticas de interiorização da saúde. (BRASIL, 2012r).

O que observamos, entretanto, é que oferta de vagas ainda se concentra na região Sudeste e algumas delas apresentam elevado índice de ociosidade, como é o caso da Medicina de Família e Comunidade, que chegou a ter 70% de suas vagas ociosas.

Diferentemente de alguns países cuja formação não se encerra na graduação e o egresso do curso de medicina se insere de forma obrigatória em Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade, no Brasil, a lógica liberal permite

o exercício livre da profissão em todas as especialidades, cabendo a escolha de cada indivíduo pelo seu processo formativo.

A lógica do mercado é o balizador das escolhas, por isso algumas especialidades necessárias para o SUS não são atrativas para os profissionais, como é o caso da Medicina da Família e Comunidade, seja por status seja por valor de mercado. Os que optam por atuar neste campo, majoritariamente, têm se inserido diretamente no mercado em vez de iniciar sua atuação por um programa de residência médica, uma vez que a proposta remuneratória nos serviços é superior à proposta do programa de bolsas de residência, somado ao fato de estes profissionais terem a opção de adquirir o título de especialista pelo sistema Associação Médica Brasileira (AMB), depois de dois anos de experiência, conforme já relatado. Isso torna pouco atrativo o ingresso em programas de residência desta natureza.

Para enfrentar este problema, o Ministério passa a reconhecer, em 2012, através da Portaria GM/MS nº 3.083/2012, as equipes de médicos residentes e preceptores no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), permitindo, além das bolsas federais, o financiamento destas equipes pelo Piso de Atenção Básica. Esta foi uma das estratégias utilizadas para reduzir a ociosidade de vagas na Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) uma vez que, com financiamento, estas equipes podem ser remuneradas através de equiparação de sua remuneração ao valor de mercado.

Apesar da proposta de expansão apresentada pelo MS, a residência médica ainda é um “funil”, em que o profissional disputa uma vaga permitindo ainda que poucos médicos tenham acesso aos programas existentes no País.

Depois de quase meia década, há ainda falhas importantes na graduação, sendo a residência uma saída para os egressos de medicina complementarem seu processo de formação médica, considerado incompleto e insuficiente. Não há outra estratégia de especialização ou de formação continuada que possa suprir esta necessidade. São poucas experiências que conseguiram instituir mestrados profissionalizantes, especializações ou processos consistentes de educação permanente. Isto tem sido um fator gerador de escassez de especialistas nas

regiões, sendo a residência a única modalidade prevista que articula trabalho (prática) com educação.

Contudo, o PROVAB, programa de provimento que introduz o incentivo de 10% na pontuação das provas de residência médica, o qual discutiremos adiante, associado à política de expansão de vagas de residência, poderá contribuir com a modificação desta realidade.

Com a proposta de ampliação de acesso através das Redes de Atenção à Saúde, há a necessidade de quantidade suficiente e de profissionais qualificados para atuar nas Redes de Atenção, em especial na saúde mental, na oncologia, na terapia intensiva e na urgência e emergência, de forma a compreender o seu papel na integralidade do cuidado e da atenção à saúde, produzindo significados e intervindo com resolutividade.

É perceptível que o modelo biomédico ainda predomina no processo de formação médica, a alta tecnologia, a hospitalização, a medicina centrada em procedimentos, influenciam tanto a graduação quanto a pós-graduação. A escola médica ainda encontra-se distante das necessidades do SUS. O desejo de grande parte dos estudantes de medicina é ainda fazer uma especialidade que seja bem remunerada pelo mercado e que se aproxime da prática liberal.

Concluimos, portanto, que a graduação e a pós-graduação são fatores determinantes do modo como este médico está se inserindo no mercado de trabalho, as suas escolhas e o seu perfil profissional diante das necessidades do SUS e dos indivíduos. Isso interfere diretamente na qualidade da assistência e do cuidado em saúde, assim como no provimento e fixação de profissionais de acordo com as necessidades do SUS.

As políticas de indução para provimento e fixação de profissionais estabelecidas no Brasil e no mundo

Inúmeros países têm adotado políticas de provimento de médicos e profissionais de saúde em áreas remotas. A maioria dos países da América do Sul e América Central possui estratégias, das mais variadas, de provimento, fixação e distribuição de médicos. Maciel Filho (2007) descreve, em sua tese de doutorado, as estratégias de alguns países para enfrentamento deste problema. Relata a experiência de serviço civil obrigatório no Peru, Equador, Costa Rica, Colômbia e México. Neste último país, a experiência é mais consolidada, uma vez que adota essa estratégia desde 1945 através dos centros rurais cooperativos, em que o estudante permanece por 12 meses no local como requisito obrigatório para obter o registro de médico. Na Colômbia, destaca-se forte integração com universidade, influenciando a reforma curricular do ensino.

Outras experiências observadas articulam provimento e carreira sanitária, como no Chile, considerando distâncias geográficas, o risco, e prevendo estrutura e condições de trabalho, ascensão profissional e oportunidades de desenvolvimento técnico. (MACIEL FILHO, 2007; Brasil, 2012q). Já a Austrália busca prover profissionais por meio de estímulo de bolsas de estudo para que estudantes ingressem em cursos de medicina, sendo obrigatória, nos currículos, a atuação da escola médica em áreas rurais e remotas, além de tornar obrigatória a atuação por seis meses dos profissionais que se formam em Clínica Geral. (MACIEL FILHO, 2007).

Mercer, em seminário promovido pela SGTES em abril de 2010, relata algumas experiências de provimento, entre elas a dos Estados Unidos, que recrutam cerca de quatro mil equipes por ano para áreas remotas através de programa específico o *National Health Service Corps* (NHSC). Esse programa, instituído em 1971, inclui pagamento da formação universitária, despesas com alimentação, moradia, material didático, refinanciamento de dívidas estudantis, entre outros.

Segundo Campos, Girardi e Machado (2009, p.14),

54 milhões de pessoas nos Estados Unidos residem em regiões com escassez de profissionais de saúde, sem acesso a cuidados básicos, em razão de barreiras econômicas, geográficas e culturais, sendo três mil áreas geográficas designadas pelo Governo Federal como áreas carentes ou desassistidas de profissionais de saúde.

Esses autores, dialogando com os estudos de Pong, Barer e Stoddard (2008), relatam a situação do Canadá, cuja proporção de médicos é de 210 médicos por 100 mil habitantes, sendo que menos de 10% destes atuam em áreas rurais, apesar de 21% dos canadenses viverem nestas áreas. No início dos anos 1990, o tema do provimento de médicos foi considerado neste país um dos pontos críticos do sistema de saúde (CAMPOS; GIRARDI; MACHADO, 2009). Resumindo, há vários mecanismos utilizados pelos países para prover profissionais de saúde, que vão desde as propostas mais voluntaristas até ações articuladas com incentivos, por exemplo, bolsa com auxílios alimentação e moradia, alguns propõem processos de educação continuada com envolvimento de instituições universitárias e em outros casos a atuação nestas áreas tornou-se pré-requisito para obtenção de registro profissional, créditos educativos e ingresso em especialidades médicas ou bolsas de pós-graduação. Ainda há outros que articulam carreira com provimento.

Constata-se, portanto, que o “problema do provimento não é um problema novo” (BRASIL, 2012q, p. 9), remete a vários países, como observamos nos parágrafos anteriores. Igualmente, constata-se que, mesmo que no futuro tenhamos uma proporção de médicos por habitante considerada “ideal”, provavelmente, teremos áreas com carência de profissionais de saúde, devido a um conjunto de fatores já discutidos, entre eles, a pouca atratividade local, questões de mercado e perspectiva de formação.

No Brasil, os programas de provimento e fixação remontam a época da ditadura militar, que implementou o Projeto Rondon: iniciativa com o objetivo de levar estudantes a atuarem em locais de difícil acesso, expandindo ações e serviços de saúde (MACIEL FILHO, 2007). Ainda neste período, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), sendo este último uma das estratégias de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), que estava surgindo à época e

que foi responsável pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial de várias localidades carentes de atendimento à saúde. Maciel Filho (2007) relata minuciosamente, em sua tese de doutorado, as iniciativas de enfrentamento dessa questão pelo Brasil.

Com o lema “Integrar para não entregar”, o Projeto Rondon, de 1960 a 1989, objetivava a preparação de recursos humanos para a Integração Nacional. Participaram 350 mil estudantes universitários e 13 mil professores no interior do País, em áreas desprovidas de infraestrutura, através de ações de saúde e ações educacionais.

Contudo, num determinado momento, foi percebido como estratégia fascista de “anestesiando os estudantes”. Os atrativos ofertados para a participação no projeto foram: agregação salarial para servidores públicos, créditos especiais para aquisição de casa própria, equipamentos para consultórios ou implantação de negócios na rede privada.

Por sua vez, o PIASS, criado em 1970-1985, objetivou ampliar a cobertura e implantar a estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes no Nordeste. Estava mais voltado para a atuação do nível médio e elementar. Surgiu na época da expansão do modelo previdenciário e foi muito criticado pelo fato de se remeter a uma visão de “medicina de pobre para pobre”.

Já o PISUS surgiu no momento da descentralização do SUS, em 1993-1994, e buscou a interiorização de equipe mínima de saúde, composta por médico, enfermeira e agente comunitário de saúde, que contava com o suporte de uma unidade de saúde. Atingiu 398 municípios da região Norte. A oferta do programa era garantir as adequadas instalações físicas, moradia para médicos e enfermeiros, contrato formal com pagamento por produção pelo gestor municipal através de repasse do MS.

Em seguida, temos a proposta do PITS, com o objetivo de ampliar a cobertura do PSF através do provimento de médicos e enfermeiros em áreas cujo PSF ainda não tenham sido implementado. As ofertas apresentadas para os profissionais eram incentivo financeiro (bolsa federal) e formação profissional, como tutoria e supervisão continuada semipresencial contratada pelo CNPQ, cursos

autoinstrucionais, curso introdutório do PSF, curso de especialização em saúde da família, seguro de vida e acidentes pessoais, moradia, alimentação, transporte e certificação. Apesar do grande número de inscritos, apenas 300 municípios, 421 profissionais, sendo 181 médicos e 240 enfermeiros, concluíram o programa.

O Projeto Rondon tinha uma participação mais restrita ao MEC, mas, ao longo do processo, os programas de provimento foram sendo descentralizados, com a participação de estados e municípios. O PITS já envolveu o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), o Programa Comunidade Ativa, as Entidades Médicas e de Enfermagem, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e as Coordenações estaduais do PSF. (MACIEL FILHO, 2007). Buscando analisar de forma comparativa as políticas de provimento adotadas no Brasil, elaboramos a Tabela 1, que traz quadro comparativo dessas experiências, observando os objetivos, a base legal, o período, o público-alvo, o total de participantes, as localidades escolhidas, as ações desenvolvidas, as ofertas existentes, o financiamento, a governança dos programas, o contexto político à época e as dificuldades enfrentadas por cada programa.

Tabela 1 – Quadro comparativo das experiências de provimento de profissionais da saúde no Brasil.

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
Objetivo	Integração nacional; Interiorização; Desenvolvimento Nacional e Preparação de recursos humanos.	Extensão de cobertura; Implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades até 20 mil habitantes no Nordeste; caráter permanente.	Interiorização de equipe mínima de saúde com suporte de uma unidade de saúde.	Maior e melhor distribuição de médicos; Aperfeiçoamento da formação e impulsionamento da Atenção Básica.	Provimento de médicos, enfermeiros e dentistas em áreas remotas e de extrema pobreza articulada à proposta de supervisão.	Provimento de médicos, articulada à proposta pedagógica de especialização e supervisão.
Base legal	Decreto	Decreto		Decreto Portaria	Portaria Resolução da CNRM	Portaria Lei
Período	1960 – 1989	1970-1985	1993- 1994		2011 - 2012	2012 - 2013
Público	Estudantes universitários e servidores públicos	Predominantemente nível médio e elementar	Médico, Enfermeiro e ACS	Médicos e Enfermeiros	Médicos e Enfermeiros	Médicos
Total de participantes	350.000 universitários e 13 mil professores	-	-	300 municípios com 421 profissionais, sendo 181 médicos	381 médicos, 1.073 enfermeiros e 313 dentistas	8. 426 médicos inscritos e 13.000 vagas em 2.834

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
				e 240 enfermeiros		municípios
Localidades	Interior do País, áreas desprovidas de infraestrutura	Áreas desprovidas de infraestrutura	398 municípios da região Norte	151 municípios até 50 mil habitantes que não tenham PSF, com piores indicadores de saúde, participantes dos programas sociais do Governo Federal.	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos	Todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis/grupos
Ações	Ações de saúde e ações educacionais através da integração com os <i>campi</i> avançados	Saneamento básico e programas de desenvolvimento socioeconômico	UPA's Interiorização do médico, do enfermeiro e ACS	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica	Ações em saúde para a Atenção Básica

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
Ofertas	Agregação salarial pra servidores públicos, créditos especiais para aquisição de casa própria, equipamentos para consultórios ou implantação de negócios na rede privada	-	Adequadas instalações físicas, moradia para médicos e enfermeiros, contrato formal com pagamento por produção pelo gestor municipal através de repasse do MS. Transporte de pacientes, garantia de pessoal (auxiliares na US)	Incentivo financeiro (bolsa) e formação profissional como Tutoria e supervisão continuadas semipresencial contratada pelo CNPQ, cursos autoinstrucionais, curso introdutório do PSF, curso de especialização em saúde da família; Seguro de vida e acidentes pessoais, moradia, alimentação e transporte; Certificação	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, curso de especialização em saúde da família; Contrato pelo município (PAB), bônus de 10% para as provas de residência sobre avaliação de desempenho, acesso ao telessaúde em locais disponíveis, moradia e alimentação quando não acessível.	Tutoria e supervisão continuadas semipresencial, módulos autoinstrucionais, curso de especialização em saúde da família; Bolsa federal; Contrato pelo município (PAB), bônus de 10% para as provas de residência sobre avaliação de desempenho, acesso ao telessaúde em locais disponíveis, moradia e alimentação quando não

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
						acessível.
Financiamento	Governo Federal	Ministério da Saúde/FAS*, Estados e Municípios /FPE e FPM, Previdência – INPS e FUNRURAL	Ministério da Saúde e Estados (50%)	MEC, MS e municípios	Ministério da Saúde e Municípios	Ministério da Saúde
Governança	MEC – (Coordenação nacional, regionais, estadual e de áreas); articulação loco-regional através dos	GEIN * - MS, MPAS, Gabinete da Presidência da República	MS/DCASS, estados e municípios, não se caracterizava como um programa verticalizado	MS, CONASS, CONASEMS, OPAS, Programa Comunidade Ativa, Entidades Médicas e de Enfermagem,	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UnA-SUS, Municípios e Instituições de Ensino	MS, CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, UnA-SUS, Estados, Municípios e Instituições de

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
	polos de desenvolvimento integrado e com as universidades (campi avançados)			Denem, Coordenações estaduais do PSF		Ensino
Dificuldades	Ditadura Militar Infraestrutura de serviços. Utilização indevida das estruturas	Golpe Militar	Mudança de Governo	Instabilidade eleitoral	Problemas junto ao reconhecimento das instituições na incorporação da pontuação da residência, pequena participação dos Estados, falhas na comunicação e dificuldade na efetivação dos contratos com os municípios	As mudanças ainda não foram implementadas
Aspecto político	Encarado pelo movimento	Expansão dos serviços de saúde.	Descentralização, advento do SUS,	Expansão de Cobertura do PSF	Ampliação do acesso, implantação	Ampliação do acesso, implantação

ANÁLISE	RONDON	PIASS	PISUS	PITS	PROVAB 2012	PROVAB 2013
	estudantil como estratégia de “anestesiá os estudantes”, prática fascista.	Projeto com condições de disputar hegemonia do modelo previdenciário. Expansão da rede ambulatorial Crítica de visão de Medicina de pobre para pobre	objetivo de fortalecer a municipalização		das Redes de Atenção à Saúde	das Redes de Atenção à Saúde

Fonte: Autoria própria, 2012.

Observamos que, embora o Estado tenha se esforçado para instituir políticas de provimento ao longo de todos estes períodos, sendo estas responsáveis pela inserção de vários profissionais nesta experiência, segundo Médici (1993 apud MACIEL FILHO, 2007), estas medidas não foram suficientes por si só para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no País e, conseqüentemente, da fixação. Alguns fatores influenciam neste processo, entre eles, o fator econômico e social, como importantes fatores impeditivos de fixação, as condições de trabalho e a educação permanente.

Em 2011, o MEC e o MS, baseados no PNS e como estratégia de provimento e fixação de profissionais no SUS, lançaram um conjunto de medidas que deve se articular no território e buscar atrair e reter os profissionais de saúde nas localidades mais necessárias. Entre estas medidas, destacam-se:

1- O Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), criado por meio da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001. Todavia, somente em 2010, através da Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, prevê benefícios para médicos que atuarem na Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS, concedendo abatimento de 1% do saldo de dívidas com direito à carência estendida. “Voltado para profissionais que atuem nas Equipes de Saúde da Família dos municípios com carência de profissionais e em 16 especialidades médicas que são prioritárias para o SUS” (BRASIL, 2010b).

2- O Revalida com o objetivo de formalização do processo de revalidação de diplomas estrangeiros no Brasil. De acordo com os dados do Revalida 2011, dos 65 aprovados, 31 eram brasileiros, 4 bolivianos, 6 colombianos, 6 argentinos, 3 peruanos, 1 alemão, 3 cubanos, 3 equatorianos, 3 venezuelanos, 2 nicaraguenses, 1 cabo-verdiano, 1 francês e 1 dominicano.

3- A ampliação da oferta de vagas em cursos de medicina em locais necessários, com rede de atenção estruturada e projeto pedagógico voltado para atender à integralidade do cuidado e as redes de atenção à saúde.

4- O PROVAB, que objetiva prover e incentivar profissionais a atuarem na atenção básica, através de estratégias de educação a distância e supervisão

pedagógica articulada ao “bônus” de 10% nas provas de residência médica para aqueles que tiverem interesse em ingressar nos programas de residência.

5- Educação permanente para os trabalhadores do SUS, educação a distância através do Sistema Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS), telessaúde com suas modalidades de tele consultoria, segunda opinião formativa, teleducação e telediagnóstico, e o portal de periódicos da CAPES, disponibilizando para todos os profissionais de saúde inscritos nos conselhos de classe acesso a periódicos indexados e de reconhecimento científico mundial.

6- A priorização das residências como importante estratégia de fixação e de formação de médicos para o sistema de saúde revela-se através de uma política de expansão já anteriormente citada em articulação com a formação de preceptores para o SUS como ação prioritária neste período.

Agregam-se a estas ações para fixação de médicos, a valorização dos trabalhadores, por meio da avaliação de desempenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) na Atenção Básica com a certificação das equipes e a remuneração variável articulada ao desempenho, as Diretrizes para a Carreira do SUS e o INOVASUS Carreira, lançado em 2012, com o objetivo de possibilitar o fomento de iniciativas de carreira nos estados, municípios ou regiões de saúde, que apresentem características como mobilidade territorial, avaliação de desempenho, articulação ao processo de formação, de educação permanente, provimento e fixação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012s).

Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB): estudo de caso

O PROVAB é um programa criado pelo MS para prover médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas “em áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade”, conforme art. 2º, item I, Portaria nº 2.087/2011 (BRASIL, 2011h; 2011b).

Além do aspecto do provimento, o programa prevê:

[...] estratégias de educação à distância como a especialização em Saúde da Família pela UnA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e telessaúde, atividades supervisão presencial e à distância desenvolvidas por tutores de instituições de ensino”, [além do] “bônus de 10% para os médicos que pretenderem ingressar em qualquer Programa de Residência Médica a partir de uma avaliação de desempenho destes profissionais no PROVAB. (BRASIL, 2011b).

A adesão dos municípios se dá através da assinatura de termo de compromisso e as Instituições de Ensino são responsáveis pela supervisão pedagógica e avaliação. A capacitação, a partir de módulos autoinstrucionais e a especialização em Atenção Básica, são de responsabilidade da UnA-SUS.

A Gestão do Programa

A gestão do programa foi realizada pelo MS, municípios, UnA-SUS e Instituições Supervisoras. O MS foi responsável pela seleção dos profissionais, coordenação, seleção das instituições de ensino vinculadas ou não às universidades, financiamento da supervisão e do curso de especialização, dos consultores estaduais que fazem o papel de acompanhamento e avaliação do programa e pelo pagamento das bolsas para enfermeiros e dentistas não contratados pelos municípios. Assumiu, ainda, o papel de implantar os núcleos de telessaúde nas instituições supervisoras ou nas unidades de saúde, conforme art. 8º

da Portaria Interministerial 2.087/2011 e termo de compromisso de adesão ao PROVAB entre o MS e o município.

O município, por sua vez, responsabilizou-se por acompanhar os profissionais, disponibilizar a unidade de saúde, moradia, alimentação e deslocamento em áreas de difícil acesso e ainda pelo pagamento dos profissionais contratados. As instituições supervisoras foram as instituições de ensino responsáveis por escolher e coordenar a supervisão dos profissionais médicos, uma vez que a supervisão dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas foi substituída pela tutoria do curso de especialização.

As responsabilidades dos gestores do SUS com o programa nas suas diversas esferas de gestão estão definidas no termo de compromisso constante da Portaria Interministerial 2.087/2011, no qual há destaque para o papel do município na contratação dos profissionais de saúde:

[...] no prazo mínimo de 12 meses por meio do regime celetista, jurídico único ou contratação temporária, em assegurar adequadas condições de trabalho e remuneração de acordo com a média salarial praticada na região e oferta de condições de moradia, transporte seguro, alimentação adequada e água potável quando necessário e nos locais de difícil acesso e de impossibilidade do profissional adquirir por conta própria (BRASIL, 2011b).

