



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS – CCM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAUDE
(FIOCRUZ – ABRASCO – UFPB)

RANULFO CARDOSO JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO ACADÊMICA NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA – PARAÍBA
2019

RANULFO CARDOSO JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO ACADÊMICA NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

Trabalho apresentado ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(PROFSAUDE) / Polo UFPB
(FIOCRUZ-ABRASCO-CCM/UFPB).

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Eduardo Sérgio Soares Sousa,
PhD.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

J95a Junior, Ranulfo Cardoso.
Avaliação da Supervisão Acadêmica no Programa Mais Médicos na Paraíba / Ranulfo Cardoso Junior. - João Pessoa, 2019.
0 f.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Supervisão acadêmica. 2. Programa Mais Médicos na Paraíba. 3. Atenção primária à saúde na Paraíba. 4. APS nas áreas urbanas e rural. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II. Título.

UFPB/BC

RANULFO CARDOSO JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO ACADÊMICA NO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família da
Universidade Federal da Paraíba, para obtenção
do grau de Mestre.

Aprovado em 22/05/2019

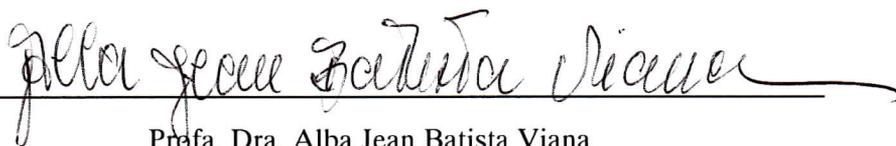
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
Orientador



Prof. Dr. Cláudio Sérgio Medeiros Paiva
Examinador



Profa. Dra. Alba Jean Batista Viana
Examinadora – Membro externo (convidada)

Para Maria Stela Cardoso de Lima (Mãe Té)

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas médicos da turma de 1981, do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Campina Grande, FMCG, aos professores e aos funcionários da FMCG e, particularmente à Rosalina, Taciana, Marta, Hiba, Raquel, Maria Inês, Márcio, Ozélia ... – minha turma do Diretório Acadêmico Dr. Francisco Brasileiro, do curso de medicina – protagonistas que fomos da federalização da FMCG pelo, então Campus II, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

Aos/às atuais professores/as da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED) e às professoras Ana Elisa Chaves e Gisetti Corina Brandão, da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) e, em especial, aos/às parceiros/as colegas de magistério superior da Área de Saúde Coletiva, da qual tenho a honra de ser professor em regime de dedicação exclusiva, e o privilégio de coordenar essa Área, no CCBS/UFCG;

A todos os meus professores e professoras durante toda a minha trajetória como estudante e, particularmente, àqueles/as do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE – Polo UFPB, que contribuíram tecnicamente e estimularam a minha vocação como Pesquisador;

Ao meu Orientador Professor Doutor Eduardo Sérgio Soares Sousa, pelo incentivo cotidiano, pela dedicação e pela aposta solidária no desenvolvimento deste trabalho;

À pesquisadora Taciana Padilha de Castro, PhD, patrimônio afetivo precioso, amiga-irmã, por tudo que ela representou para a concretização deste trabalho acadêmico;

À professora-pesquisadora, médica Denia Fittipaldi, PhD, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): minha admiração e gratidão!

Ao estatístico Rodrigo Cabral da Silva, servidor da EBSEH, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, da UFPB, João Pessoa-Paraíba, pela competência técnica, apoio e constante disponibilidade;

À Adriana Nascimento, funcionária da minha casa, que se dispôs a compartilhar comigo o cuidado necessário com a saúde de Mãe Té, viabilizando que eu pudesse desenvolver e concluir este trabalho.

“(...) tanto há silêncios que dizem, como há falas que silenciam”

Maria Cecília de Souza Minayo.

SINOPSE

Este trabalho é apresentado, para a obtenção do título de Mestre, pelo Centro de Ciências Médicas (CCM), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculado ao PROFSAÚDE/MPSF (Mestrado Profissional em Saúde da Família), polo acadêmico Paraíba/Rio Grande do Norte.