Percebe-se, nos editais, ausência do papel do Estado neste processo, o que foi construído gradativamente através das oficinas realizadas.

Na visão atual que conformou o PROVAB 2013, o Estado deve assumir a Coordenação Estadual do Programa no âmbito da articulação interfederativa, de forma a apoiar e acompanhar os municípios no desenvolvimento do PROVAB e estabelecer um processo efetivo de articulação com as instituições supervisoras nas ações junto aos municípios.

A Portaria Interministerial 2.087/2011 definiu instâncias de acompanhamento e de coordenação, como a Comissão Coordenadora e a Comissão de Implantação e Acompanhamento do programa.

A Comissão Coordenadora tem o papel de cogestão do programa e é composta por gestores das três esferas de governo, sendo a União representada pelo Gabinete do Ministro (GM/MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), Secretaria Executiva (SE/MS), Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), Ministério da Educação (MEC), 1 (um) representante da Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), 1 (um) representante das instituições de ensino superior.

Já a Comissão de Implantação e Acompanhamento tem o papel de avaliar e acompanhar os desdobramentos do programa, funcionando como um conselho consultivo. É composta pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno); Conselho Federal de Medicina, Enfermagem e Odontologia; Federação Nacional dos Médicos (Fenam); Federação Nacional de Enfermeiros (FNE); Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); Associação Médica Brasileira (AMB); Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino (Andifes); Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais (Abrauem); e Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR); e representações nacionais dos estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia. (BRASIL, 2011b).

Inicialmente, a lógica organizada pelo programa mostrou de forma clara grande protagonismo da instituição supervisora, haja vista ela ser a responsável inclusive pelo processo seletivo dos profissionais, conforme discorre a cláusula quarta do anexo I do Edital nº 7, de dezembro de 2011.

A seleção

Os municípios priorizados pelo Programa tiveram como referência a base populacional e a Portaria Interministerial nº 2, de 25 de agosto de 2011, que definiu os municípios contemplados pelo FIES.

O processo seletivo da escolha dos profissionais ocorreu através do Edital nº 1, de 9 de janeiro de 2012, no qual os municípios foram distribuídos em cinco perfis:

capital e região metropolitana, município maior que 100.000 habitantes, grupo intermediário (aquele que não se encaixasse em nenhum perfil), população rural e pobreza intermediária, população rural e pobreza elevada e populações quilombolas, indígenas e assentados rurais.

Diferentemente do Projeto Rondon e do PITS, os 5.565 municípios brasileiros existentes à época puderam concorrer à vaga do PROVAB 2012, manifestando a sua adesão de acordo com os cinco perfis acima já elencados. A divisão em perfis objetivou estabelecer critério equitativo na distribuição das vagas para os profissionais, evitando uma concentração maior nas áreas urbanas e região metropolitana. Este escalonamento permitiu um processo de escolha que se deu a partir de cada grupo de forma sequenciada. A primeira seleção foi da região metropolitana com 672 municípios que compunham o grupo 1. Em seguida, dos 4.893 municípios que sobraram e não faziam parte do grupo 1, foram eleitos 128 municípios com população acima de 100.000 habitantes. Com os 4.765 municípios que não faziam parte dos grupos anteriores, foram criados os grupos 4 e 5, formados com 2.130 municípios selecionados para o programa do FIES, divididos em partes iguais entre os municípios que compõem o grupo 4 - FIES com População rural e pobreza (Intermediária) e o grupo 5 - População rural e pobreza (Elevada). Após a realização desses processos, os 2.635 municípios restantes foram para o grupo 3, intitulado de grupo intermediário. A Tabela 2, abaixo, descreve a distribuição dos grupos.

Tabela 2 – Distribuição de Municípios por Perfis Especificados.

Descrição	Perfis	Nº Municípios	Percentual
Capital/Região Metropolitana	1	672	12,08
População > 100.000 hab.	2	128	2,30
Grupo Intermediário	3	2.635	47,35
Município (FIES) - População rural e pobreza (Intermediária)	4	1.065	19,14
Município (FIES) - População rural e pobreza (Elevada)	5	1.065	19,14
TOTAL	-	5.565	100,00

O edital previa duas fases: a primeira fase era de habilitação e a segunda, de seleção. A primeira fase objetivava verificar se o candidato atendia aos pré-requisitos exigidos, tendo este de escolher as cinco localidades, uma em cada perfil. A fase de seleção objetivou selecionar o profissional de acordo com os seguintes critérios: local onde se graduou ser o mesmo do município escolhido, município escolhido ser o mesmo do Estado onde se graduou, horário de inscrição e idade. Um dos objetivos era vincular o profissional que aderiu ao Programa, na medida do possível, à instituição formadora na qual ele se graduou.

Ao ser selecionado em algum município, o profissional deveria permanecer na localidade pelo menos um ano sob supervisão e acompanhamento da instituição supervisora (IS). Esta teria o papel de avaliar o desempenho do profissional para concessão dos 10% e de apoiar o profissional através de momentos presenciais e a distância no tocante à educação permanente.

O processo seletivo das Instituições Supervisoras ocorreu através do Edital MS nº 7, de 26 de abril de 2012. Estas instituições poderiam ser vinculadas a Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Das 172 instituições cadastradas no SIGPROVAB, apenas 34 permaneceram no programa. A seguir, temos a Tabela 3, com a relação entre os estados e as instituições supervisoras.

Tabela 3 – Relação entre os Estados e as Instituições Supervisoras envolvidas no PROVAB.

UF	INSTITUIÇÕES SUPERVISORAS
AC	Universidade Federal do Acre
AL	Universidade Federal de Alagoas
AM	Universidade Estadual do Amazonas
BA	SES-BA /Universidade Federal da Bahia
CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
	Universidade Federal do Ceará
ES	Centro Universitário de Vila Velha
GO	Universidade Federal de Goiás
MA	Universidade Federal do Maranhão

UF	INSTITUIÇÕES SUPERVISORAS
MG	Universidade Federal de Juiz De Fora
	Universidade Federal de Minas Gerais
	Universidade Federal de Uberlândia
	Universidade Federal de Viçosa
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
MS	SES-MS
	HOSPITAL REGIONAL
MT	UFMT
PA	Universidade do Estado do Pará
	Universidade Federal do Pará
PB	Universidade Federal da Paraíba
PE	Universidade Federal do Vale do São Francisco
	Universidade de Pernambuco
	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
	Universidade Federal de Pernambuco
PI	Universidade Federal do Piauí
PR	Universidade Estadual de Maringá
RJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
SC	Secretaria Municipal de Blumenau
	UNOCHAPECO
SE	Universidade Federal de Sergipe
SP	Universidade Federal de São Paulo
	Santa Marcelina
	PUC-Campinas
	PUC-Sorocaba

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS.

A redução do número de instituições supervisoras participantes explica-se pelo fato do número menor de profissionais que efetivamente participaram do

programa. Segundo dados do SIGPROVAB, foram inscritos 2.176 municípios. Deste total, foram selecionados 950 municípios para receberem 4.671 profissionais de saúde selecionados, entre eles 1.460 médicos, 1.889 enfermeiros e 1.322 dentistas.

Contudo, segundo informações obtidas junto ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS) e no SIGPROVAB, dados de janeiro de 2012 mostram que 572 municípios permaneceram no programa, demonstrando 60% de retenção. Dos 4.671 profissionais selecionados, apenas 617 mantiveram-se no programa, demonstrando retenção de 13,2%. A maior retenção foi a de médicos (26%), sendo 1.460 profissionais selecionados para 381 contratados, seguida dos dentistas (8,32%), em que dos 1.322 dentistas selecionados, apenas 110 foram contratados, e enfermeiros (6,67%), em que dos 1.889 enfermeiros selecionados, 126 foram contratados, conforme demonstram as tabelas 4 e 5 a seguir.

Tabela 4 – Quantitativo de municípios inscritos, selecionados e que permanecem no PROVAB.

MUNICÍPIOS			Percentual de Retenção
Inscritos	Selecionados	Permaneceram	
2.176	950	572	60%

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012.

Tabela 5 – Quantitativo de profissionais selecionados e contratados no PROVAB e percentual de retenção.

PROFISSIONAIS			Percentual de Retenção
	Selecionados	Contratados	
MÉDICOS	1.460	381	26%
ENFERMEIROS	1.889	126	6,67%
DENTISTAS	1.322	110	8,32%
TOTAL	4.671	617	13,2%

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012.

A Tabela 6 e a Ilustração 3 demonstram a distribuição de médicos por região do País e as unidades da federação. Os estados com maior quantidade de médicos foram o CE (139), MG (44) e PE (40). Já os estados que tiveram menor quantidade de médicos foram AC (1), ES (1), MS (1) e MT (1).

Os Estados que não contrataram médicos do PROVAB foram TO, DF, AP, RR e PR.

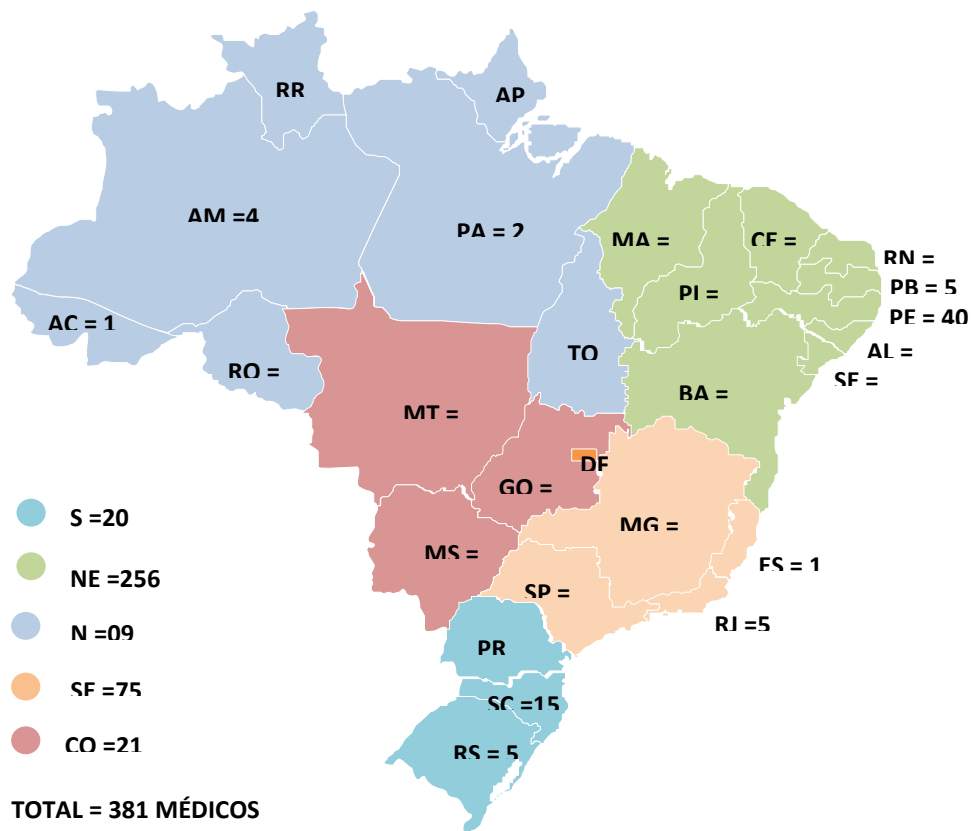
Tabela 6 – Demonstrativo da distribuição de médico por Região/UF e município.

Região	UF	Nº Municípios	Nº Médicos
NORTE	AC	1	1
	AM	2	4
	PA	2	2
	RO	2	2
	RR	0	0
	AP	0	0
Total Região		7	9
NORDESTE	AL	7	8
	BA	15	23
	CE	61	139
	MA	2	4
	PB	5	5
	PE	22	40
	PI	6	11
	RN	6	6
	SE	10	20
Total Região		134	256
SUDESTE	ES	1	1
	MG	23	44
	RJ	3	5
	SP	9	25
Total Região		36	75
CENTRO OESTE	GO	9	19
	MS	1	1

	MT	1	1
	DF	0	0
	TO	0	0
Total Região		11	21
SUL	PR	0	0
	SC	12	15
	RS	5	5
Total Região		17	20
TOTAL BRASIL		205	381

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012.

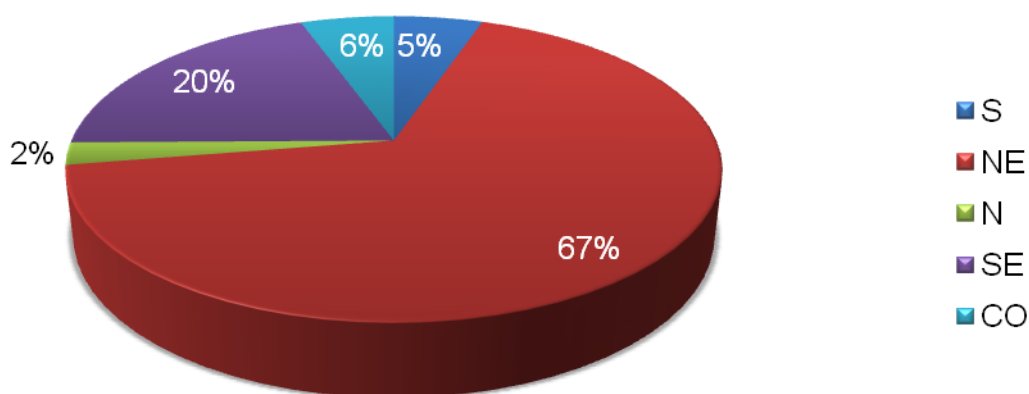
Ilustração 3 – Mapa de distribuição de médicos por UF.



Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012.

Dados do SIGPROVAB/SGTES/MS mostram, conforme Ilustração 4, o percentual de médicos por região do País, demonstrando que prevaleceu a região Nordeste (67%), seguida das regiões Sudeste (20%), Centro-Oeste (6%), Sul (5%) e Norte (2%).

Ilustração 4 – Distribuição de médicos contratados por região.



Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, 2012.

A redução do número de profissionais explica-se por meio de diversos relatos extraídos dos profissionais de saúde, municípios e instituições. Muitos dos relatos atribuem este fenômeno à precária comunicação, que acarretava informações pouco precisas que chegavam à “ponta do sistema”, gerando confusão e insegurança por parte dos profissionais de saúde.

Muitos municípios desconheciam as regras estabelecidas em edital e quais as responsabilidades dos gestores frente ao programa, mais especificamente no tocante à contratação de profissionais.

Alguns profissionais tinham a expectativa de vantagens acima dos valores de mercado local e acordos contratuais de jornada parcial de trabalho. Além disso, alguns profissionais, segundo relatos, depararam-se com situações insalubres para o exercício da profissão. Outros decidiram por ingressar nos programas de

residência, após a publicação dos resultados das provas. Somado a tudo isso, os atrasos nas contratações geraram instabilidade por parte dos profissionais, mais especificamente médicos, que tinham como expectativa o cumprimento de um ano para realização das provas de residência no final do ano.

No caso dos enfermeiros e dos dentistas, o problema estava mais relacionado à oferta de mercado, resultando na dispensa desses profissionais por parte de muitos municípios, alegando não haver necessidade de contratação.

Entretanto, o MS, por meio do Edital nº 7/SGTES/MS, de 26 de abril de 2012, instituiu bolsa federal na modalidade trabalhador-estudante, para os não contratados pelos municípios, com a condição deles se inserirem no Curso de Especialização em Atenção Básica pelo Sistema UnA-SUS.

As bolsas ofertadas têm um valor mensal de R\$ 2.384,82 (dois mil trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos) e duração de 12 meses. São exclusivas para profissionais que não tenham vínculos com a Atenção Básica nos municípios. Esta bolsa compõe o Programa de Bolsas pelo Trabalho previsto na Lei nº 11.129, de 30 de junho, atualmente modificada pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011.

Nesse sentido, o PROVAB passa a fortalecer o seu componente educacional, trazendo forte elemento de fixação para a proposta de provimento.

Esta estratégia resultou em 1.154 bolsistas contratados e distribuídos entre as três profissões conforme tabela abaixo:

Tabela 7 – Profissionais bolsistas do PROVAB

BOLSISTAS	ENFERMEIROS	DENTISTAS	MUNICÍPIOS
1.147	944	203	398

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, janeiro de 2012.

Assim, a relação total de enfermeiros e dentistas no Programa ficou da seguinte forma, como demonstra a Tabela 8.

Tabela 8 – Proporção de profissionais enfermeiros e dentistas selecionados, contratados e bolsistas.

PROFISSIONAIS			Percentual de Retenção	
	Selecionados	Contratados		Bolsistas
Enfermeiros	1.889	129	944	56,80%
Dentistas	1.322	110	203	23,6%
TOTAL	4.671	239	1.147	29,67%

Fonte: SIGPROVAB/SGTES/MS, fevereiro de 2013.

Especialização em Atenção Básica

As bolsas concedidas aos profissionais selecionados pelo PROVAB estavam vinculadas ao Curso de Especialização com foco em Atenção Básica, ofertado pelas instituições de ensino com expertise em educação a distância e vinculadas ao UnA-SUS – rede criada por decreto presidencial (Decreto nº 7.385/2012, de 8 de dezembro de 2010) com o objetivo de oferecer ações de educação permanente na modalidade de educação a distância.

As instituições vinculadas ao UnA-SUS e envolvidas na especialização são: Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz do Mato Grosso do Sul (FIOCRUZ/MS), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Os bolsistas assumiram carga horária de 40 horas semanais, sendo 32 horas no serviço (Unidade de Saúde da Família) e 8h de atividades acadêmicas no curso de especialização ofertado.

A especialização com foco em Atenção Básica foi a estratégia proposta por

Mozart Sales, então secretário da SGTES, no colegiado da UnA-SUS, para a qualificação dos profissionais de saúde no processo de trabalho da Atenção Básica, com incorporação de conteúdos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

O curso de especialização teve sua aula inaugural em 19 de junho de 2012, com a presença do Ministro Padilha. As atividades letivas iniciaram em 1º de julho de 2012 e o calendário previsto para finalização era até 30 de junho de 2013.

A avaliação dos profissionais bolsistas matriculados e frequentes no Curso de Especialização em Atenção Básica/UnA-SUS será aplicada de acordo com os pré-requisitos exigidos por cada Universidade que oferta o curso, por meio dos tutores acadêmicos.

A Proposta de Supervisão do PROVAB

Uma das atribuições das Instituições Supervisoras, segundo Edital nº 7/2011, é “oferecer supervisão à distância e presencial”, seleção e acompanhamento dos supervisores, “a análise e homologação de documentos referente à inscrição dos candidatos ao Programa, formalização de representante para acompanhar as ações relativas ao presente Termo de Cooperação” (BRASIL, 2012j).

Conforme o manual do supervisor:

As atividades de supervisão são presenciais e à distância e realizadas por profissionais de Instituições de Ensino Superior com experiência clínica e em saúde coletiva na Atenção Básica e que, preferencialmente, atuem como médicos de família e comunidade vinculados aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, além de enfermeiros ou cirurgiões-dentistas vinculados aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (BRASIL, 2012t).

Percebemos, então, que a supervisão foi definida de acordo com a categoria profissional e com forte vinculação às Instituições de Ensino Superior. Objetivava fazer uma espécie de “preceptoria à distância”, que previa momentos presenciais pelo menos duas vezes por mês, em uma proporção de 10 profissionais por

supervisor, inicialmente, tendo em vista a necessidade de avaliação do “profissional supervisionado” para recebimento dos 10% de “bônus” na prova de residência.

Das funções dos supervisores, estabelecidas na cláusula quinta do Edital nº 7/2011, destacam-se a:

[...] articulação com o telessaúde e a instituição supervisora para auxiliar o processo de educação e também de apoio no âmbito da clínica, promover supervisão a pelo menos dez profissionais do PROVAB, realizar duas supervisões presenciais, manter contato com a coordenação do PROVAB auxiliando no monitoramento do programa. (BRASIL, 2012j).

Entre outras atribuições do supervisor, destaca-se, em especial, a de coordenar e sistematizar o processo de avaliação para fins de pontuação das provas de residência. O manual elaborado pela UnA-SUS e por dirigentes do Deges detalha aspectos que devem ser parte da abordagem do supervisor na interação com o profissional e as equipes (BRASIL, 2012t).

O processo de discussão com a equipe do Deges levou à necessidade de ampliar o escopo de atuação deste supervisor, introduzindo os conceitos da educação permanente nesta função, agregando a função de apoio matricial, o conceito de campo e núcleo de atuação profissional. A grande questão era, portanto, definir se a supervisão atuaria apenas no campo e no núcleo profissional ou apenas no núcleo como pensado inicialmente.

Ao longo do processo, foram introduzidas como atividades de supervisão a realização de um diagnóstico inicial de forma a conhecer o processo de trabalho da equipe vinculada ao profissional supervisionado, a elaboração de um plano de educação permanente com o profissional e de projetos de intervenção por parte dos profissionais no território, além do estímulo à supervisão integrada.

A avaliação do médico do PROVAB para obtenção dos dez por cento (10%) das provas de residência médica

A avaliação do profissional de saúde é outro elemento chave do programa, uma vez que é por meio dela que o médico participante do programa fará jus à pontuação da residência. O processo avaliativo foi concebido por um coletivo que envolveu a equipe do Deges e da UnA-SUS e foi posteriormente validado por universidades e pela Abem.

A proposta desenhada previu as dimensões formativa e somativa no processo de avaliação, de maneira a valorizar os processos e a mensurar o resultado final da experiência para fins de pontuação nos Programas de Residência Médica.

O processo avaliativo permite os vários olhares, uma vez que prevê a participação do supervisor, responsável por sistematizar todo o processo avaliativo, do gestor da unidade ou do programa, da equipe a qual o profissional se vinculou, incorporando as visões de forma complementar ou divergente, possibilitando, assim, o contraditório e olhares diferentes sob a mesma realidade.

Esse caráter participativo e processual rompe com os aspectos tradicionais do processo avaliativo. Embora, ao final, seja aferida nota ao profissional, para atender às exigências da CNRM. O processo avaliativo passa a atingir, assim, duas dimensões: a de bonificação e a de desenvolvimento de novas competências profissionais.

A avaliação formativa utiliza o *webportfólio* da Plataforma Arouca (ANEXO B) como instrumento de registro de todas as atividades de supervisão e do percurso de aprendizagem do profissional, amparada por uma comunidade virtual do PROVAB, utilizada como ferramenta de comunicação do profissional. Os supervisores devem inserir no *webportfólio* o relatório da primeira visita e o resultado do diagnóstico por meio de questionário (ANEXO D) e de relatórios mensais de campo da supervisão do PROVAB (BRASIL, 2012t).

O questionário aplicado na primeira visita tem o objetivo de estabelecer um diagnóstico da situação local, contemplando infraestrutura do serviço, condições de trabalho, necessidades de saúde da população e demandas de educação continuada.

Analisando o relatório preliminar da UnA-SUS,⁶ observamos que 373 médicos receberam a primeira visita de supervisão (diagnóstico), 397 médicos receberam pelo menos uma visita de supervisão mensal, 244 médicos receberam pelo menos duas visitas de supervisão mensal e 212 médicos receberam pelo menos três visitas de supervisão mensal.

Deve constar no *webportfólio* relato da observação de cada profissional quanto ao município, ao serviço de saúde, às características da comunidade, aos indicadores de saúde e ao processo de trabalho da equipe. A introdução da análise do processo de trabalho, do plano de educação permanente e do conceito de campo e núcleo veio depois de discussões com as equipes do Deges e da UnA-SUS, entendendo ser importante capturar o modo de fazer destes trabalhadores, se eles reproduziam o modelo vigente ou conseguiam avançar nas práticas cuidadoras.

A educação permanente aqui deve ser pensada diferentemente da educação continuada. Traz como reflexão crítica a proposta de concepção político-pedagógica baseada na análise da realidade, na mudança do processo de trabalho e no envolvimento dos diversos atores (gestores, instituições de ensino, controle social e trabalhadores do sistema de saúde), buscando articular o trabalho com a educação. (BRASIL, 2007).

Os projetos de intervenção compõem um dispositivo que potencializa o processo de educação permanente, permitindo ao profissional analisar o problema, construir propostas de atuação na realidade, através de aprendizagem significativa, e avaliar o resultado deste processo. Isso ajuda a romper com a dicotomia teoria e prática e busca o aprendizado no trabalho e com o trabalho.

A avaliação somativa é composta por três instrumentos elaborados pelas equipes do Deges e da UnA-SUS⁷, possibilitando um processo avaliativo que contemple o supervisor, a equipe, a gestão local e a autoavaliação.

O instrumento de avaliação pelo Supervisor (ANEXO G) possibilita analisar aspectos relacionados à prática clínica e aos atributos da Atenção Básica. O

⁶ Sakai e Alysson (2012) foram os responsáveis pela elaboração desse relatório.

⁷ André Sassi, Felipe Proenço, Jadete Lampert, João Batista, Kelly Arruda, Márcia Sakai, Maria Alessio foram os atores que mais se envolveram com o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação.

instrumento de avaliação pela equipe de saúde e pelo gestor local (ANEXO IX) possibilita avaliar o trabalho em equipe, o cumprimento contratual e a relação do profissional com o usuário. E o instrumento de autoavaliação (ANEXO G) possibilita uma reflexão por parte do profissional de seu processo de trabalho e do aprendizado.

Esta avaliação deveria ser aferida mais de uma vez para permitir uma análise processual de incorporação de competências no processo de trabalho e, se necessário, uma revisão de trajetória, através da educação permanente, envolvendo a gestão e a equipe no processo, reforçando a avaliação formativa de maneira a gerar um ciclo de retroalimentação entre os processos avaliativos.

Ao final de um ano de conclusão do programa, há a aferição do conceito final dado ao profissional, por meio da avaliação somativa, valores atribuídos para fins de recebimento do incentivo de 10 % nos programas de residência. O conceito final é encaminhado ao MS pela instituição supervisora para a certificação do profissional. As Tabelas 9 e 10 explicam as medidas das avaliações e os parâmetros de conceituação para obtenção do incentivo.

Tabela 9 – Avaliação final do profissional do PROVAB (avaliação somativa).

	Valor	Peso
Avaliação pelo supervisor	10	5
Avaliação pelo gestor e equipe de saúde	10	3
Autoavaliação	10	2

Fonte: Relatório de Supervisão, 2012. Disponível em: <<http://provab.saude.gov.br>>

Tabela 10 – Parâmetro estabelecido para conceituação final do profissional para fins de pontuação nas provas de residência.

SATISFATÓRIO (7,0 a 10,0) = obtenção de 10% do incentivo

INSATISFATÓRIO (< 4,0) * = não obtenção do incentivo

Obs.: (*) De 4,0 a 6,9 na primeira avaliação formativa em outubro/2012, o supervisor deverá discutir um plano de supervisão intensiva que será realizada na segunda avaliação somativa.

Fonte: Relatório de Supervisão, 2012. Disponível em: <<http://provab.saude.gov.br>>.

Os resultados do processo de avaliação somativa mostram que 89,23 % dos médicos do PROVAB obtiveram conceito satisfatório. Dos 381 médicos que participaram do programa, 340 obtiveram conceito satisfatório para recebimento da pontuação de 10 % nas provas de residência (SIGPROVAB, 2012).

Monitoramento e Avaliação do Programa

A base de referência para análise de dados do PROVAB para tomada de decisão do gestor e ainda de avaliação do desempenho do profissional são o SIGPROVAB, a Plataforma Arouca, além do FormSUS, ferramenta para criação de formulários de monitoramento.

O primeiro, vinculado à SGTES, tem por objetivo organizar todo o processo de adesão dos municípios, o processo seletivo conforme regramentos previstos em edital, monitorar questões referentes a deslocamentos, entradas e saídas de profissionais e pagamento de bolsa, agrupando, assim, as informações oficiais do programa.

A segunda, vinculada à UnA-SUS, disponibiliza informações de caráter educacional e contém a comunidade virtual, o *webportfólio*, os instrumentos de avaliação e o acesso à plataforma moodle de educação a distância para o curso de especialização EaD e os módulos autoinstrucionais, ainda em desenvolvimento.

Por fim, o FormSUS, criado pelo MS como forma de avaliação e monitoramento de programas e projetos, é mais um formulário do que um sistema. Foram confeccionados dois formulários: um para orientar as visitas dos técnicos da SGTES na avaliação do programa, o outro para investigar o cumprimento da resolução da CNRM pelas instituições que ofertam vagas de residência médica.

Foram desenvolvidas algumas atividades de integração entre os sistemas, mas eles ainda operam em bases diferentes. Isso tem dificultado o monitoramento, atualmente fragmentado. Mas é importante ressaltar que há um grupo de trabalho instituído com o objetivo de unificação da base de dados dos sistemas.

Pesquisa FormSUS

Com o objetivo de fazer uma avaliação *in loco* do programa, em virtude de todos os problemas de comunicação e de informação já destacados, houve um processo de avaliação pelas equipes do Deges e do DEGERTS, por meio de visitas nas localidades onde o programa foi instituído⁸. O Deges então elaborou um instrumento de monitoramento através do FormSUS (Anexo C) e aplicou nas visitas realizadas às secretarias de saúde e às unidades básicas de saúde.

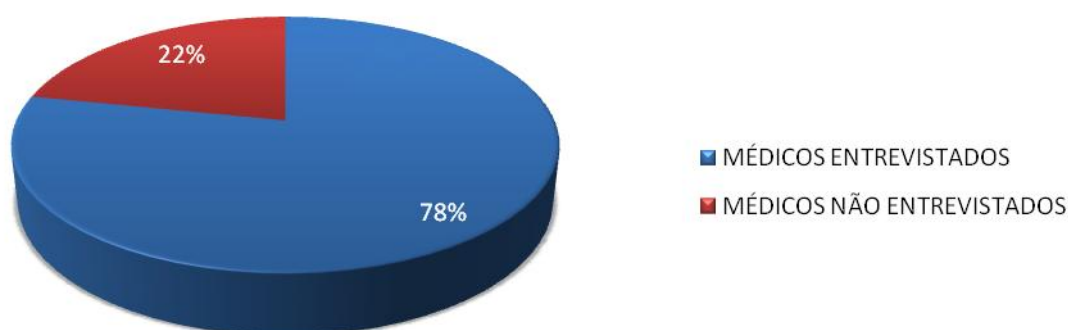
Esse processo conseguiu mobilizar a equipe, que incorporou, como parte de sua atribuição, a responsabilidade de ser referência para os estados quanto aos processos de formação e de educação permanente do Departamento.

Ao mesmo tempo, o resultado deste trabalho permitiu diagnóstico e análise da situação do programa através de dados quantitativos e qualitativos nos diversos municípios apresentados na CNRM e no Congresso na Abem (Associação Brasileira de Educação Médica) utilizando o FormSUS como ferramenta de sistematização das informações em questionário semiestruturado padrão. Possibilitou também que o Departamento reorientasse suas ações, buscando identificar os principais problemas que precisavam ser enfrentados.

⁸ Mozart Sales, atual Secretário da SGTES do MS, em discussão na reunião do colegiado, sugeriu força-tarefa pela equipe do MS para diagnóstico da situação, por meio de visitas aos municípios que receberam médicos vinculados ao PROVAB. Era um momento de muita vulnerabilidade do programa, em virtude de todas as tensões, conflitos, problemas de comunicação e de desistências dos municípios e de alguns profissionais.

Por meio do FormSUS, foram entrevistados 298 médicos pelos técnicos do MS, através de visitas *in loco*, representando uma amostra de 78% do total de médicos vinculados ao programa. As visitas estão sendo concluídas, mas, até o momento, temos o seguinte paronama: dos 78% entrevistados, 53% são da região Nordeste, 12% da região Sul, 12% da região Centro-Oeste, 17% da região Sudeste e 6% da região Norte. (SGTES/Deges/FormSUS, 2013).

Ilustração 5 – Percentual de médicos entrevistados vinculados ao PROVAB.



Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/2013.

Os itens analisados pelo FormSUS são: (1) local de moradia, (2) acesso e deslocamento, (3) infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, (4) atividades realizadas pelos médicos do PROVAB, (5) atividades realizadas pelos médicos do PROVAB, (6) motivação do médico em relação ao PROVAB e (7) impedimentos na utilização de pontuação.

Alguns dos resultados analisados somados aos dados do *webportfólio*, relatórios e normatização do programa contribuirão com as categorias analíticas utilizadas neste estudo, que serão objeto de discussão em seguida.

Poder, Saber, Trabalho e Meritocracia

Tendo em vista a discussão e os aspectos ressaltados acerca da problemática de provimento e fixação de médicos, levantamos algumas questões: Onde estão estes médicos? Quais fatores influenciam na fixação dos trabalhadores da saúde? Quais discursos, disputas e contradições operam neste processo e, conseqüentemente, embasam as várias visões sobre o programa?

É importante considerar que as análises aqui apresentadas não têm a intenção de esgotar o tema. A proposta é analisar apenas alguns aspectos do processo de implementação do PROVAB de forma articulada com as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde implementadas no País. A ideia é compreender, de forma exploratória, uma vez que o programa está em fase inicial de implantação, qual o debate em questão no âmbito da macropolítica e, na micropolítica, compreender de que forma os processos produtivos interferem no cuidado à saúde da população. Outro objetivo é apontar caminhos para uma nova definição dos marcos regulatórios da gestão do trabalho e da educação na saúde a partir das necessidades do sistema de saúde.

A análise documental e dos dados secundários aplicados em questionários elaborados pela SGTES/UnA-SUS possibilitou entender o caso a partir de quatro categorias analíticas: poder, saber, trabalho e mérito, sinalizando avanços e fatores limitantes desse processo.

A categoria poder será analisada de forma articulada com o trabalho, o saber e a meritocracia, a partir das relações e discurso estabelecido entre entidades, governo e mercado, as condições de trabalho, o processo e as relações de trabalho, a proposta pedagógica e o papel da supervisão do PROVAB, o processo de formação médica e a visão acerca do mérito, sob a ótica da pontuação dos 10% para as provas de residência médica como incentivo à participação no programa.

Segundo Foucault (1996), a ciência e o saber estão articulados a uma forma de poder. Machado considera esta visão do autor na seguinte afirmação: “todo saber é político e portanto poder e saber se implicam mutuamente. Não há relação de

poder sem um campo de saber, como também, todo saber constitui novas relações de poder” (FOUCAULT apud MACHADO, 1996, p. XV).

Relações entre Entidades, Governo e Mercado – quem regula, afinal, o trabalho e a formação médica?

O PROVAB nasce da necessidade de uma política de provimento de profissionais da saúde no País, dando ênfase à Atenção Básica, considerando os vazios assistenciais e a dificuldade de acesso de parcela da população brasileira aos serviços públicos de saúde.

Ao mesmo tempo, a proposta de supervisão e acompanhamento pedagógico a partir das universidades tem como objetivo promover a integração ensino-serviço e propiciar a reflexão, por parte das universidades, sobre o processo de formação do médico na graduação.

Analisando os discursos, há uma posição clara dos gestores do SUS, no sentido de que faltam médicos no País e que temos importantes vazios assistenciais decorrentes dessa escassez. Recentemente, no Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro de 2013, a Frente Nacional de Prefeitos criou uma campanha intitulada “**cadê o médico?**” reivindicando medidas ao governo federal para prover médicos nas diversas regiões do País. Entre as propostas deste segmento, destaca-se a flexibilização de regras para a entrada de médicos do exterior a fim de atuarem na atenção básica.

O Gestor Federal defende que há escassez e má distribuição de médicos nas regiões brasileiras, baseado na análise comparativa da proporção de médicos por habitantes no Brasil e em outros países que implantaram sistemas de saúde universais. Assim, o argumento se dá através da relação de médicos por habitante no País, que hoje tem a média de 1,8 médico por habitante. Em países com sistemas de saúde organizados tomando a Atenção Básica como prioritária, observa-se uma proporção maior de médicos por habitante: na Inglaterra, por exemplo, a relação é de 2,7 médicos/habitante, em Portugal 3,87 médicos/habitante,

na Espanha, 3,96 médicos/habitante e na Argentina, 3,2 médicos/habitante, como visto na tabela abaixo.

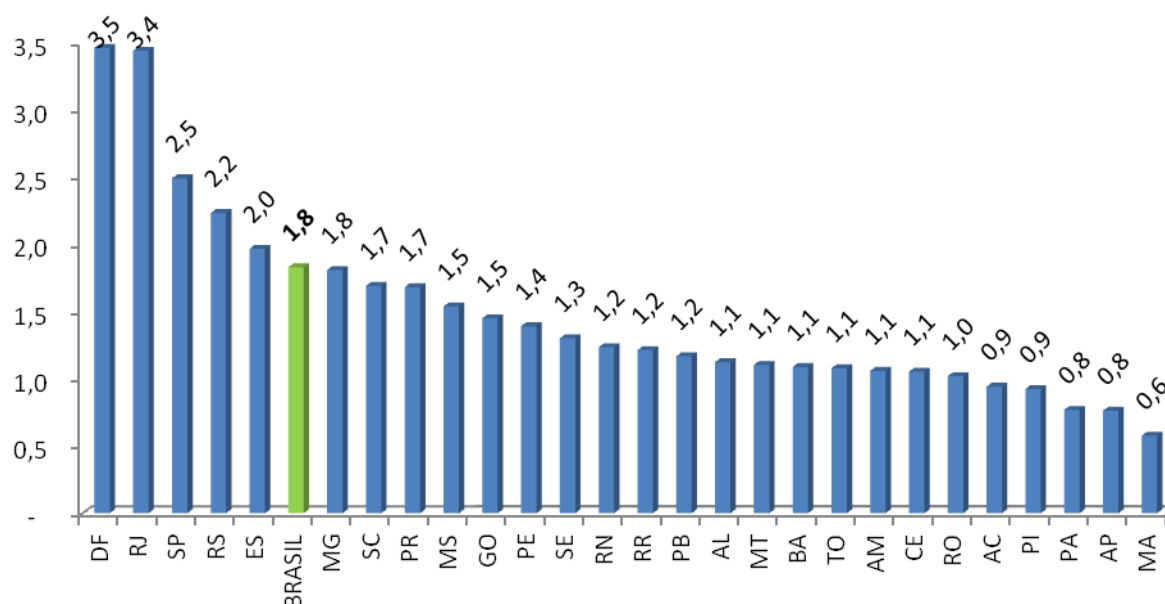
Tabela 11 – Proporção de médicos por 1.000 habitantes em alguns países.

Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1,0	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1*	Austrália	3,0
Bolívia	1,2*	Argentina	3,2*
Colômbia	1,4*	França	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9*	Portugal	3,9
México	2,0	Espanha	4,0
Canadá	2,0	Cuba	6,7

Fonte: Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS/ 2011 e 2012.

Contudo, cabe ressaltar que a variação de médicos/1.000 habitantes no Brasil é diversificada, uma vez que, por se tratar de país com dimensões continentais e com características regionais, econômicas e sociais diferentes, mostra situações de iniquidades regionais na distribuição de serviços de saúde, conforme representado na Ilustração 6 a seguir.

Ilustração 6 – Proporção de médicos por 1.000 habitantes por UF/Brasil, 2012.



Fonte: CFM, 2012; IBGE, 2012 (População).

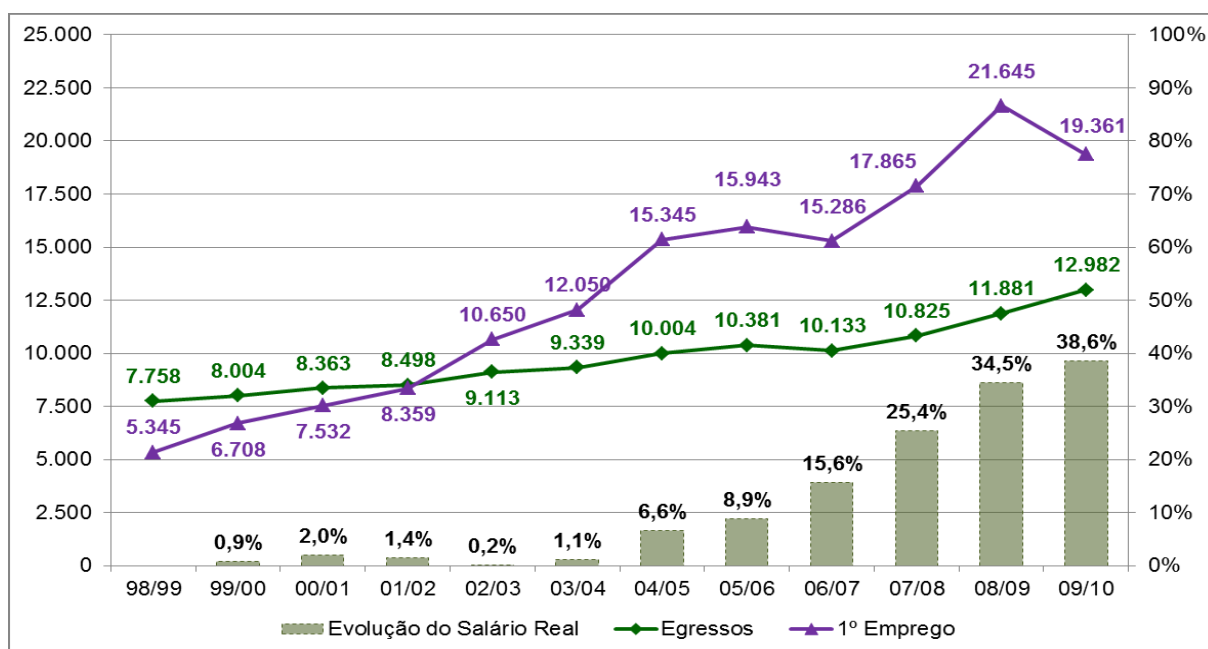
Os gestores ainda afirmam que, para o País atingir a proporção de 2,7 médicos por habitante, necessitará de 168.424 médicos.

Para resolver a equação da atenção básica, alguns segmentos da medicina e dos gestores defendem o serviço civil obrigatório. O argumento utilizado é a possibilidade de cerca de 15 mil médicos egressos dos cursos de medicina prestarem serviços na atenção básica como forma de contrapartida social pela sua formação. Outros articulam a atuação dos egressos de medicina na atenção básica a uma proposta de formação continuada, rompendo a ideia de terminalidade do processo de formação.

Outro argumento apontado pelos Gestores é o mercado de trabalho para os egressos de medicina no Brasil, que revela, claramente, uma oferta satisfatória de emprego, como já afirmado anteriormente e demonstrado na Ilustração 7. A Ilustração apresentada por Girardi (2012) mostra, no período de 1998/1999 a 2009/2010, um mercado muito aquecido para atuação da medicina no Brasil, em que a quantidade de egressos dos cursos de medicina é pelo menos duas vezes inferior à quantidade de postos de trabalho médico disponíveis. Isso confere ao médico alta empregabilidade e ganho crescente de salário.

Observamos que, nesse período, a oferta de emprego atingiu patamares em torno de 19.360 empregos. Quando este número é comparado ao número de egressos dos cursos de medicina, neste mesmo período, isto é, 12.982 médicos, ratificamos a oferta de primeiro emprego no mercado formal de trabalho superior ao número de pessoas qualificadas para o exercício da profissão.