O trabalho é composto de três Capítulos, a saber:

- I.* CAPÍTULO I no qual apresentamos os tópicos relacionados à dissertação: Introdução; Objetivos Gerais e Específicos; Metodologia; Resultados, Conclusões e Referências Bibliográficas. A discussão dos resultados integrarão o tópico Discussão nos dois artigos que compõem os Capítulos II e III;
- II.* CAPÍTULO II relacionado ao artigo “Avaliação da Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, na visão dos médicos participantes: brasileiros e estrangeiros”;
- III.* CAPITULO III referente ao artigo “Programa Mais Médicos na Paraíba: percepção sobre a Supervisão Acadêmica pelos médicos que atuam nas áreas Urbana, Rural e Urbana/Rural (Mista)”.

RESUMO

A supervisão acadêmica dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil é considerada uma estratégia estruturadora do Programa. Entretanto, tem-se pouco conhecimento sobre a supervisão acadêmica na perspectiva dos médicos supervisionados, tampouco se essa difere entre médicos brasileiros e estrangeiros e em que medida a área de atuação desses profissionais [urbana, rural ou urbana/rural (mista)] influenciou o conceito da referida supervisão. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a referida supervisão na percepção desses médicos, especificamente, na Paraíba (PMM-PB). Para sua realização, utilizou-se metodologia qualitativa documental, a partir do Banco de Dados do inquérito conduzido sobre o PMM-PB, o qual contém informações obtidas por questionário semiestruturado sobre a visão deles, no período 2015 a 2016. Desse inquérito, foi selecionado um subconjunto de 36 questões fechadas, dentre as 121 documentadas. Foram pesquisados 251 médicos desse Programa, com faixa etária entre 25 a 55 anos. As respostas fechadas foram analisadas pelo *Chi* quadrado e o Teste Exato de Fisher, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A formação acadêmica tem tempo similar entre os grupos, mas, na pós-graduação (especialização ou residência) na área de saúde da família, os estrangeiros superaram os brasileiros, bem como na experiência de trabalho na atenção primária à saúde. Com relação à supervisão acadêmica, independentemente da nacionalidade e da área de atuação do profissional do PMM-PB, a supervisão acadêmica recebeu conceitos “muito bom e ótimo”, atribuídos pela maioria dos médicos do PMM-PB, destacando-se a relação cordial, a facilidade de acesso ao supervisor, o suporte às decisões clínicas bem como o seu envolvimento no Programa. Entretanto, foram consideradas insuficientes as ações da supervisão para resolução de problemas de gestão.

Palavras-Chave: Supervisão acadêmica, Programa Mais Médicos na Paraíba, Atenção Primária à Saúde na Paraíba, APS nas áreas Urbana e Rural.

ABSTRACT

Academic supervision of physicians linked to the Mais Médicos Program (PMM) for Brazil is considered as a structuring strategy of the Program. However, there is little knowledge about academic supervision from the perspective of supervised physicians, nor does it differ between Brazilian and foreign physicians and the extent to which the area of work of these professionals [urban, rural or urban / rural (mixed)] has influenced the concept of such supervision. In this sense, this research had the objective of evaluating the aforementioned supervision in the perception of these physicians, specifically, in Paraíba (PMM-PB). For its accomplishment, a qualitative documentary methodology was used, from the Database of the survey conducted on the PMM-PB, which contains information obtained by semi-structured questionnaire about their vision, from 2015 to 2016. From this survey, we selected a subset of 36 closed questions out of 121 documented. A total of 251 physicians from this Program were surveyed, with ages ranging from 25 to 55 years. Closed responses were analyzed by Chi square and Fisher's exact test, being considered a significance level of 5% ($p < 0.05$). Academic training has similar time between the groups, but in the postgraduate (specialization or residency) in the area of family health, foreigners outnumbered Brazilians, as well as in work experience in primary health care. Regarding academic supervision, regardless of the nationality and the area of activity of the PMM-PB professional, academic supervision received "very good and great" concepts attributed by the majority of PMM-PB physicians, highlighting the cordial relationship, ease of access to the supervisor, support for clinical decisions as well as their involvement in the Program. However, the actions of supervision to solve management problems were considered insufficient.