Ilustração 7 – Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real⁹ de Médicos no mercado formal e egressos de Medicina no ano anterior – Brasil, 1998/1999 – 2009/2010.



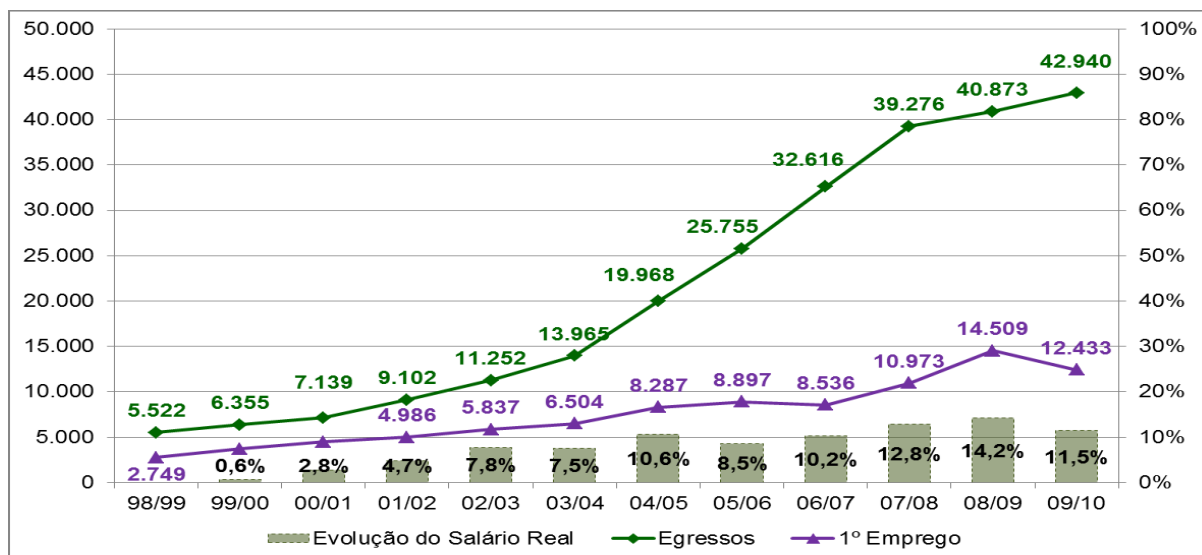
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

Da mesma forma, foi realizada uma análise da enfermagem. Observamos relação invertida, em que o resultado foi de que a relação de egressos de enfermagem é muito maior do que a quantidade de postos de trabalho ofertados,

⁹ Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

perfazendo um total de 42.940 em 2009/2010, quando comparado com a oferta de primeiro emprego médico (12.433 em 2009/2010) e evolução do salário real.

Ilustração 8 – Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real¹⁰ de enfermeiros no mercado formal e egressos de enfermagem no ano anterior – Brasil, 1998/1999 – 2009/2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

O discurso de setores da medicina, entretanto, é de que o problema não é de escassez e sim de má distribuição e pouca atratividade do setor público, principalmente, no que se refere às condições de trabalho e remuneração. Defendem que há médicos suficientes no País e reforçam a necessidade de uma carreira nacional para a saúde semelhante à carreira do Poder Judiciário. Afirmando que o País possui, atualmente, 371.788 médicos em atividade e que, na década de 1970, havia apenas 58.994 médicos. Houve, então, crescimento de 530%. Nesse sentido, afirmam que com um grande percentual de médicos jovens e com o aumento de vagas de cursos de medicina, o estoque de médicos é suficiente para atender à demanda (CFM/IBGE, 2011).

¹⁰ Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

Entretanto, quando analisam os postos de trabalho, evidenciam o já apresentado por Girardi (2012) em seus estudos: a quantidade de postos de trabalho é maior que a de médicos existentes. Isso por conta da característica de inserção do médico no mercado, que tem cerca de dois a três empregos, como afirma a pesquisa demografia médica (CFM, 2011).

No tocante à concentração de especialistas nas regiões Sul e Sudeste, assim como no tocante às vagas de residência médica, fazem a mesma análise que os gestores.

Com relação ao PROVAB, não há uma posição unânime deste setor. Algumas lideranças e universidades acreditam que esta estratégia compromete o mérito no ingresso das provas de residência e afirmam a incapacidade dos médicos mesmo depois de formados no exercício da Atenção Básica fazendo uma medicina de baixa qualidade.

Ao analisar os discursos, observamos relações de poder e poder – saber instituídas e instituintes. Segundo Foucault (1999), o poder é uma prática social, fruto das interações e relações estabelecidas. Para esse autor, além do poder do Estado, o poder encontra-se em todos os lugares, exercendo certa molecularidade. Percebe-se, claramente, que o poder do Estado não é a única forma de poder e que a relação entre o poder e o saber tem forte influência nos discursos analisados.

Estudando a obra de Foucault em **Microfísica do Poder**, Roberto Machado descreve a visão do autor sobre poder e relata que o

[...] poder é algo que se exerce, que se efetua e que funciona, não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa e, nesta relação unívoca, unilateral; nessa disputa ou se ganha ou se perde (FOUCAULT apud MACHADO, 1996, p. XV).

Segundo Foucault (1975 apud SANTOS, 2000), o pensamento liberal procura identificar o poder social como o poder do Estado, mas, nas sociedades modernas, surgiu outra forma de poder, bem mais sofisticado e eficaz: o poder-saber disciplinar, caracterizado pelo poder de normalizar as subjetividades e controlar as sociedades.

O poder disciplinar necessariamente não é uma instituição, mas um dispositivo, um método de sujeição constante de forças e imposição de uma “relação de docilidade – utilidade” para o bom funcionamento e manutenção de uma sociedade industrial e capitalista, conforme FOUCAULT (apud MACHADO , 1996, p. XV). Também chamado de biopoder, este se aplica à população, à vida e aos vivos através das sujeições decorrentes da normatização, punição e vigilância (FOUCAULT, 1999).

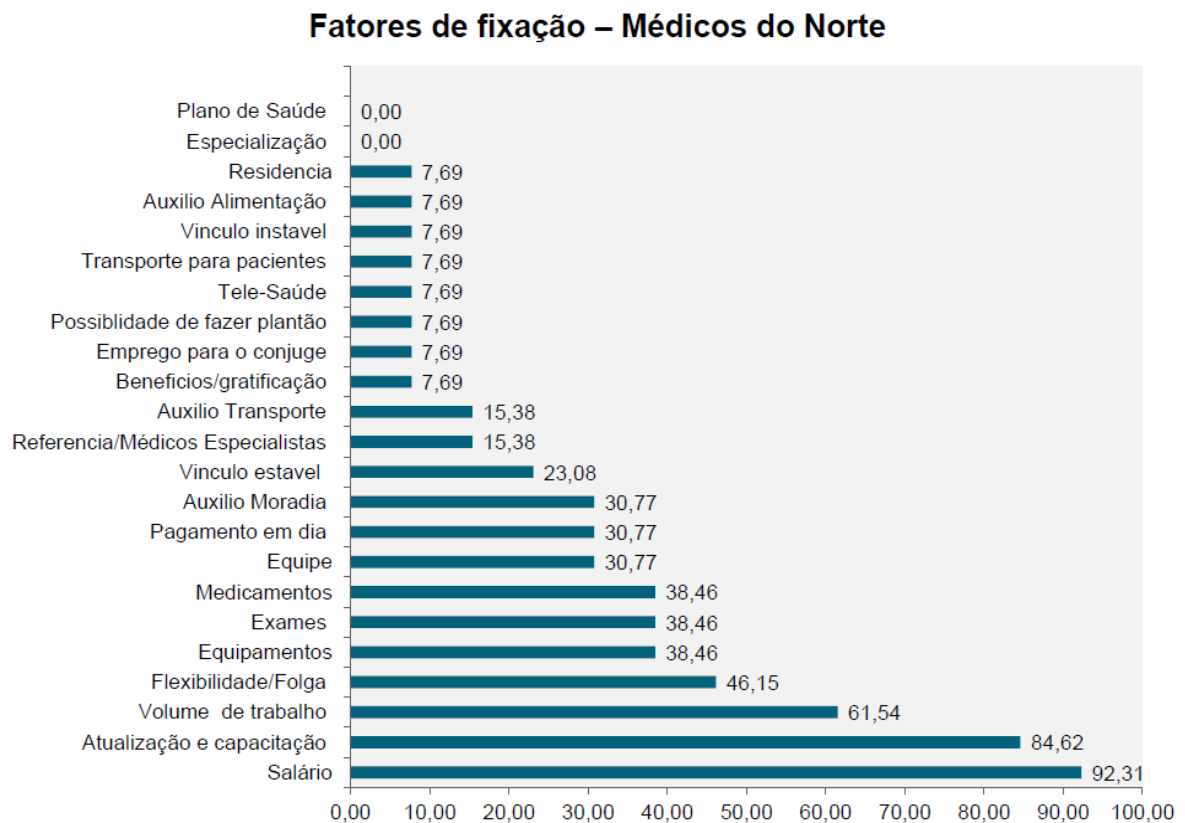
Dentro desse contexto, as tensões e os conflitos no processo de implementação do PROVAB revelam-se através da resistência de alguns setores da medicina, que exercem, até mesmo, em alguns momentos, força maior que o aparato estatal e isso, contraditoriamente, dentro da própria estrutura do Estado. A pulverização do poder gera disputa entre o instituído, evidenciado na necessidade de preservação da lógica atual de inserção de médicos especialistas no mercado de trabalho. Por sua vez, o instituinte é apresentado por meio da modificação dos critérios de ingresso nos programas de residência, deslocando, conseqüentemente, o poder para o trabalho e sua aplicabilidade na atenção básica.

Em alguns momentos, há pontos de convergência no discurso entre os diversos setores, entre eles a relação público-privado, a distribuição dos especialistas nas regiões, as necessidades de estabelecer estratégias de fixação de médicos nas regiões de difícil provimento e a residência médica como importante estratégia de fixação de médicos. Nesse contexto, o setor privado, apesar de não compor o aparato estatal, exerce uma força instituída que influencia nas escolhas dos médicos e muitas vezes dificulta a priorização das necessidades do sistema de saúde. A própria cultura liberal da profissão, o assalariamento autônomo e a formação médica instituída pelas universidades, problemática descrita anteriormente, também são vetores de poder-saber que influenciam no senso comum da sociedade e dos estudantes de medicina nas suas escolhas, contribuindo para o quadro demográfico atual.

Entretanto, analisando os fatores de fixação, tendo os estudos descritos anteriormente e sobretudo os realizados por Girardi (2013), através da pesquisa com médicos da região Norte, e pesquisa realizada pela Fundação Saúde da Família da Bahia (FESF/BA), observamos, no primeiro estudo (Ilustração 9), que, além das

condições socioeconômicas da localidade e da oferta de bens e serviços, os principais fatores de atração do médico são a remuneração (92,31%), as condições de trabalho (entendido aqui como volume de trabalho, equipamentos, materiais, entre outros) e a existência de educação permanente (84,62%), prioritariamente. A possibilidade de carreira não é o principal atrativo neste estudo, embora ela apareça na proporção de 23,08%.

Ilustração 9 – Fatores de fixação de médicos da região Norte do Brasil.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM).

Fonte: relatório da pesquisa “Fortalecimento da Capacidade de Planejamento de Recursos Humanos para Sistemas Nacionais de Saúde”, Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da UERJ e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG. 2013.

No segundo estudo, a FESF/Bahia avaliou o que é mais importante para o trabalhador da saúde na visão dos gestores e dos trabalhadores, observando

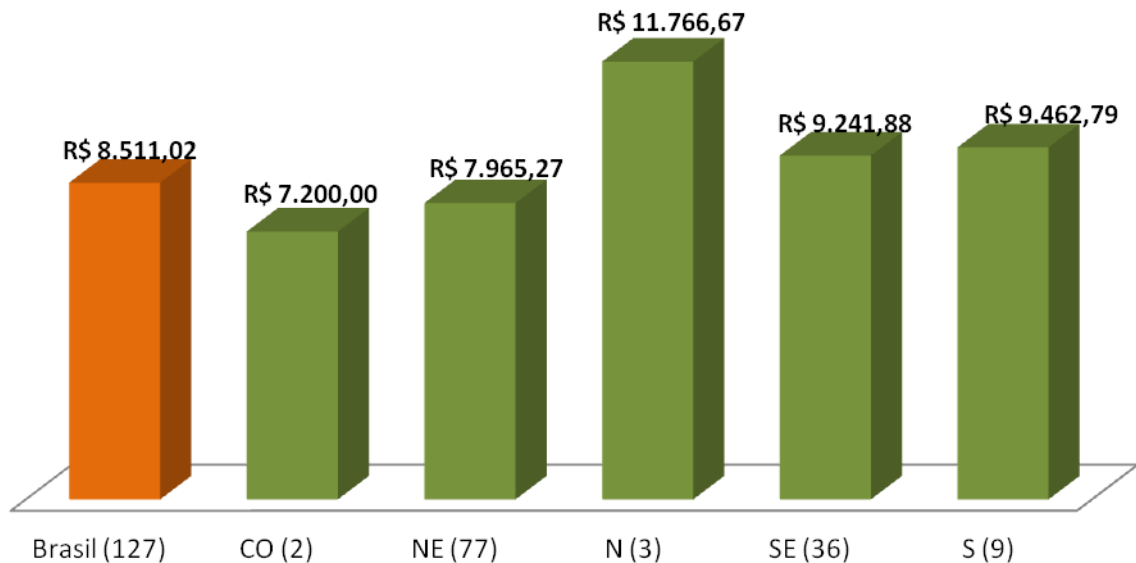
diferentes olhares. Na visão do gestor, a remuneração, as condições de trabalho e a existência de vínculo trabalhista são os fatores mais importantes. Já na visão do trabalhador do SUS, o mais importante são os benefícios e direitos trabalhistas, a educação permanente e a disponibilidade de instrumentos e equipamentos necessários ao trabalho (BRASIL, 2012q).

Todavia, chama a atenção o fato de todas as pesquisas analisadas, desde as citadas anteriormente na discussão acerca da atenção básica, revelarem que, na visão dos trabalhadores, além das condições socioeconômicas e culturais das cidades, um dos principais fatores de fixação é a formação ou a educação permanente e as condições de trabalho.

Esses dados, somados às experiências de provimento no Brasil, têm revelado que as experiências mais efetivas e duradouras, assim como as que conseguiram produzir fixação, foram aquelas que estão vinculadas a processos de formação e de educação permanente (MACIEL FILHO, 2007).

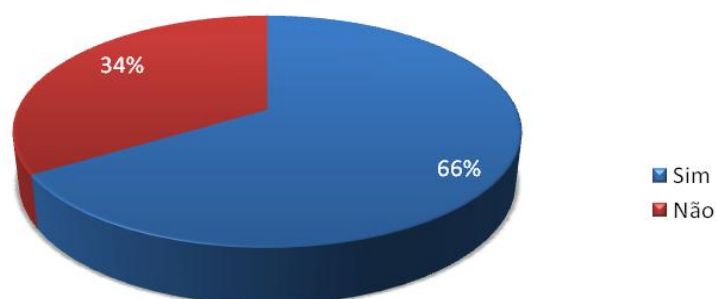
Referente à remuneração, dados oriundos de pesquisa com os gestores municipais (207 ofícios enviados aos gestores, com resposta de 127) revelam que, conforme Ilustração 10, a média salarial do médico vinculado ao PROVAB é de R\$ 8.511,02, ou seja, superior à média de remuneração do médico no Brasil. Segundo pesquisa da RAIS/CAGED, a média de remuneração do médico no Brasil é R\$ 8.250,00 e a maior parte dos profissionais foi contratada através da modalidade contratação temporária, considerada vínculo protegido, uma vez que dá direito às garantias trabalhistas exigidas pela CLT.

Ilustração 10 – Média de Remuneração dos médicos no Brasil e por regiões do País.



Fonte: SGTES/Deges, 2012.

No quesito condições de trabalho, como deslocamento, infraestrutura, condições materiais, entre outros, apontados como críticas no processo de implementação do Programa, dados preliminares da pesquisa FormSUS (Ilustrações 11 e 12) apontam que boa parte dos médicos vinculados ao PROVAB reside próximo ao seu trabalho e, por conta disso, afirmam não ter problemas de acesso e deslocamento para o trabalho. Importante destacar que considerar este critério no processo seletivo foi um fator importante para assegurar a fixação do profissional de saúde no programa. A seguir temos a representação gráfica do número de profissionais residentes no município de atuação pelo PROVAB.

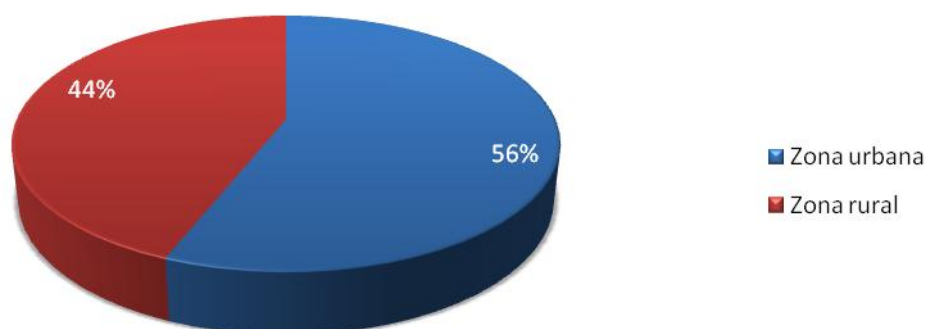
Ilustração 11 – Residência do Profissional no Município de atuação pelo PROVAB.

Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/2013.

Há distribuição muito equitativa destes profissionais na zona urbana e zona rural, como mostra o gráfico abaixo, sendo que 55% dos profissionais estão atuando na zona urbana e 43% na zona rural.

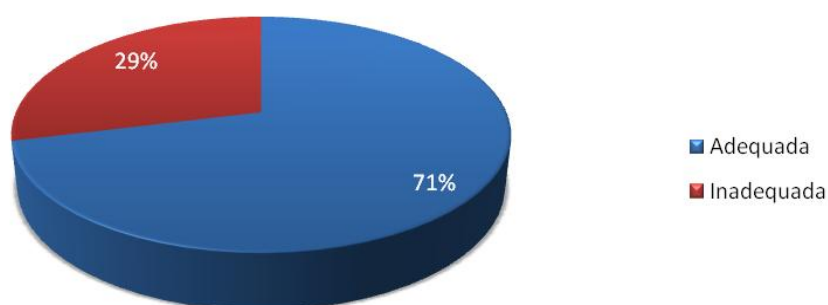
Fazendo uma análise comparativa com outros programas de provimento no Brasil, observamos que os programas anteriores concentravam suas ações nas zonas rurais ou, como o caso do PITS, em áreas onde não tinha sido implantado o PSF como estratégia de expansão de cobertura.

No caso do PROVAB, o equilíbrio entre zona urbana e rural (Ilustração 12) justifica-se também pelos cinco perfis de escolha dos profissionais e ainda pelo fato de que os vazios assistenciais e a escassez de médicos também são identificados nos grandes centros urbanos, sendo necessário se pensar numa política de provimento que atenda às demandas atuais.

Ilustração 12 – Percentual de médicos na zona rural e urbana

Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/2013.

Quanto à infraestrutura, há senso comum de que as unidades básicas no interior são precárias, não apresentam as devidas condições para o exercício da medicina. Entretanto, os dados preliminares da pesquisa FormSUS, realizada pelo Deges/SGTES, mostram que este cenário está se modificando: 71% das unidades básicas estão em boas condições de infraestrutura, segundo o próprio relato dos profissionais de saúde, como demonstra gráfico abaixo.

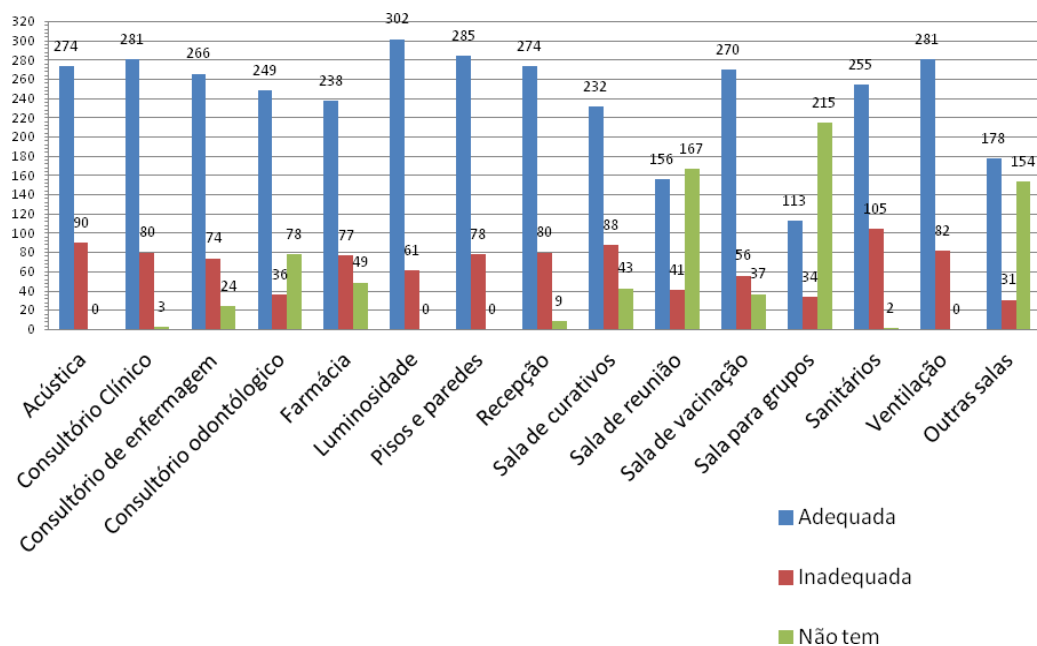
Ilustração 13 – Infraestrutura da Unidade Básica de Saúde segundo os profissionais vinculados ao PROVAB.

Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/ 2013.

Essa posição é reforçada quando analisamos os resultados do questionário aplicado pelos supervisores na primeira visita de supervisão, no relatório preliminar

elaborado pela UnA-SUS. Neste relatório, descreve-se a ambiência das unidades básicas de saúde e afere-se um valor para cada item relacionado com o conceito de ambiência. Grande parte dos profissionais considerou a ambiência nestas localidades adequada, como mostra a Ilustração 14.

Ilustração 14 – Ambiência das Unidades Básicas de Saúde segundo os profissionais vinculados ao PROVAB.



Fonte: SGTES/UnA-SUS/Diagnóstico dos supervisores, 2012.

Relatos de vários médicos, presentes no *webportfólio* da Plataforma Arouca, ratificam essa opinião em relação à infraestrutura:

A Unidade possui uma boa estrutura de atendimento. Faço utilização de meus próprios instrumentos para atendimento nas consultas, mas cada Consultório da Unidade possui os seus equipamentos tanto para atendimentos domiciliares como os de Consultório (médico vinculado ao PROVAB).

Por outro lado, apesar de a estrutura física do local de atendimento oferecer acomodações adequadas tanto aos funcionários, como, principalmente, aos usuários, hoje estamos com o desfalque de um médico, o que compromete significativamente a qualidade no atendimento. Em contrapartida, no que tange ao processo de trabalho, impende salientar que nos reunimos uma vez por semana,

com quatro (4) horas de duração, na qual participam a médica, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes de saúde (médico do PROVAB).

Relações e processo de trabalho – O debate das profissões, o conceito sobre trabalho no mundo capitalista e os saberes tecnológicos.

A lógica capitalista interfere nas relações de trabalho, reforçando a lei da oferta e da procura. Ela mostra, claramente, o valor de mercado das profissões, o *status* social e político que elas incorporam, em decorrência deste valor e, conseqüentemente, as relações de poder na sociedade.

O valor de mercado também está relacionado ao que a profissão agrega no senso comum da sociedade (SANTOS, 2000). A medicina não é propriedade dos médicos, ela é uma ciência e um campo de saber em disputa entre as profissões. Os médicos dominam este campo ao longo de décadas e procuram, por meio de dispositivos legais, a exemplo do ato médico, manter esta hegemonia regulamentando a prática médica e delimitando o território de atuação das outras profissões em relação à medicina.

Vários conflitos e encontros públicos entre as corporações são observados, eles no campo normativo da regulamentação do exercício da profissão. Segundo Santos, 2006 as profissões disputam no campo da saúde, aquisição de novas competências e ampliação de escopo de atuação, sendo as profissões, portanto, processos vivos que buscam a incorporação de novos saberes e práticas assim como a consolidação destes através dos mecanismos de reprodução pela universidade de forma a assegurar assim segurança aos usuários e legitimação pela sociedade. .

Campos (2000) aborda este tema trabalhando o conceito de campo e núcleo das profissões. Este autor introduz uma visão de clínica ampliada, em que os projetos terapêuticos podem ser ampliados com este olhar complementar entre as profissões, não se restringindo apenas à doença mais a aspectos da vida que interferem na saúde dos indivíduos.

É evidente que nas relações de trabalho operam relações de poder sejam de opressão, sejam de subordinação, sejam de liberdade e de alteridade, dependendo

do modo como é compreendido o sentido e o significado do trabalho. O poder-saber disciplinar relatado por Foucault (1999) em suas pesquisas caracteriza o saber médico através de critérios de seleção, descartando o falso – saber ou o não saber, normalização, homogeneização de conteúdos, hierarquização e centralização.

Os estudos de Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud SCHRAIBER, 2009) mostram uma visão marxista sobre o trabalho e sua compreensão a partir da análise do objeto, dos instrumentos necessários, entendendo-os como saberes e tecnologias,¹¹ e das práticas evidenciadas no processo de trabalho que conformam a sociedade e são influenciadas por ela. Traz a visão do “*saber operante*”, categoria que permite mediação pelo agente do trabalho dos conhecimentos científicos, dos saberes e das dimensões ético-políticas com a prática cotidiana do trabalho, com o seu objeto e com os instrumentos.

Em suas reflexões, Mendes Gonçalves (1994 apud FEUERWERKER, 1997, p. 21) analisa a alienação do trabalhador pelo trabalho passando o conhecimento sobre o trabalho a ser apropriado apenas pela ciência e pelos intelectuais. Já Schraiber (1993) afirma que a dimensão artística do trabalho foi capturada pela lógica produtiva vigente na modernidade. Nesse sentido, a reprodução acrítica do conhecimento pelo trabalhador e a construção do saber na área da medicina tornaram o processo de trabalho do médico cada vez mais fragmentado e mecânico, tendo sua repercussão no modo de organização da sociedade e na produção de saúde.

Utilizando como referenciais Marx, Gramsci e Lafargue e inspirado nos estudos de Mendes Gonçalves, Merhy descreveu em sua tese de livre-docência a transformação dos processos produtivos. Fez então, uma análise sobre o trabalho, a sua dimensão criativa, inovadora e desejanete, mas substituída, muitas vezes, por uma concepção taylorista responsável pela reprodução de processos instituídos, por diversas formas de dominação e de captura da autonomia dos trabalhadores no exercício do trabalho vivo (MERHY, 2000).

No artigo intitulado “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado”,

¹¹ Para Mendes Gonçalves, o conceito de tecnologia vai além dos instrumentos materiais e incorpora os diversos saberes utilizados no processo de trabalho (SCHRAIBER, 2003).

Merhy (2000) traz como contribuição a este debate, a partir das reflexões sobre saberes e tecnologias¹², os conceitos de trabalho vivo¹³ e trabalho morto¹⁴ para o ato de cuidar.

As três valises citadas pelo autor são: a da mão, responsável pelos procedimentos e pelas técnicas realizadas, desde ausculta a ecografia e ato cirúrgico; a da cabeça, na qual cabem os saberes da epidemiologia e da clínica; e a outra valise está no espaço relacional, fruto do encontro entre trabalhador e usuário, contém tecnologias leves para lidar com este campo das relações. A interação com o usuário e a tensão entre as três valises contribuem com os processos de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e as diferentes formas de realizar o trabalho médico e os atos em saúde na perspectiva do cuidado ou na perda da dimensão cuidadora (MERHY, 2002, p. 96-100).

Analisando a proposta educacional do PROVAB, constituída pela supervisão e pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e Atenção Básica, em que há as funções de tutor e supervisor, observamos que os conteúdos abordados, assim como o processo avaliativo, buscam o fortalecimento da Atenção Básica focada na atenção integral à saúde da família, de acordo com as diretrizes da atenção à saúde da família. Observamos também que, à medida que o PROVAB vai superando as dificuldades iniciais e constituindo suas atividades, seu contexto educacional torna-se estratégico para a fixação desses profissionais.

¹² Merhy (2002) diferencia os saberes em não estruturados, semiestruturados e estruturados. No primeiro, estão as tecnologias leves utilizadas, como o acolhimento, a produção de vínculo entre profissional e usuário e entre usuário e equipe, o compromisso com a resolutividade, a multiprofissionalidade, entre outros. Já os saberes semiestruturados estão no campo das tecnologias leve-duras, em que se destacam os saberes da clínica e da saúde pública dentro de uma visão voltada para Atenção Básica. Por fim, os saberes estruturados compõem as tecnologias duras e se referem a procedimentos e técnicas necessárias para algumas situações que acontecem nas unidades de saúde (Exemplo: sutura, curativo, espirometria, eletrocardiograma).

¹³ Trabalho vivo é o trabalho criativo, instituinte e inovador, desempenhado pelo profissional que usa a sua subjetividade para criar novas formas de fazer, utilizando diversas tecnologias de acordo com as necessidades apresentadas.

¹⁴ Trabalho morto é o trabalho instituído, que corresponde a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos como matéria-prima e que são resultados de um trabalho humano anterior. Apesar de ser produto do trabalho vivo, deixa-se guiar por processos instituídos e saberes estruturados ou semiestruturados (MERHY, 1997, p. 83).

O saber fazer do médico e do supervisor, assim como a maneira como estes articulam as tecnologias, saberes e suas valises na interação com os usuários, revela claramente a prática clínica centrada no cuidado à saúde ou em procedimentos e técnicas. Apesar de não termos o objetivo de afirmar nenhuma hipótese a respeito, observamos, através de fragmentos de falas, relatos e análises no *webportfólio*, oficinas e reuniões, que os saberes estruturados e semiestruturados, assim como as tecnologias duras e leve-duras, ainda prevalecem na prática clínica dos profissionais.

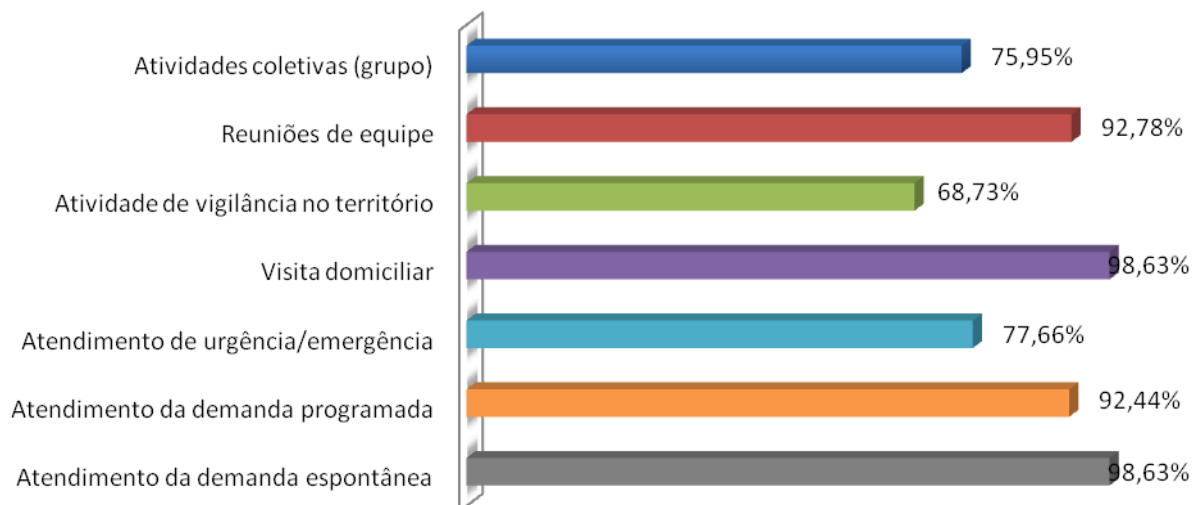
Guatarri, 1996 relata sobre os processos de produção e afirma que:

As relações de inteligência, de controle organização social, estão cada vez mais adjacentes aos processos maquínicos e é através da produção dessa subjetividade capitalística que as classes e castas que detêm o poder nas sociedades industriais tendem a assegurar um controle cada vez mais despótico sobre os sistemas de produção e vida social (GUATARRI, 1996, p. 39).

Na análise dos questionários FormSUS, assim como na análise dos projetos de intervenção feitos pelos médicos e relatos dos profissionais e supervisor observados no *webportfólio* UnA-SUS observa-se que o processo de trabalho dos médicos incorpora atividades inerentes aos atributos da Atenção Básica como descrito na Ilustração 17, embora estas atividades estejam mais concentradas no campo estruturado e semiestruturado¹⁵.

¹⁵ Foram analisados 25 projetos de intervenção com os seguintes temas: aleitamento materno, prevenção do câncer de pele, manejo de hipertensos e diabéticos, abordagem do idoso, gravidez na adolescência, educação permanente, acidentes relacionados ao trabalho, tuberculose, câncer de colo de útero, tabagismo, drogas, organização de prontuários e acolhimento.

Ilustração 15 – Atividades realizadas pelos médicos vinculados ao PROVAB.



Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/2013.

O destaque à multiprofissionalidade e a importância do PMAQ como estratégia de busca da qualidade na Atenção Básica, entretanto, é evidenciado nos relatos abaixo:

O processo de trabalho ocorre através de Equipe Multidisciplinar envolvido na Prevenção, melhoria da qualidade de vida, bem estar físico e emocional e, garantindo assim atendimento ambulatorial de qualidade. (médico vinculado ao PROVAB).

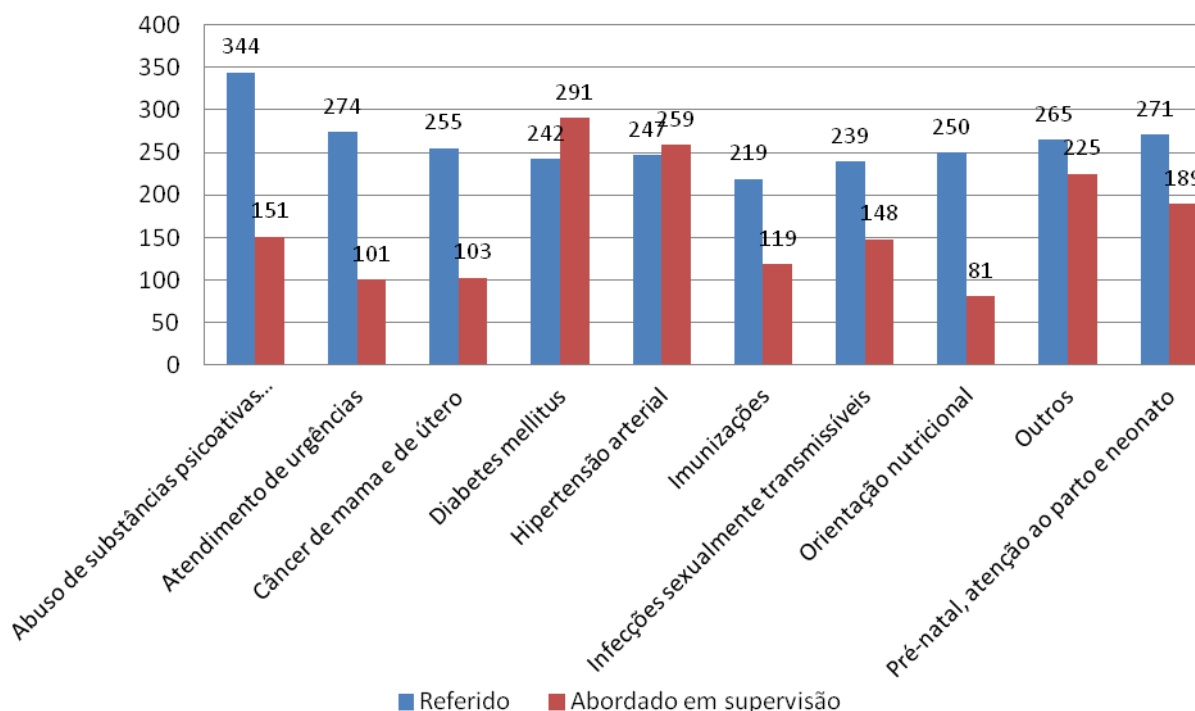
Neste último mês passamos pela visita do PMAQ onde foram feitas as avaliações da qualidade da UBS no atendimento da população. A Unidade foi muito bem avaliada, mesmo assim ainda aguardamos o resultado final que será em março do próximo ano. (médico vinculado ao PROVAB).

Ao analisar os instrumentos de supervisão, observamos que o questionário da primeira visita (ANEXO D), para diagnóstico inicial, aplicado pelos supervisores, ainda apresenta um recorte de abordagem focado na doença: as perguntas são direcionadas a queixas mais frequentes e não a necessidades dos usuários, não há uma descrição do território e da equipe vinculada ao profissional médico, o que limita e direciona o olhar deste profissional. De acordo com o relato do supervisor:

Na prática de atenção à saúde e educação permanente, observa-se ainda a atenção com foco na doença, a inexperiência, a insegurança na prática clínica, o pouco conhecimento sobre abordagem familiar, abordagem comunitária, educação em saúde, SUS, dificuldades em habilidades de comunicação, processo de trabalho e gestão da agenda/tempo, incluindo o horário para estudo. (relato dos supervisores).

Quanto aos temas prioritários elencados pelo MS, os supervisores e os profissionais referem maior dificuldade em temas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas, seguido de atendimento às urgências e pré-natal, atenção ao parto e nascimento e outros, embora os temas mais abordados pelos supervisores sejam *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial e outros, como exposto na Ilustração 16. Talvez, essa situação pode ser explicada pelo fato de a supervisão também ter dificuldades ou pouca familiaridade na abordagem destes temas.

Ilustração 16 – Temas prioritários do MS abordados pela supervisão ou que o profissional referiu dificuldades.



Fonte: SGTES/UnA-SUS, 2012.

Outra dimensão não identificada no gráfico anterior é em relação à consigna “outros”, que aparece num percentual relevante e mostra ser objeto de abordagem tanto do supervisor como de necessidade do profissional.

Necessitaria, em um segundo momento, explorar os temas aí contidos, uma vez que eles podem trazer muitas informações ainda não exploradas.

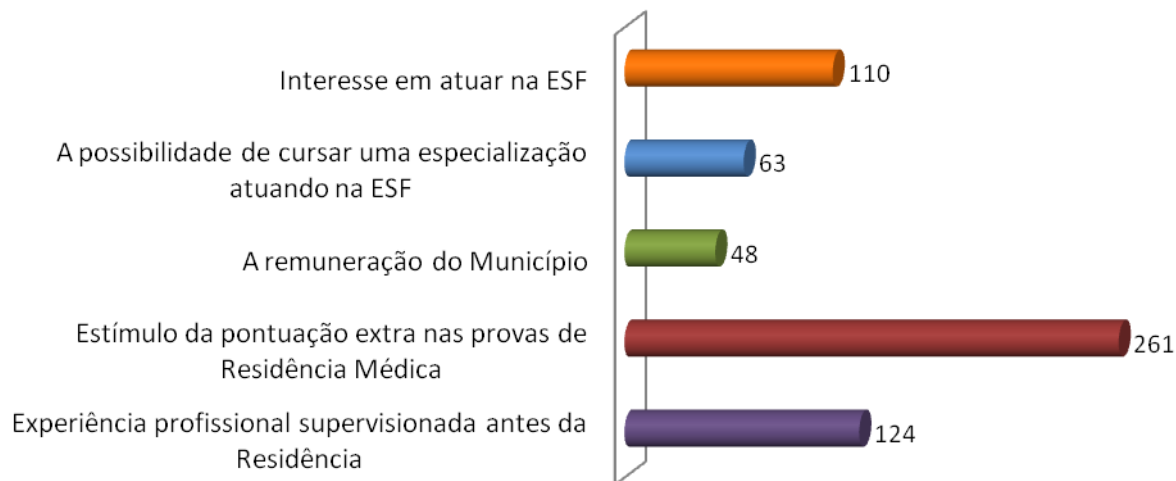
Percebemos que a experiência do PROVAB possibilitou ao profissional a atuação na Atenção Básica, algo que nem sempre é possível nas escolas médicas, cujo processo de formação é centrado no hospital e em ambulatórios de especialidades.

Como já descrito em capítulo específico, o modelo de formação médica hegemônico no País é centrado no saber científico, tendo como consequências o tecnicismo, a fragmentação do conhecimento e a incorporação passiva do conhecimento por parte do aluno, gerando uma postura submissa e de alienação do aluno frente à realidade. A sua visão acaba limitando-se à doença e ao procedimento e o seu processo de aprendizado na transmissão do conhecimento. O lugar de práticas é, predominantemente, o hospital.

Toda essa visão é decorrente do modelo de sociedade e assegura a base de sustentação do modelo assistencial vigente, sendo a escola médica um *locus* de poder-saber que interfere de forma significativa no perfil do médico formado.

A relação de poder evidenciada pode ser analisada sob a perspectiva de Foucault (1999), quando, na segunda metade do século XVIII, define o poder disciplinar responsável pela construção do saber médico baseado em homogeneização do conhecimento, na normalização, na hierarquização e centralização, gerando, neste campo, uma relação assimétrica de poder entre o docente e o aprendiz, uma incorporação tecnológica acrítica com produção de necessidades artificializadas.

Embora a principal motivação destacada pelos profissionais, para inscrição no PROVAB, seja o estímulo à pontuação dos 10% nas provas de residência, segundo análise preliminar de pesquisa do FormSUS, a experiência profissional supervisionada é muito importante, ocupando o segundo lugar quanto a esse quesito, conforme a Ilustração 17.

Ilustração 17 – Motivação do médico em relação ao PROVAB.

Fonte: SGTES/Deges/FormSUS/2013.

Acresce-se o fato de a supervisão no PROVAB ser o núcleo central da proposta educacional para os médicos, seja pela necessidade de avaliação de desempenho para fins de pontuação no programa, seja pelo contexto de apoio pedagógico.

Apesar de algumas questões referentes à proposta pedagógica ainda dialogarem com o modelo hegemônico de formação, é notório o processo dinâmico de transformação da proposta, fruto das discussões coletivas que permitiram introduzir novos conceitos que permitam aproximação do profissional com a realidade e as necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos. Além disso, está permitindo articulação dos serviços com as universidades e com os programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, sendo, portanto, a modelagem de acompanhamento e avaliação possível e negociada na comissão gestora.

Alguns relatos dos supervisores, extraídos do relatório preliminar do UnA-SUS (2012), sobre o acompanhamento e o desenvolvimento profissional do médico, mostram a evolução no processo de trabalho dos profissionais:

É um recém-formado e tem suas fragilidades em relação ao exercício da medicina e da saúde da família, mas tem uma atitude ativa em relação a esta situação e busca sanar as fragilidades. (supervisor do PROVAB).