Key words: Academic supervision, More Doctors Program in Paraíba, Primary Health Care in Paraíba, APS in Urban and Rural areas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas emergentes na questão aberta sobre aspectos positivos e negativos da supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos (PMM), no estado da Paraíba, na percepção dos médicos do PMM-PB. Período 11/2015 a 03/2016.....	80
---	----

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO I

Tabela 1 – Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), período 2015/2016.....	25
Tabela 2 – Distribuição dos 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), relacionada à macrorregião do exercício profissional como médico do Programa, período 2015/2016.....	26
Tabela 3 – Características da população de 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada ao sexo, faixa etária e raça, período 2015/2016.....	27
Tabela 4 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associadas características demográficas.....	28
Tabela 5 – Características da população de 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada à formação médica na Graduação, período 2015/2016.....	29
Tabela 6 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à formação na graduação em medicina.....	30
Tabela 7 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associado à formação na Pós-graduação (PG), período 2015/2016.....	32
Tabela 8 - Perfil da amostra dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associado à formação na Pós-graduação (PG).....	33
Tabela 9 - População de médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba (PMM-PB), distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB), período 2015/2016.....	34
Tabela 10 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência	

profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB), período 2015/2016.....	35
Tabela 11 – Atuação acadêmica do supervisor dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, na percepção desses, por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira).....	37
Tabela 12 – Características da Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa (N=251), por área de atuação urbana, rural e mista, período 2015/2016.....	39
Tabela 13 – Avaliação da Supervisão dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba: recursos pedagógicos utilizados nas visitas as unidades associado à nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira).....	40
Tabela 14 – Características da supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa por área de atuação urbana, rural e mista, período 2015/2016.....	43
Tabela 15 – Sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira) e suas variáveis relacionadas à pergunta: “ Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? ”, período 2015/2016.....	44
Tabela 16 – Sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa (N=251), por área de atuação urbana, rural e mista, e suas variáveis relacionadas a pergunta: Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? ...	47

CAPÍTULO II

Tabela 1 – Distribuição dos médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos na Paraíba. Período: novembro 2015 a março 2016.....	61
Tabela 2 – Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, incluídos no estudo, por nacionalidade, brasileira <i>versus</i> estrangeira, nas quatro macrorregiões do estado da Paraíba. Período: novembro 2015 a março 2016.....	62
Tabela 3 – Características demográficas da população de médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba (n=251), distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.....	63

Tabela 4 – Características da formação de graduação em medicina da população de médicos do Programa Mais Médicos PMM na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.....	65
Tabela 5 – Caracterização da população dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada à formação na pós-graduação (PG) <i>stricto e lato sensu</i> . Período: novembro 2015 a março 2016.....	68
Tabela 6 – Características da população de médicos do Programa Mais Médicos PMM na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes de ingressar no PMM-PB. Período: novembro 2015 a março 2016.....	71
Tabela 7 – Características dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba distribuídos por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira), associada ao tempo de formado em medicina, PMM (primeiro emprego e tempo), experiência no ensino em serviço (preceptorial em Residências Médicas - Família e Comunidade, Preventiva e Social, e outras). Período: novembro 2015 a março 2016.....	72
Tabela 8 – Características da atuação do supervisor acadêmico na Unidade Básica de Saúde (UBS) dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, na visão desses médicos, por nacionalidade (brasileira <i>versus</i> estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.....	74
Tabela 9 – Recursos metodológicos utilizados para informação e comunicação entre médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba e seus supervisores acadêmicos, por nacionalidade brasileira <i>versus</i> estrangeira. Período: de novembro 2015 a março 2016.....	75
Tabela 10 – Comparação entre as metodológicas de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, utilizadas <i>versus</i> de interesse de uso futuro (desejadas), por nacionalidade brasileira <i>versus</i> estrangeira, segundo os médicos desse Programa. Período: novembro 2015 a março 2016.....	77