O profissional apresentou crescimento e amadurecimento ao longo do PROVAB. Realizou o diagnóstico situacional e o projeto de intervenção junto da equipe de saúde da família e hoje na apresentação que refletiu a realidade da equipe, todos participaram, houve debate e reflexão com intuito de melhorar a organização da equipe e a melhoria do atendimento à população. (supervisor do PROVAB).

A avaliação do gestor não é condizente com a avaliação dos usuários, pois os mesmos gostam muito do trabalho do médico. Conversei com usuários informalmente na sala de espera em todas minhas visitas enquanto esperava o término dos atendimentos para realizar a supervisão e todos deram boas indicações do médico, alegando que o único defeito seria não chegar na hora (faz as visitas dos pacientes internados antes do posto). (supervisor do PROVAB).

Toda a equipe está motivada com o PROVAB e estão muito angustiados com a saída do médico em março, caso aprove na residência, ou caso queira ficar dois anos a equipe pede a garantia para que o mesmo continue na unidade para continuar o trabalho e o projeto de intervenção que os mesmos elaboraram. Solicitam também a possibilidade de sempre receberem médicos do PROVAB, quando um sair entrar outro. Nesse caso querem muito que o médico L... continue e estão organizando um abaixo-assinado colhendo assinaturas dos pacientes. Isso demonstra um forte vínculo do médico com a unidade e os pacientes em pouco tempo de trabalho. (supervisor do PROVAB).

Observando os relatos e as descrições quali-quantitativas, identificamos as diversas faces da supervisão, que vai desde o supervisor fiscalizador, com “conhecimento superior” e aferidor de conceito ou corretor de uma conduta, reproduzindo o modelo pedagógico hegemônico das escolas médicas, no qual se estabelece a relação de detentor do saber científico.

Essa relação de poder, analisada na prática pedagógica, é reproduzida na relação médico-paciente, em que muitas vezes o paciente é objeto da prática médica e não sujeito. A interação médico-paciente é também uma relação de autoridade de um sobre o outro, mediada pelo saber científico e não pelas necessidades de saúde e pela subjetividade de cada indivíduo frente ao sofrimento.

O relato de um enfermeiro vinculado ao PROVAB, analisando um caso no curso de especialização, relata bem esta questão:

Por sua vez, a padronização é um fato constatado no cotidiano das práticas de saúde, o que pode levar à rigidez e impessoalidade da relação. Ademais, o modelo utilizado predominantemente no atendimento à saúde ainda estabelece que o profissional possui autoridade, pois é detentor de conhecimento e habilidade. Nesse contexto, o profissional assume a responsabilidade pela tomada das decisões, as pessoas deixam de ser o centro das atenções com facilidade, sendo transformadas em "objetos" do cuidado e fonte de lucro, ficando dependentes e passivas à espera do "poder científico" que os profissionais da saúde julgam ter, o "comércio da doença" se sobrepondo à dignidade das pessoas. (Enfermeiro vinculado ao PROVAB).

Outra dimensão de supervisão é a do supervisor apoiador ou facilitador dos processos de aprendizagem, comprometido com o trabalho e com uma relação de "alteridade" entre os sujeitos trabalhadores, buscando compartilhar saberes e práticas para mudança nos processos de trabalho, produzir autonomia do profissional e comprometimento com a vida.

Em uma proposta pedagógica baseada na mediação do processo de aprendizagem, ambos os atores aprendem com o processo, cabendo ao supervisor muito mais a função de mediador do aprendiz. Essa relação permite trazer reflexões, identificar necessidades de qualificação e aprimoramento e apontar caminhos para a superação das dificuldades.

É necessária, portanto, a agregação, por parte dos profissionais, de novos saberes e práticas em saúde. Também é necessário que estes saberes e práticas em saúde possam compor, segundo Merhy (2002), a valise tecnológica do médico a ser utilizada a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário, em um processo de compreensão e significação conjunta das necessidades, sejam individuais, sejam coletivas.

Essa postura pedagógica permite ao profissional sair da postura passiva diante da realidade, centrada em procedimentos, focada apenas na queixa-conduta, para uma atitude agenciadora do cuidado.

A educação permanente passa, então, a ser estratégica para qualificar os serviços de saúde, mudar o processo de trabalho e investir em práticas cuidadoras para chegar a resultados desejados (MERHY, 2002).

A incorporação da educação permanente associada aos projetos de intervenção na proposta de supervisão, assim como a proposta de avaliação formativa, pode servir no futuro como agenciamentos para resgatar a dimensão criativa e produtora de novos significados no trabalho em saúde.

A educação permanente difere, portanto, dos processos de educação continuada, uma vez que propõe uma pedagogia pautada na construção do conhecimento, no mapeamento das necessidades, na aprendizagem significativa e na mudança do processo de trabalho. Por sua vez, a educação continuada tem como objetivo pedagógico a transmissão de conhecimentos, o treinamento da força de trabalho para operar determinada tecnologia.

Para se potencializarem, as políticas de educação e provimento devem ter o compromisso com a mudança do processo de trabalho. Para que isso ocorra, é necessário aprendizado mútuo entre academia e serviços, na busca de compromisso com a mudança da realidade sanitária local e a perspectiva da educação permanente, cujo conceito ainda está sendo implementado.

Analisando esses processos de forma dinâmica e dialética, observamos que o PROVAB está, a cada momento, sofrendo mudanças, seja no âmbito das modelagens de contratação, seja na proposta educacional. Alguns elementos são perceptíveis nas análises dos documentos e dos discursos, entre eles: a introdução do conceito de educação permanente, estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; o conceito de campo e núcleo de atuação profissional, introduzido no manual do supervisor; a articulação do processo pedagógico com a mudança do processo de trabalho; a proposta de projetos de intervenção; e o processo avaliativo com diversos atores envolvidos no processo.

Novos formatos para o PROVAB 2013 estão sendo incorporados, um deles refere-se ao profissional médico, que passa a receber bolsa federal pelo trabalho, na modalidade trabalhador-estudante, com a obrigatoriedade de cursar a Especialização em Atenção Básica. Esta dimensão de bolsa de estudo, que articula trabalho e educação, tem a perspectiva de fortalecer o aspecto de formação e de educação do PROVAB.

Na versão 2013, passa-se a ter a figura do tutor vinculado ao curso de especialização e a uma universidade e o supervisor. Para conformação desta nova modelagem, há necessidade de rediscutir o papel do tutor e do supervisor, assim como a proposta pedagógica e quais os possíveis arranjos.

Esses componentes, se potencializados, podem contribuir para a mudança das práticas em saúde e, indiretamente, para favorecer a fixação de profissionais de saúde, somado aos demais fatores, como relatado e analisado anteriormente.

Meritocracia do exame de residência versus bônus de dez por cento (10%) nas provas de residência médica

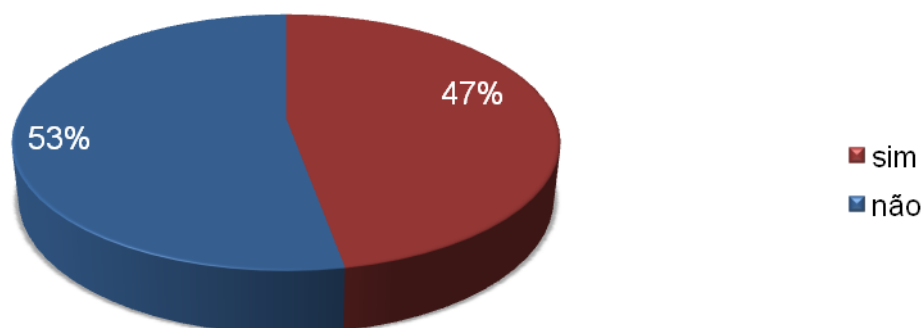
Os 10% de bônus na pontuação das provas de residência médica foram um dos pontos mais questionados por setores da medicina.

Apesar das tensões, a resolução da CNRM/MEC aprovou a concessão de bônus de 10% nas provas de residência para os participantes do PROVAB. Diz a Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011: “[...] os profissionais que atuarem durante um ano no PROVAB tem direito a 10% de pontuação na nota final do processo de admissão à residência médica”. (BRASIL, 2011d).

Esse incentivo para participação no programa, entretanto, só é concedido após processo avaliativo de desempenho do profissional inserido no programa.

Em pesquisa ainda não concluída, iniciada em janeiro de 2012, pelo Deges/MS, constatou-se que, dos 56% dos médicos aprovados (172 profissionais) que responderam à pesquisa, 82% dos médicos entrevistados (140 profissionais) submeteram-se ou pretendiam submeter-se a algum processo seletivo de residência médica para entrada em 2013. Destes, 31% (43 médicos) foram aprovados em alguma instituição. Dos aprovados (31%), 79% (34 profissionais) afirmaram que a pontuação do PROVAB impactou em sua aprovação. Dos 82% (140 profissionais) que se submeteram a processos seletivos, 47% dos médicos (66 profissionais) afirmaram ter encontrado impedimentos para utilização da pontuação do PROVAB, conforme Ilustração 18 (FormSUS, 2013).

Ilustração 18 – Impedimentos na utilização da pontuação do PROVAB em alguma instituição.



Fonte: Deges/SGTES/FormSUS/2013.

A falta de regulamentação da Resolução nº 3/2011 da CNRM, que define como a comissão deve atuar frente a casos de impedimentos da utilização da pontuação devida à participação exitosa no PROVAB, como acima demonstrado, somado ao entendimento do conceito de mérito, por parte de alguns atores, podem contribuir para a judicialização do programa, explicitando pontos dificultadores na sua implementação.

Na análise dos discursos, o mérito é entendido por alguns atores em uma correlação direta, pautada no saber científico e na capacidade de armazenamento de informações técnicas por parte dos estudantes, para concorrer a uma vaga de residência por meio de um processo seletivo de livre concorrência.

Entretanto, sabe-se que os processos seletivos agregam a experiência profissional como requisito de pontuação. Da mesma forma, o conjunto de experiências vivenciadas ao longo da trajetória da formação do profissional, como pesquisa e atividades de extensão, são consideradas relevantes na seleção para os programas de residência.

Na visão dos gestores, a vivência supervisionada na Atenção Básica é fator positivo para o profissional e para o SUS, contribuindo para uma visão mais ampliada do profissional em relação à Atenção Básica.

A visão dos profissionais do PROVAB mostra a importância desta vivência no processo de formação do médico:

A Estratégia de Saúde da Família se apresentou para mim como meio de ganhar experiência na área depois de formada e como intermeio para a residência antes pensada em pediatria. Após menos de seis meses de trabalho me encantei pelo programa e todas as suas possibilidades de poder colocar o que aprendi na prática, olhar o paciente de forma integral e não apenas como uma doença. (médica vinculada ao PROVAB).

O "provabiano" afirmou que pretende terminar o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família e atuar no município como Médico de Família e Comunidade. (supervisor do PROVAB).

Médico está ganhando confiança no trabalho e gosto para medicina ambulatorial, em especial medicina de família. Está considerando fazer residência MFC. (supervisor do PROVAB).

Grande parte dos médicos tem interesse em ingressar em uma residência médica. A competição exacerbada para ingressar nos programas de residência, como possibilidade de suprir as deficiências já apontadas do aparelho formador e o fato de esta forma de pós-graduação não ser uma estratégia universal fazem com que muitos médicos passem a atuar diretamente no mercado de trabalho, dada a situação extremamente favorável em termos de emprego, conforme relatado por Girardi (2013).

Essa concorrência exacerbada tem contribuído, por exemplo, para a proliferação dos chamados "Med Cursos", uma vez que os critérios de seleção não observam o processo de formação do médico na escola médica, mas a avaliação pontual, realizada por meio de uma prova cujo conhecimento muitas vezes é adquirido através de métodos de memorização descolados da realidade. Vale ressaltar que este tema tem sido objeto de constantes discussões nos fóruns de ensino médico.

Por outro lado, observamos um desinteresse dos profissionais pela Atenção Básica, que deve ser a base do sistema de saúde, como discutido anteriormente. Isso é constatado por meio de elevado percentual de ociosidade na ocupação de

vagas da Residência de Medicina e Comunidade, chegando a aproximadamente 70%.

Contudo, no processo dinâmico de implementação do Programa, temos diferentes posicionamentos, como o de um juiz do Ceará, que concedeu efeito suspensivo de liminar contra o PROVAB, em fevereiro de 2013, argumentando que:

(1) a concessão dos 10% é condicionada a um processo de supervisão e avaliação (Portaria MEC/MS nº 2.087/2011, arts. 4º e 10º, Edital nº 1 MS/2011, itens 5.7 e 5.8) a partir de Instituições de Ensino e Certificação (Edital nº 1 MS/2011) pelo MS e regulamentada pela Resolução nº 3/2011 da CNRM; (2) a suspensão do art. 8º pode gerar insegurança e instabilidade no Programa com repercussão nacional e (3) o PROVAB é de alta relevância social, “uma atitude digna de mérito”.

Os avanços e os fatores limitantes na conformação de uma política de provimento e de educação para o trabalho no Brasil

O PROVAB, apesar de todas as dificuldades no seu processo de implantação, proveu médicos nas diversas regiões do País. Como avanços desta experiência, podemos destacar o fortalecimento da formação profissional na Atenção Básica, a possibilidade de levar assistência médica à população, ampliando o acesso às ações e serviços de saúde nas regiões mais remotas do País e a integração ensino-serviço por intermédio da inserção das universidades no SUS através das atividades de supervisão.

Entre as dificuldades relatadas, destacamos as desistências dos profissionais em participar do programa, a dificuldade de comunicação entre os diversos atores, a falta de integração dos diversos componentes do programa, ainda operando de forma fragmentada e desarticulada, o início tardio da supervisão (efetivamente, ocorrida em agosto/setembro por conta das distâncias, deslocamentos, pouca disponibilidade de tempo) e baixa remuneração. Quanto a este último aspecto, cabe mencionar que o ajuste da bolsa para supervisão contribuiu para gerar certa estabilidade no programa.

Como já relatado, a comunicação foi ponto nevrálgico na implementação do programa, conforme identificado a seguir:

Sobre o PROVAB propriamente dito, observa-se pouca informação sobre o funcionamento e insegurança em relação ao bônus de 10% para a seleção da residência. (supervisor do PROVAB).

Outro desafio a ser enfrentado é a articulação efetiva com a gestão local dos serviços. Em ata, a comissão coordenadora do PROVAB relata:

sobre a responsabilidade do Supervisor em receber e avaliar o profissional, isso tem que ficar muito claro. Pois esse profissional/bolsista é um profissional da gestão municipal. A recepção do médico tem que ser feita não só pelo supervisor, mas pelo próprio gestor de sua unidade. Dessa forma, essa avaliação não é apenas uma avaliação acadêmica, o gestor tem que participar de forma global de todo o processo. A parceria é de extrema importância, se não teremos problemas na avaliação desse profissional (BRASIL, 2012t).

O arranjo de maior integração dessa atividade com os serviços pode não apenas facilitar as atividades de supervisão em termos de distância e deslocamento, mas também buscar que os serviços de saúde assumam esta função pedagógica de forma integrada e com o suporte da universidade, apoiando a qualificação e preparando estes trabalhadores para a realização de atividades de educação dentro das perspectivas do SUS.

A incorporação desta função educadora no trabalho agrega valor aos profissionais de saúde dos serviços, importante elemento de fixação de profissionais em uma região. Ao mesmo tempo, permite que a universidade contribua para a disseminação deste papel no Sistema de Saúde.

Mais um ponto a ser destacado no PROVAB é ainda a necessidade de integração entre as diversas ofertas educacionais no território, entre elas: o Telessaúde, o Pró-Saúde, o PET-Saúde, a Pró-residência, a carreira, a educação permanente, entre outros. A atividade de supervisão do PROVAB, por exemplo, pode ser articulada com as atividades do Telessaúde, com a preceptoria do Pró e

PET-Saúde e das residências médicas e multiprofissionais, assim como os processos de educação permanente. Assim, fica mais claro o papel de educação e formação que o sistema de saúde tem, devendo preparar os seus trabalhadores para esta função.

Inúmeras experiências trabalham com essa perspectiva, como é o caso da experiência do Ceará com o Sistema de Saúde-Escola (ANDRADE, 2010), em que todo serviço de saúde pode potencialmente incorporar atividades de ensino e de educação permanente, ou do Distrito Federal com a Escola de Ciências da Saúde.

A Abem tem discutido nos seus fóruns a dimensão do sistema de saúde como espaço educador. No contexto internacional, destacam-se várias experiências, entre elas a da Inglaterra e da Andalucia (Espanha). Esta última destacou, em 1986, por intermédio de dispositivo legal, o papel da formação no âmbito do sistema de saúde: “toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, pós-graduada y continuada de los profesionales”. (ESPAÑA, 2003; 2008; 2009).

O arcabouço legal da Andaluzia define todos os aspectos de uma formação integrada com o sistema, a relação com o Ministério da Educação, a definição de especialidades, a proposta de acreditação dos serviços de saúde, dos profissionais e da formação continuada, buscando articular carreira com desempenho e desenvolvimento profissional, a partir de diretrizes de gestão por processos, a gestão por competências e a gestão da clínica, incluindo neste contexto a função docente ou de tutoria como estratégica para o sistema de saúde.

O aspecto comum observado entre esses países, que enfrentaram esses problemas como questão de Estado, é que eles apostaram na priorização da Atenção Básica e na regulação da formação profissional e do trabalho por parte do Estado. No caso do Brasil, ainda sofremos a forte interferência do modelo liberal-privatista na inserção do profissional de saúde no mercado de trabalho.

Há, portanto, necessidade de caracterizar melhor a função de ensino nos serviços de saúde, de maneira a potencializar e articular esta atividade com o trabalho, instituindo mecanismos de desempenho e evolução na carreira, vinculados às atividades de educação realizadas pelos profissionais de saúde, pensar em

arranjos e dispositivos que fortaleçam o trabalho em saúde e a visão do SUS como um espaço educador.

A universidade, dentro desse contexto, deve estar integrada no compromisso de modificar a realidade sanitária brasileira e propiciar mudanças no processo de educação médica no âmbito da graduação, não utilizando os serviços apenas como cenário de práticas.

Concluimos, portanto, que o sistema de saúde deve assumir seu papel de educação e de regulação neste campo temático e que as funções supervisor, apoiador, facilitador, tutor, preceptor podem ser potentes mediadores do processo ensino-aprendizagem baseado na realidade e no processo de trabalho, com a perspectiva de mudanças de práticas nos serviços de saúde.

Conclusão

Inquietações do presente, rumo ao futuro: a regulação da formação profissional e do trabalho por parte do Estado

Considerando que o modelo liberal-privatista sempre prevaleceu na formação médica e na inserção do médico no mercado de trabalho, como já detalhado anteriormente, como podemos ter um SUS de qualidade se o mercado é quem ordena e define os interesses dos profissionais?

A agenda de recursos humanos é uma agenda estratégica do SUS, apresentando vários desdobramentos, entre eles, o provimento, a formação na graduação, a formação especializada, a formação técnico-profissional, a educação permanente. Como vimos, o mercado é forte regulador de boa parte desses processos, definindo as escolhas, o *modus operandi* desses profissionais, nem sempre coincidindo com as necessidades do SUS, e sua atuação na clínica pautada na prática liberal, cartesiana e positivista.

Ao mesmo tempo, a relação público-privada no Brasil interfere na produção de bens e serviços, nos mecanismos de liberalização da profissão médica versus regulação estatal e ainda no posicionamento do médico frente à sociedade e ao trabalho. Estes são marcadores importantes que influenciam no cuidado à saúde da população, perpetuando o modelo hegemônico atual de saúde e de formação médica.

O ordenamento de recursos humanos pelo SUS, previsto na Constituição Brasileira e na Lei 8.080/1990, ainda não foi implementado, apesar de tentativas do governo em atuar mais fortemente em problemas crônicos, como é o caso do provimento de médicos no País, a expansão das residências e a regulação na abertura de cursos de medicina.

É necessário, entretanto, definir qual marco regulatório é possível tendo em vista as características de um país como o Brasil, apostar na regulamentação do art. 200 da Constituição e na mobilização dos diversos atores para uma agenda de mudança do modelo de formação existente.

O PROVAB mostrou que é possível articular provimento e educação por meio de sua proposta pedagógica. Obviamente, devemos considerar as possibilidades e limitações de um programa em fase de implementação, que não deve ter a pretensão de resolver todos os problemas do sistema de saúde neste campo temático.

Por isso, há necessidade de estruturar algumas agendas neste campo que dialoguem com a definição do marco regulatório, como: o dimensionamento de profissionais para atender às necessidades do SUS, considerando capacidade instalada, investimentos e modelo assistencial; a definição de critérios para expansão ordenada de cursos de graduação e de especialistas, de acordo com as necessidades do sistema; a definição de especialidades existentes e necessárias para o SUS; a mudança no modelo pedagógico dos cursos da saúde na perspectiva das necessidades de saúde da população; o fortalecimento da função docente na escola médica, já proposto pela Cinaem; a ampliação dos espaços de ensino-aprendizagem na rede de atenção à saúde e não apenas nos hospitais universitários e centros de saúde-escolas, de maneira que o SUS passe a incorporar esta dimensão em todos os seus serviços de saúde; o incentivo a carreiras que valorizem a dimensão do ensino no Sistema de Saúde; a valorização da tutoria ou preceptoria de processos educacionais incorporada nos serviços de saúde; a efetivação da política de educação permanente articulada com a gestão do trabalho valorizando as atividades de educação na progressão da carreira e aplicando o conceito de educação permanente no interior dos serviços de saúde.

Essas agendas relativas ao campo temático provimento e educação, vem ao encontro da afirmação de Gentile (1983, p. 13): “Não é apenas a quantidade de médicos, enfermeiros, de medicamentos e de leitos hospitalares que determinam a saúde da população”, mas um conjunto de fatores, alguns dos quais perpassam a necessidade da educação permanente.

A análise dos processos de implementação do PROVAB nos revela que é possível formular propostas que incorporem a micropolítica dos processos produtivos, entendendo que se não mudarmos as práticas em saúde isso resultará um sistema que reproduz práticas pouco resolutivas e geradoras de insatisfação dos usuários.

A incorporação das diretrizes da educação permanente, seja como integradora dos programas e projetos existentes no território, seja como estratégia para superar a dicotomia ensino e serviço, revela-se como um dispositivo potente para a mudança do modelo de atenção e do cuidado à saúde da população.

O fortalecimento da proposta de supervisão sob a perspectiva do apoio institucional e matricial, nos princípios da educação permanente, a incorporação por parte dos trabalhadores do SUS desta função pedagógica nos serviços, a regionalização dos processos de planejamento e de decisão dos diversos processos de educação e formação no território, assim como a integração da Universidade podem potencializar o PROVAB enquanto proposta que vai além do provimento e aprofunda a questão da valorização da Atenção Básica.

A Universidade, por sua vez, no lugar de detentora do saber, deve assumir postura de mediação do processo pedagógico, fortalecendo os processos educacionais voltados para a realidade.

Ao mesmo tempo, a necessidade de incorporar nova postura diante do trabalho, pautada na solidariedade, na alteridade, na troca de saberes, no respeito às singularidades de cada profissional e na multiprofissionalidade são características fundamentais para quaisquer perspectivas de mudança dos processos de trabalho, de busca de qualidade e resolutividade da atenção à saúde da população.

Outro fator importante é o investimento em alguns elementos estruturantes de fixação dos profissionais, como as residências em saúde, algo que já está sendo buscado pela SGTES/Deges.

Ainda temos como desafios, conforme aponta o Decreto 7.508/2011, que propõe nova lógica organizativa para o SUS: governança mais participativa e colegiada, o olhar e a articulação regional dos recursos, assim como a partilha das responsabilidades sanitárias articuladas a um financiamento das ações de educação e do trabalho menos fragmentado.

No campo da regulação da formação profissional e do trabalho médico, há, portanto, uma agenda extensa e complexa, que passa pela definição das apostas a serem feitas em torno do tema a fim de se ter um profissional de saúde com visão cuidadora e comprometido com as reais necessidades de saúde da população.

Desse modo, é imperativo dialogar sobre quais modelos de formação profissional e de educação permanente queremos construir e quais disputas e interesses teremos de enfrentar neste campo. De antemão, devemos ter ciência de que esta aposta não é apenas dos governos, mas também de toda sociedade.

Referências

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Entrevista: Luiz Odorico Monteiro de Andrade. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 587-594, nov.2010/fev.2011.

BRASIL. Lei nº 6.310, de 15 de dezembro de 1975. Autoriza a instituição da Fundação Projeto Rondon e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1975.

_____. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 1976. Seção 1, p. 11241.

_____. Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 2011f.

_____. Decreto Presidencial 7.385, de 08 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a instituição do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UnA-SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez. 2010a.

_____. Lei 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2010b.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 1981b.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,

DF, 23 dez. 1996a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. _____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. _____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. _____. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29, jun. 2011a.

_____. _____. Portaria Interministerial nº 2.087, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Seção 1, p. 92.

_____. _____. **Edital MS nº 7, de 7 de dezembro de 2011**. Convocação de instituições de ensino/hospitais de ensino/ secretarias de saúde/programas de residência que tenham interesse em ser instituição supervisora do PROVAB. Brasília, 2011c.

_____. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011e. Seção 1, p. 48.

_____. _____. Edital nº 9, de 27 de dezembro de 2011. Prorroga até 31 de janeiro de 2012 os prazos de que tratam o item 3.1 do Edital de Convocação nº 7 e o item 3.1 do Edital de Convocação nº 8, ambos de 07 de dezembro de 2011, referentes ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2011g. Seção 3, p. 156.

_____. _____. Portaria 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jun. 2011h. Seção 1, p. 45.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

_____. _____. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 110 p.

_____. _____. Portaria nº 3.083, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Estratégia de Qualificação Hospitalar para Apoio à Formação de Especialistas em áreas estratégicas e regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivos financeiros para os estabelecimentos hospitalares que ampliem vagas em Programas de Residência Médica ou ofereçam novos Programas de Residência Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2012b. Seção 1, p. 113.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série E. Legislação em Saúde). 110 p.

_____. _____. **Edital nº 1, de 9 de janeiro de 2012**. Processo seletivo para escolha de egressos de instituições de ensino superior. Brasília, 2012d.

_____. _____. **Edital nº 24, retificado em 18 de janeiro de 2012** - Retificação do quesito "Elaboração do Projeto". **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jan. 2012e. Seção 3, p. 268.

_____. _____. **Edital nº 3, de 30 de janeiro de 2012.** Prorrogação dos prazos constantes nos Editais: nº 7 e nº 8 , de 2011. (PROVAB). Brasília, 2012f.

_____. _____. **Edital nº 4, de 30 de janeiro de 2012.** Prorrogação do Edital nº 1, de 09 de janeiro de 2012. Brasília, 2012g.

_____. _____. **Edital nº 6, de 28 de fevereiro de 2012.** Torna pública a relação dos candidatos selecionados para execução das atividades no âmbito do PROVAB. Brasília, 2012h.

_____. _____. Portaria MS nº 754, de 18 de abril de 2012. Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 abr. 2012i. Seção 1, p. 47.

_____. _____. **Edital nº 7, de 26 de abril de 2012.** Cria o Curso de Especialização com foco na Atenção Básica destinado aos profissionais de saúde selecionados pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Brasília, 2012j.

_____. _____. **Edital nº 10, de 10 de maio de 2012.** Prorroga para 15/05/2012, a data limite para os municípios participantes do PROVAB manifestarem seu interesse, por meio do link: <<http://www.provab.saude.gov.br>> e assinarem Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde. Brasília, 2012k.

_____. _____. **Edital nº 12 SGTES/MS, de 22 de maio de 2012.** Torna público o período e as condições para municípios não participantes do PROVAB se cadastrarem no Programa. Brasília, 2012l.

_____. _____. **Edital nº 13, de 24 de maio de 2012.** Prorroga prazo para registro de interesse no curso de especialização. Brasília, 2012m.

_____. _____. **Portaria MS nº 10, de 27 de junho de 2012.** Acrescenta profissionais e respectivos municípios selecionados em relação à Portaria nº 7 de 6 de maio de 2012. Brasília, 2012n.

_____. _____. **Edital nº 16, de 3 de agosto de 2012.** Prorrogação dos prazos dos editais de convocação nº 17/2011 e nº 8/2012. Brasília, 2012o.

_____. _____. **Edital nº 17, de 3 de agosto de 2012.** Prorrogação dos prazos dos editais de convocação nº 18/2011 e nº 9/2012. Brasília, 2012p.

_____. **Edital nº 23, 9 de outubro de 2012.** Prêmio INOVASUS – Carreira: planos de cargos, carreiras e salários. Brasília. 2012s.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012q.

_____. _____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual do Supervisor, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.** Brasília, 2012t.

_____. _____. **Anais da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. _____. **Anais da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. **Anais da 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2012r.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Brasília, 2011i.

_____. _____. Secretaria Geral. **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS,** 1981a. Relatório de Situação.

_____. _____. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde,** v. 1, n. 1, 1993.

_____. _____. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. _____.; Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia as diretrizes curriculares nacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 2011d. Seção 1, p. 22.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento – A defesa da prática liberal da Medicina.** São Paulo: Hucitec, 2006.

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

_____.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica, saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44 p.13-24, maio 2009.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coords.). **O Médico e o seu Trabalho**. Brasília: CFM, 2004.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

_____. ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2. São Paulo, 2002.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Relatório geral de avaliação das escolas médicas brasileiras**. 1996.

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

CRUZ, K. T. **A Formação Médica no Discurso da CINAEM**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UNICAMP, Campinas, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ESPAÑA. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Ordena las profesiones sanitarias BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003.

_____. **Real Decreto 183/2008**, de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados

aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE nº 45 de 21 de febrero de 2008.

_____. **Real Decreto 1.146/2006**, de 6 de octubre por el que se regula la relación laboral especial de residencia de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE nº 240 de 7 de octubre de 2006.

FERLA, A A. **Clínica em movimento**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Residência médica e as estratégias de mudanças da educação médica no Brasil**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1997.

_____. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida/Abem, 1998.

_____. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 2002.

_____; LIMA, V. V. **Formação de ativadores de processos de mudança: uma estratégia do AprenderSUS**. Olho Mágico. 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GENTILE, C. M. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

GIRARDI, S ; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002.

_____. _____. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

GONÇALVES, R. B. M. **Raízes sociais do trabalho médico**. Dissertação. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1978.

_____. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos Cefor/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. São Paulo: Editora Papirus, 1990.

_____. **Cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

_____. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. (Coord.). Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social e Preventiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 2007.

_____; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. FALCÃO, André; et al (Orgs.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MELLO, C. G. **A medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 15, n.2, p. 72-87, 2006.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1985.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____ et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Revista Interface – Comunic, Saúde, Educ**. São Paulo, n. 6, fev. 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Campos, G. W.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de Práticas de Atenção Básica, Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 75-91, 2003.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PICCINI, R. et al. **Transformando a educação médica brasileira**. Projeto CINAEM: III Fase, 1998.

PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ Observa RH, 2011.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA T.; MAGNAGO, C.; NASCIMENTO, D. N. e MIRANDA R. G. **Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010**. Editora CEPESC – IMS/UERJ- ObservaRH. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, L. **SUS**: desafios políticos-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp, SP, 2012.

SANTOS, R. C. **Saúde todo dia**. Uma Construção Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.

_____. **O Médico e seu Trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Programa Saúde da Família no Brasil**. Análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equidade entre necessidade, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WHO. **Family practice development strategies**. Report on the third WHO meeting of expert network. Turkey: WHO/Euro, 1978.

ANEXO A – SIGPROVAB

http://189.28.128.99/provab/sistemas/provab/index.php#

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

BRASIL




PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PROVAB

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA ESTADUAL
 MUNICÍPIO
 INSTITUIÇÃO SUPERVISORA
 SUPERVISOR
 PROFISSIONAL
 INFORMES

Supervisor

Acesso ao SIGPROVAB
 Relatório de supervisão
 Relatório de prestação de contas
 Acesse a comunidade PROVAB
 Plataforma Arouca
 Acesse o SCNES

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES
Núcleo de Tecnologia da Informação/Assessoria de Informática

PT 22:48
11/02/2013

SIGPROVAB

https://moodle.unasus.gov.br/provab/

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda
TelEduc I-EP Hospital Sírio Libanés Google Arg

Acesso à Informação **BRASIL**

Você acessou como Mônica Sampaio de Carvalho (Sair)

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCE
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PROVAB

Portal PROVAB

Instruções para cadastro
Caso ainda não possua acesso [clique aqui](#)

Administração do site
Relatórios

Comunidade PROVAB [Clique aqui para acessar](#)

Suporte Técnico

Meus Ambientes

- > Fórum Nacional do PROVAB
- > Web Portfólio - Casa de Saúde Santa Marcelina
- > Web Portfólio - Escola de Saúde Pública do Ceará
- > Web Portfólio - Fundação Universidade Federal De Mato Grosso
- > Web Portfólio - Fundação São Paulo
- > Web Portfólio - Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul
- > Web Portfólio - Fundação Universidade de Pernambuco - Estadual
- > Web Portfólio - Fundação Universidade Federal de Sergipe
- > Web Portfólio - Fundação Universidade Federal do Acre
- > Web Portfólio - Fundação Universidade Federal do Maranhão

Somente o conteúdo seguro é exibido. [Qual é o risco?](#) [Mostrar todo o conteúdo](#)

22:50
11/02/2013

ANEXO B – PLATAFORMA AROUCA

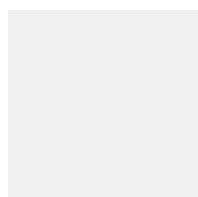
Cursos

Ambiente de acesso aberto a cursos (Portfolio)

[Ir para o conteúdo principal](#)

Você ainda não se identificou ([Acesso](#))

[Saltar Suporte](#)



Suporte



**Suporte
Técnico**

Apresentação

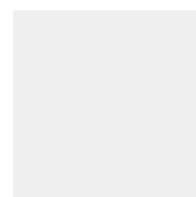
Bem vindo ao ambiente de Portfolio da UnA-SUS.

O ambiente Portfolio permite o acesso de visitantes aos cursos oferecidos pelas nossas instituições parceiras através do portal UnA-SUS. Esta modalidade de acesso é aberta a todos os usuários sem matrícula nos cursos e não dá direito ao recebimento de declarações de conclusão.

Escolha o curso a partir do menu lateral, e, se desejar, responda a enquete com sua opinião, ela é muito importante para nós.

Bons estudos!

[Saltar Pesquisa Global](#)



Pesquisa Global

Pesquisar no

Moodle

@2011 UnA-SUS - Universidade Aberta do SUS

Av. L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 04 - sala 201,
CEP 70910-900

Você ainda não se identificou ([Acesso](#))

ANEXO C – QUESTIONÁRIO FormSUS DE AVALIAÇÃO DO PROVAB

PROVAB - FORMULÁRIO I -
MÉDICOS

[Formulário](#) | [Resultado](#) | [Busca Ficha](#) | [Altera Ficha](#) |

[Imprimir Formulário](#)

PROVAB - FORMULÁRIO I - MÉDICOS*** Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Identificação

1) **Nome do profissional:**

2) **Local de conclusão do curso de graduação:**

3) **Ano de formatura:**

4) **Município onde atua no PROVAB:**

5) **Estado onde atua no PROVAB:**

6) **Que especialidade de residência pretende cursar?**

Identificação das condições de trabalho e moradia

7) **Forma de contratação:**

Cargo comissionado

- Emprego público - CLT
- Contrato temporário (por prazo determinado)
- Estatutário - cargo público de caráter efetivo
- Autônomo
- Intermediado pela esfera privada
- Contrato tácito
- Outro: Qual?

8) Está exclusivamente na Atenção básica?

- Sim
- Não

9) Data início contrato formal:

10) Remuneração bruta:

Montante pago pelas horas de trabalho no período normal e no extraordinário. Inclui o pagamento de férias, feriados e outras ausências pagas e os subsídios de alimentação, de função, alojamento ou transportes, prêmios de produtividade, de assiduidade, isenções de horário, subsídio por trabalhos perigosos e subsídios por trabalhos de turnos e noturnos.

11) Jornada de trabalho:

(Especificar distribuição da jornada de trabalho durante a semana)

12) Tem outro vínculo de trabalho?

Sim

Não

13) O município fornece transporte para deslocamento até a unidade de saúde?

Sim

Não

14) Acesso/deslocamento para o serviço:

Fácil

Razoável

Difícil

15) O município fornece moradia?

Sim

Não

16) Mora no município?

Sim

Não

17) Comentários sobre acesso e moradia:

A rectangular text input field with a thin border. It contains no text. On the right side, there are vertical scrollbars with up and down arrows. On the bottom side, there are horizontal scrollbars with left and right arrows.

Condições e Processo de trabalho

18) Segmento territorial onde atua:

Zona urbana

Zona rural

19) População atendida na unidade de saúde onde atua:

(Pode marcar mais de uma alternativa)

- Assentados
- Escolar
- Indígena
- Geral
- PRONASCI
- Ribeirinha

20) Atividades realizadas pela equipe de saúde:

(Pode marcar mais de uma resposta)

- Atendimento da demanda espontânea
- Atendimento da demanda programada
- Atendimento de urgência/emergência
- Visita domiciliar
- Atividade de vigilância no território
- Reuniões de equipe
- Atividades coletivas (grupo)

21) Qual a periodicidade das reuniões de equipe:


- Diária
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Esporádica
- Não realiza

22) Em relação à infraestrutura da unidade, ela é:

Considerar ambiência: ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

- Adequada
- Inadequada

23) Cite os principais problemas de infraestrutura (física e insumos):

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically, and on the bottom side, there are two small square buttons, one on the left and one on the right, suggesting a scrollable or expandable area.

24) Em relação ao Telessaúde no seu Estado/Município de lotação, você:

- Conhece
- Não conhece

25) Em relação ao uso do Telessaúde, você:

- Utiliza
- Não utiliza, mas utilizaria
- Não utiliza, nem utilizaria

Sobre o PROVAB

26) O que o motivou a se inscrever no PROVAB?

(Pode marcar mais de uma resposta)

- Experiência profissional supervisionada antes da Residência
- Estímulo da pontuação extra nas provas de Residência Médica

- A remuneração do Município
- A possibilidade de cursar uma especialização atuando na ESF
- Interesse em atuar na ESF

27) **A Instituição Supervisora entrou em contato com você?**

- Sim
- Não

28) **Você recebeu visita da Instituição Supervisora/supervisor?**

- Sim
- Não

29) **Como é a comunicação com a supervisão?**

- Boa
- Ruim

30) **Teve acesso a plataforma de atividades de supervisão via UnA-SUS?**

- Sim
- Não

31) **Você já participou/acessou as atividade descritas abaixo após o início do PROVAB?**

(Pode marcar mais de uma resposta)

- Telessaúde
- Portal – saúde baseada em evidências
- Orientação da chefia
- Supervisor PROVAB
- Atividades em equipe
- Discussão sobre processo de trabalho com a gestão

- Não participou
- Outros (Especifique)

32) De que forma a gestão tem apoiado suas atividades:

(Pode marcar mais de uma resposta)

- Reuniões em grupo para orientação do trabalho da equipe em geral
- Acompanhamento individual do trabalho
- Atendimento individual em situações especiais
- Encontros programados e constantes
- Avaliação periódica com feedback para crescimento profissional
- Não há apoio

33) Quais seus desafios e dúvidas em relação ao PROVAB?

A large empty rectangular text area with a thin border, intended for the respondent to write their answer to question 33. It includes standard scrollbars on the right and bottom edges.

34) Quais suas sugestões para o PROVAB?

A large empty rectangular text area with a thin border, intended for the respondent to write their suggestions for the PROVAB. It includes standard scrollbars on the right and bottom edges.

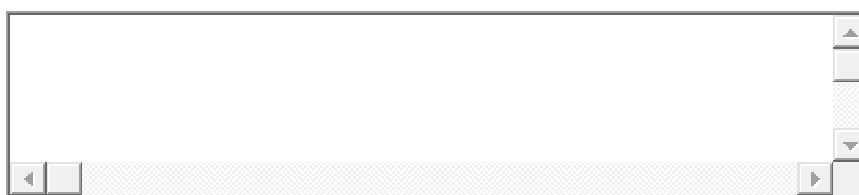
Sobre a entrevista

35) Nome do entrevistador:

A single-line text input field for the interviewer's name.

36) Comentários do entrevistador:

Entrevistador, aqui você pode descrever em que situação a entrevista se deu, sobre a postura do profissional entrevistado; sobre as respostas.

An empty rectangular text input field with a thin black border. On the right side, there are three vertically stacked scroll buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom side, there are two horizontal scroll buttons: a left-pointing triangle and a right-pointing triangle.

37) Comentários do entrevistador sobre a supervisão:

An empty rectangular text input field with a thin black border. On the right side, there are three vertically stacked scroll buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom side, there are two horizontal scroll buttons: a left-pointing triangle and a right-pointing triangle.

38) Comentários do entrevistador sobre o instrumento:

An empty rectangular text input field with a thin black border. On the right side, there are three vertically stacked scroll buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom side, there are two horizontal scroll buttons: a left-pointing triangle and a right-pointing triangle.

39) Aqui você pode anexar arquivo com fotos.

Anexar somente um arquivo com todas as fotos.

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DA PRIMEIRA VISITA DE CAMPO APLICADO PELO SUPERVISOR

IDENTIFICAÇÃO

1. Profissional de Saúde (contratado e bolsista)

1.1 Nome:
1.2 CPF:
1.3 Conselho Profissional:
1.4 Registro do Conselho (CRM/CRO/COREN):

*Informações complementares de identificação serão preenchidas pelo profissional na Plataforma Arouca.

2. Supervisor

2.1 Nome:
2.2 Instituição Supervisora:
2.3 CPF:
2.4 Conselho Profissional:
2.5 Registro do Conselho (CRM/CRO/COREN):

*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca.

3. Local de atuação

3.1 Unidade de Federação:
3.2 Município
3.3 Nome da Unidade de Saúde:
3.4 Número do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:

4. Realização da Visita

4.1 Data da visita:

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS

Contratação, Vínculo dos Profissionais e Relação de Trabalho (exceto os bolsistas), carga horária, remuneração, ambiência, insumos, etc. Perguntar se o profissional já preencheu a ficha de “Informações Complementares” do vínculo dele com o município na Plataforma Arouca.

1. Situação da contratação

- 1.1 O profissional já preencheu a ficha de “Informações Complementares” do vínculo dele com o município na Plataforma Arouca?

--

2. Ambiência e Infraestrutura da UBS

Averiguar os itens seguintes em relação à infraestrutura da UBS

	ADEQUADA	INADEQUADA	NÃO TEM
2.1 Ventilação			
2.2 Luminosidade			
2.3 Acústica			
2.4 Pisos e Paredes			
2.5 Consultório clínico			
2.6 Consultório odontológico			
2.7 Consultório de enfermagem			
2.8 Recepção			
2.9 Sala de reunião			
2.10 Sala de vacinação			
2.11 Sala de curativos			
2.12 Farmácia			
2.13 Organização do prontuário			
2.14 Outras salas			
2.15 Sanitários			

2.16 Salas para grupos			
------------------------	--	--	--

3. Insumos, Equipamentos e Materiais

3.1 Dos itens abaixo, assinale os disponíveis em qualidade e quantidade adequada.

Material	Quantidade e qualidade adequadas	Qualidade inadequada	Quantidade inadequada/não tem
Esfigmomanômetros adulto			
Esfigmomanômetro pediátrico			
Estetoscópio			
Balança infantil			
Balança para adultos			
Régua infantil			
Fita métrica			
Foco de Luz			
Cadeira Ginecológica			
Maca			
Espéculo			
Monofilamento para teste de pé diabético			
Eletrocardiograma			
Sonar obstétrico			
Cilindro de oxigênio			
Kit para entubação adulto			
Kit para entubação pediátrico			
Material de sutura			
Material para coleta de			

citologia de colo de útero			
Mesa de exames ginecológicos com foco de luz e espéculos			
Detector ultrassônico fetal			
Negatoscópio			
Otoscópio			
Material para curativo			
Dispositivo intrauterino			
Computador			
Internet			
Telessaúde			
Impressora			
Outros			

4. Medicamentos

	Via oral: capsulas e comprimidos	Via oral: líquido	Injetável
4.1 Medicamentos para hipertensão e diabetes			
4.2 Antibióticos orais			
4.3 Analgésicos			
4.4 Anticoncepcionais			
4.5 Psicotrópicos			
4.6 Outros medicamentos			

AVALIAR O PROCESSO DE TRABALHO

Como se dá o trabalho em equipe, as atividades exercidas pelo profissional - acolhimento, ações programáticas, consultas, atividades coletivas, visitas domiciliares, atuação no território, reunião de equipes

1. Equipe de saúde que atua na mesma UBS

1.1 Tipo de equipe (s): (saúde da família, saúde indígena, UBS tradicional, UBS tradicional + ESF, etc.)	
1.2 Quantidade de médico(s) que atuam na UBS:	
1.3 Quantidade de enfermeiro(s) que atuam na UBS:	
1.4 Quantidade de Técnico(s) de enfermagem que atuam na UBS:	
1.5 Quantidade de Odontólogo(s) que atuam na UBS:	
1.6 Quantidade de Técnico(s) SB que atuam na UBS:	
1.7 Quantidade de ACS(s) que atuam na UBS:	
1.8 Outros profissionais que atuam na UBS (quantidade)	
1.9 A UBS possui gerente/coordenador?	

2. Acolhimento/recepção ao iniciar as atividades na UBS

2.1 Descrever:

3. Supervisão pela equipe do nível central ou do nível local

3.1 Descrever

4. **Atividades desenvolvidas na UBS até o momento:**

4.1 Descrever:

5. **Serviços de apoio e retaguarda:**

5.1 Assinale os serviços de apoio e retaguarda disponíveis para sua Unidade:

	SIM	NÃO
Hospital		
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)		
Serviços de especialidades		
Ambulância para transporte de pacientes		
Estrutura pública para atividades físicas (praças equipadas, academia da cidade, etc.).		
Núcleo de Telessaúde		
Centro Comunitário		
Exames complementares básicos (sangue, urina, radiografia)		
Outros (Descrever)		

PONTOS FORTES E FRAGILIDADES

1. **Pontos Fortes**

1.1 Pontos fortes do PROVAB

2. Fragilidades

2.1 Fragilidades do PROVAB

NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Abordagem de queixas frequentes:

1.1 Selecionar

Febre	
Tosse	
Diarréia ou constipação	
Náuseas e vômitos	
Dor abdominal	
Dor lombar	
Dor em articulações	
Dor torácica	
Cefaléia	
Dor de garganta	
Tristeza e ansiedade	
Lesões cutâneas	
Acidentes	
Falta de ar (dispnéia)	
Corrimentos vaginais	
Outros (especificar)	

2. Revisão sobre doenças infecciosas:

2.1 Selecionar:

Pneumonia	
Tuberculose	
Hanseníase	
Dengue	
Malária	
Doença de chagas	
AIDS	
Outras DST	
Hepatites	
Esquistossomose	
Sarna	
Berne	
Outras (especificar)	

3. Revisão de temas definidos prioritários do Ministério da Saúde:

3.1 Selecionar:

Abuso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, cocaína, crack, entre outras..)	
Atendimento de urgências	
Pré-natal, atenção ao parto e neonato	
Hipertensão arterial	
Diabetes mellitus	
Infecções sexualmente transmitidas	
Orientação nutricional	
Imunizações	
Câncer de mama e de útero	
Outros (especificar)	

4. Listar outros temas de interesse, por área temática:

	SIM	NÃO
4.1 Acidentes e Violência		
4.2 Alimentação e nutrição		
4.3 Atenção domiciliar		
4.4 Atenção Primária / Saúde da Família		
4.5 Biossegurança		
4.6 Câncer		
4.7 Doenças crônicas		
4.8 Doenças infecciosas		
4.9 Educação em Saúde		
4.10 Epidemiologia		
4.11 Ética e Bioética		
4.12 Políticas de Saúde e Planejamento		
4.13 Promoção da Saúde		
4.14 Saúde Ambiental		
4.15 Saúde Bucal		
4.16 Saúde da Criança		
4.17 Saúde da Mulher		
4.18 Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência		
4.19 Saúde da População Negra		
4.20 Saúde do Adolescente e do Jovem		
4.21 Saúde do Idoso		
4.22 Saúde dos Povos Indígenas		
4.23 Saúde do Trabalhador		
4.24 Saúde Mental		
4.25 Saúde Sexual e Reprodutiva		
4.26 Transplantes		
4.27 Urgência e Emergência		
4.28 Vigilância em saúde		
4.29 Vigilância sanitária		

4.30 Abordagem familiar		
4.31 Abordagem com grupos		
4.32 Cuidados paliativos		
4.33 Gestão do cuidado		
4.34 Habilidades de comunicação		
4.35 Planejamento comunitário		
4.36 Saúde do homem		
4.37 Violência doméstica		

5. Modalidades de atualização, capacitação e formação que utiliza e pretende utilizar

Modalidades	Utilização		
	utiliza	não utiliza	pretende utilizar
5.1 Estudo sozinho em casa			
5.2 Consulta livros e manuais no trabalho			
5.3 Consulta softwares especializados em smartphones ou tablets			
5.4 Consulta sites especializados em saúde que já frequento			
5.5 Portais de pesquisa (CAPES, MEDLINE, SCIELO, etc)			
5.6 Pesquisa no Google e vejo o que acho			
5.7 Reuniões de equipe			
5.8 Discussão de casos clínicos em grupo			
5.9 Peço opiniões sobre condutas para colegas no trabalho			
5.10 Peço apoio a Telessaúde/segunda opinião formativa			
5.11 Faço provas para testar meus conhecimentos			
5.12 Procuo serviços especializados para treinar			

habilidades			
5.13 Seminários, Congressos e Eventos Científicos			
5.14 Cursos curtos oferecidos por sociedades científicas			
5.15 Assisto a vídeo-aulas pela Internet			

6. Cursos que pretende fazer durante o PROVAB

Modalidades	Utilização		
	utiliza	não utiliza	pretende utilizar
6.1 Cursos de autoaprendizagem via Internet			
6.2 Cursos de atualização/extensão (30 a 120h)			
6.3 Cursos de aperfeiçoamento (180hs)			
6.4 Cursos de especialização (360 hs)			

7. Cursos que planeja fazer após o PROVAB

7.1 CURSO	Especialidade / Área de conhecimento
Especialização	
Residência Médica	
Mestrado profissional	
Mestrado acadêmico	

ANEXO E – RELATÓRIO DE SUPERVISÃO MENSAL

IDENTIFICAÇÃO

*Informações detalhadas do supervisor estarão no SIG-Provab e na Plataforma Arouca.

1. Supervisor

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 IS: _____
- 1.3 CPF: _____
- 1.4 CRM/CRO/COREN: _____

2. Profissional de Saúde (contratado e bolsista)

*Informações complementares de identificação serão preenchidas pelo profissional na Plataforma Arouca.

- 2.1 Nome: _____
- 2.2 CPF: _____
- 2.3 CRM/CRO/COREN: _____

3. Local de Trabalho do profissional

- 3.1 Nome da Unidade: _____
- 3.2 Número SCNES: _____
- 3.3 UF: _____
- 3.4 Município: _____

4. Mudança de município

4.1 Houve mudança de município do médico?

() Sim

() Não

5. Relatório de visita

5.1 Relatório de visita correspondente ao mês de: _____/2012

6. Visita in loco

6.1 Data(s) de visita(s) in loco

1ª Visita Data: __/__/__

2ª Vista Data: __/__/__

3ª Vista Data: __/__/__

SUPERVISÃO PRESENCIAL IN LOCO**1. Avaliação do processo de trabalho**

*Como se dá o trabalho em equipe, as atividades exercidas pelo profissional - acolhimento, ações programáticas, consultas, atividades coletivas, visitas domiciliares, atuação no território, reunião de equipes

1.1 Como está sendo o acompanhamento do profissional realizado pela gestão central ou local do município?

1.2 Neste mês houve mudança nas atividades que vem sendo desenvolvidas na UBS e no cronograma semanal de atividades?

() Não

() Sim – Descreva Abaixo

1.3 Como estão as relações de trabalho da equipe?

1.4 Para este mês assinale o(s) dispositivo(s) da rede utilizado(s) para o enfrentamento dos problemas de saúde da população adscrita.

- Hospital
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Serviços de especialidades
- Ambulância para transporte de pacientes
- Estrutura pública para atividades físicas (praças equipadas, academia da cidade, etc.).
- Núcleo de Telessaúde
- Centro Comunitário
- Exames complementares básicos (sangue, urina, radiografia)
- Outros: Descrever: _____

2. Descreva as fortalezas e fragilidades do profissional em relação à sua prática

2.1 Fortalezas

2.2 Fragilidades

3. **Para este mês assinale os problemas frequentes nos quais o profissional referiu sentir maiores dificuldades na abordagem e o que foi abordado nas supervisões.**

Problemas Frequentes	Referido	Abordado em supervisão	Não é frequente
Febre			
Náuseas e vômitos			
Dor torácica			
Dor no corpo ou articular			
Corrimentos			
Tosse			
Dor abdominal			
Cefaléia			
Dispneia			
Tristeza e ansiedade			
Diarréia ou constipação			

Dor lombar			
Dor de garganta			
Lesões cutâneas			
Acidentes			

() Outros: Descreva: _____

4. **Para este mês assinale as doenças infecciosas nas quais o profissional referiu sentir maiores dificuldades na abordagem e o que foi abordado nas supervisões.**

Doenças Infecciosas	Referido	Abordado em supervisão	Não frequente
Pneumonia			
Dengue			
AIDS			
Esquistossomose			
Tuberculose			
Malária			
Outras DSTs			
Sarna			
Hanseníase			
Doença de chagas			
Hepatites			
Berne			

() Outros: Descreva: _____

5. **Para este mês assinale os temas prioritários do Ministério da Saúde nos quais o profissional referiu sentir maiores dificuldades na abordagem e o que foi abordado nas supervisões:**

Temas prioritários	Referido	Abordado em supervisão	Não frequente
Abuso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, cocaína, crack..)			
Pré-natal, atenção ao parto e neonato			
Infecções sexualmente transmissíveis			
Orientação nutricional			
Câncer de mama e de útero			
Atendimento de urgências			
Hipertensão arterial			
Diabetes mellitus			
Imunizações			

() Outros: Descreva: _____

6. Para este mês assinale os temas de seu maior interesse para atualização dentre a lista abaixo:

Temas de maior interesse	Referido	Abordado em supervisão	Nãofrequente
6.1 Abordagem familiar			
6.2 Abordagem com grupos			
6.3 Acidentes e traumas			
6.4 Alimentação e Nutrição			
6.5 Atenção domiciliar			
6.6 Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família			
6.7 Biossegurança			

6.8 Câncer e rastreamentos			
6.9 Cuidados paliativos			
6.10 Doenças crônicas			
6.11 Doenças infecciosas			
6.12 Educação em Saúde			
6.13 Epidemiologia			
6.14 Ética e Bioética			
6.15 Gestão do cuidado			
6.16 Habilidades de Comunicação			
6.17 Políticas de Saúde e Planejamento			
6.18 Planejamento Comunitário			
6.19 Promoção da Saúde			
6.20 Saúde Ambiental			
6.21 Saúde Bucal			
6.22 Saúde da Criança			
6.23 Saúde da Mulher			
6.24 Saúde do Homem			
6.25 Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência			
6.26 Saúde da População Negra			
6.27 Saúde do Adolescente e do Jovem			
6.28 Saúde do Idoso			
6.29 Saúde dos Povos Indígenas			
6.30 Saúde do Trabalhador			

6.31 Saúde Mental			
6.32 Saúde Sexual e Reprodutiva			
6.33 Urgência e Emergência			
6.34 Violência doméstica			
6.35 Vigilância em saúde			

7. Para este mês assinale as modalidades de atualização, capacitação e formação que o profissional utiliza ou pretende utilizar:

Modalidades	Utiliza	Não utiliza	Pretende utilizar
7.1 Estudo sozinho em casa			
7.2 Consulta livros e manuais no trabalho			
7.3 Consulta softwares especializados em smartphones ou tablets			
7.4 Consulta sites especializados em saúde que já frequento			
7.5 Portais de pesquisa (CAPES, MEDLINE, SCIELO, etc)			
7.6 Pesquisa no Google e vejo o que acho			
7.7 Reuniões de equipe			
7.8 Discussão de casos clínicos em grupo			
7.9 Peço opiniões sobre condutas para colegas no trabalho			
7.10 Peço apoio a Telessaúde/segunda opinião formativa			
7.11 Faço provas para testar meus conhecimentos			
7.12 Procuo serviços especializados para treinar habilidades			
7.13 Seminários, Congressos e Eventos Científicos			

7.14 Cursos curtos oferecidos por sociedades científicas			
7.15 Assisto a vídeo-aulas pela Internet			

8. Curso que pretende fazer durante o PROVAB:

Cursos	Utiliza	Não utiliza	Pretende utilizar
8.1 Cursos de autoaprendizagem via Internet			
8.2 Cursos de atualização/extensão (30 a 120h)			
8.3 Cursos de aperfeiçoamento (180hs)			
8.4 Cursos de especialização (360 hs)			

9. Curso que planeja fazer após o PROVAB:

() Curso: Especialidade/área do conhecimento: _____

() Especialização: Especialidade/área do conhecimento: _____

() Residência: Especialidade/área do conhecimento: _____

() Mestrado profissional: Especialidade/área do conhecimento: _____

() Mestrado acadêmico: Especialidade/área do conhecimento: _____

SUPERVISÃO À DISTÂNCIA

1. Instrumentos utilizados

1.1 Qual (is) instrumento(s) foi(foram) utilizado(s) e o que foi abordado na supervisão à distância:

- () Telefone: __/__/__; __/__/__; __/__/__; Assuntos Abordados: _____
- () E-mail: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Skype: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Chat: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Telessaúde: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Video-conferência: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Redes Sociais: __/__/__; __/__/__; __/__/__ Assuntos Abordados: _____
- () Plataforma Arouca: __/__/__; __/__/__; __/__/__; Assuntos Abordados: _____
- () Outros: __/__/__; __/__/__; __/__/__; Assuntos Abordados: _____

OUTROS TIPOS DE SUPERVISÃO

1. Tipos de supervisão realizadas

1.1 Assinale que outros tipos de supervisão foram realizadas neste mês:

- () Encontro geral na instituição supervisora: __/__/__; __/__/__; __/__/__
- () Encontros fora do município de contrato: __/__/__; __/__/__; __/__/__
- () Participação em oficinas: __/__/__; __/__/__; __/__/__
- () Outros: Descreva: _____

DESENVOLVIMENTO GERAL DO PROFISSIONAL

1. Desenvolvimento do profissional

1.1 Relate sua percepção quanto ao desenvolvimento do profissional este mês, considerando todas as atividades de supervisão realizadas:

1.2 Outras observações pertinentes para este mês:

ANEXO F – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

- O profissional deve escolher um problema dentre todos os observados no território;
- É fundamental que o problema seja discutido com a equipe, a fim de envolver todos os profissionais no processo de intervenção;
- O problema escolhido pode ser relacionado tanto ao funcionamento das equipes quanto de situações observadas na comunidade ou nas informações dos sistemas de informação (SIAB, indicadores do PMAQ);
- É preciso que o problema seja passível de intervenção local;
- Justificativa – deve constar uma apresentação geral do projeto com a definição/ delimitação do problema, quais foram os fatores que determinaram sua escolha e uma revisão da literatura sobre a problemática escolhida;
- Objetivos da intervenção geral e específicos – o que se pretende alcançar
- Descrição da intervenção proposta e de todos os seus passos
- Cronograma das ações e responsáveis – onde se indicará quando e quem realizará cada ação;
- Recursos necessários – nesta seção deverão se indicar os recursos que serão utilizados para que o projeto se efetive.
- Resultados esperados - colocar quais as mudanças esperadas com o projeto.

ANEXO G – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELO SUPERVISOR E DE AUTOAVALIAÇÃO

CONCEITO	DESEMPENHA	DESEMPENHA PARCIALMENTE	NÃO DESEMPENHA
1. DESEMPENHO TÉCNICO E PRÁTICA CLÍNICA			
Realiza coleta de dados relacionados ao problema trazido, sem desprezar outros problemas/queixas relatados ou detectados. Consegue elaborar uma história clara e que contenha os dados relevantes para o cuidado do paciente.			
Registra de forma clara, organizada e priorizando os dados positivos ou relevantes. Mantém o prontuário organizado.			
Examina o paciente de acordo com as necessidades do problema apresentado. Apresenta boa técnica do exame físico. Deixa o paciente à vontade e explica os exames realizados.			
Solicita exames com critério e dentro da necessidade do caso. Sabe ler os exames e relacionar com o problema apresentado pelo paciente.			
Procura permanentemente atualizar-se. Leva material para a unidade para fazer			

estudo imediato. Acesso bases de dados para aprofundar as condutas (ex. Portal Saúde Baseada em Evidências)			
Elabora projeto terapêutico de acordo com a realidade do paciente. Explica todas as intervenções propostas.			
2. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – ACESSO			
Atende pacientes que chegam por demanda espontânea, fazendo escuta adequada para estabelecer priorização dos atendimentos. Trabalha com agendamento dos pacientes que necessitam de acompanhamento a longo prazo ou para realizar ações de educação e promoção da saúde.			
Realiza visitas domiciliares para os pacientes que não têm possibilidade de acessar a unidade de saúde, não apenas para pacientes acamados. Planeja as visitas conforme as necessidades dos pacientes.			
3. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – COORDENAÇÃO DO CUIDADO E LONGITUDINALIDADE			
Garante espaço na agenda para retorno dos pacientes atendidos. Realiza acompanhamento dos pacientes			

dentro dos prazos adequados.			
Preenche adequadamente os formulários de referência, informando a situação dos pacientes e o que já foi realizado na atenção primária.			
Monitora os retornos dos pacientes atendidos em outro nível de atenção. Registra no prontuário as ações ocorridas nos ambulatórios de especialidades ou nos hospitais.			
Conhece os fluxos e serviços existentes na rede de saúde local. Informa os pacientes sobre como acessar outros serviços. Realiza encaminhamentos adequados à necessidade dos pacientes.			
4. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – INTEGRALIDADE			
Realiza abordagem clínica ampliada, considerando aspectos do contexto de vida das pessoas (condições sócio-econômicas, psicossociais, religiosas, culturais)			
Atende toda a população, de todas as faixas etárias e sexos			
5. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – ORIENTAÇÃO FAMILIAR			

Envolve a família no cuidado dos pacientes, elaborando projetos terapêuticos compartilhados.			
Atende tantos casos agudos quanto crônicos; realiza observação de pacientes na unidade e procedimentos (dentro da estrutura disponível)			
Preocupa-se com a saúde dos cuidadores (familiares que cuidam de outros) e elabora plano de acompanhamento para eles.			
6. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA			
Envolve-se em atividades coletivas dentro e fora da unidade de saúde			
Incentiva e participa de ações de participação popular e controle social (conselho local de saúde).			
Realiza acompanhamento de pacientes institucionalizados na área de abrangência (se houver) e atua junto às instituições ou aparelhos comunitários visando a promoção da saúde.			
7. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, HABILIDADES E ATITUDES			
Desenvolveu as competências cognitivas identificadas como			

fragilidades			
Desenvolveu as habilidades identificadas como fragilidades			
Desenvolveu as competências atitudinais identificadas como fragilidades			

**ANEXO H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELO GESTOR LOCAL E EQUIPE
DE SAÚDE**

CRITÉRIO	CONCEITO
1. Observa as normas legais, contratuais e o estabelecido em normas de padronização e protocolos técnicos do município.	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha
2. Trata com urbanidade e respeito às pessoas no ambiente de trabalho.	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha
3. O nível de atenção e de tempo que dispensa à execução de seu trabalho é suficiente para alcançar um resultado com boa qualidade.	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha
4. Executa as suas atividades com boa qualidade no tempo negociado com a chefia imediata.	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha
5. O volume de trabalho é adequado, segundo as condições de trabalho, a complexidade da assistência e o tempo negociado com a gestão	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha
6. Colabora voluntariamente com a resolução dos problemas encontrados em sua área de atuação e apresenta idéias e sugestões que contribuem para a melhoria do trabalho.	<input type="checkbox"/> Desempenha <input type="checkbox"/> Desempenha parcialmente <input type="checkbox"/> Não Desempenha