CAPÍTULO III

Tabela 1 – Características demográficas, incluindo o país de nascimento dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, (N=251) e localização nas macrorregiões deste estado, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas),

período 2015/2016.....	93
Tabela 2 – Resume as características da formação médica (Graduação e Pós-Graduação) dos médicos do PMM na Paraíba, N=251, distribuídos por zona de atuação urbana, rural e mista (urbana e rural), período 2015-2016.....	98
Tabela 3 – Características do tipo de vínculo existente e a experiência profissional prévia como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, N=251, antes de ingressar nesse programa, conforme a atuação com a população da área urbana, rural ou mista (ambas), período 2015-2016.....	99
Tabela 4 – Características dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB, período 2015/2016.....	101
Tabela 5 – Características gerais da supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos da Paraíba, segundo avaliação dos médicos desse programa e de acordo com as áreas de atuação dos mesmos: urbana, rural e mista. (N=251), período 2015-2016....	102
Tabela 6 – Características da Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, em relação aos recursos pedagógicos utilizados pelo supervisor nas visitas à unidade, de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa (N=251), por zona de atuação urbana, rural e mista, período 2015-2016.....	103
Tabela 7 – Atividades metodológicas <i>desejadas ou sugeridas</i> para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, PMM-PB (N=251), de acordo com a zona de atuação urbana, rural e mista (urbana e rural), período de 2015-2016.....	105

LISTA DE ABREVIACOES

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária  Saúde
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CCM	Centro de Ciências Médicas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CG	Campina Grande
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
FMCG	Faculdade de Medicina de Campina Grande
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PB	Paraíba
PG	Pós-Graduação
PMM	Programa Mais Médicos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde - SUS
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UAMED	Unidade Acadêmica de Medicina
SUS	Sistema nico de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
4.1 Amostra Estudada.....	25
4.2 Características dos médicos PMM-PB quanto a.....	25
4.2.1 Nacionalidade.....	25
4.2.2 Nacionalidade de origem <i>versus</i> distribuição por macrorregião.....	26
4.2.3 Sexo, faixa etária e raça <i>versus</i> nacionalidade.....	26
4.2.4 Sexo, faixa etária e raça <i>versus</i> área de atuação.....	28
4.2.5 Formação médica – graduação <i>versus</i> nacionalidade.....	29
4.2.6 Formação médica – graduação <i>versus</i> área de atuação.....	30
4.2.7 Formação na pós-graduação <i>versus</i> nacionalidade.....	31
4.2.8 Formação na pós-graduação (PG) <i>versus</i> área de atuação.....	31
4.2.9 Experiência Profissional <i>versus</i> nacionalidade.....	33
4.2.10 Experiência Profissional <i>versus</i> área de atuação.....	35
4.3 Avaliação da supervisão dos médicos quanto a (ao).....	37
4.3.1 Aspecto geral do desempenho do supervisor <i>versus</i> nacionalidade.....	37
4.3.2 Aspecto geral do desempenho do supervisor <i>versus</i> área de atuação.....	38
4.3.3 Recursos metodológicos utilizados <i>versus</i> nacionalidade.....	40
4.3.4 Recursos metodológicos utilizados <i>versus</i> área de atuação.....	42
4.3.5 Recursos pedagógicos e atitudes do supervisor sob a percepção do supervisionado <i>versus</i> nacionalidade.....	44
4.3.6 Recursos pedagógicos e atitudes do supervisor sob a percepção do supervisionado <i>versus</i> área de atuação.....	46
4.3.7 Resposta da questão aberta: “Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão”.....	49
5 CONCLUSÕES.....	50

REFERÊNCIAS.....	53
CAPÍTULO II.....	54
SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS BRASILEIROS E ESTRANGEIROS.....	55
RESUMO.....	55
ABSTRACT.....	55
RESUMEN.....	56
1 INTRODUÇÃO.....	57
2 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	59
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
3.1 Seleção dos participantes da pesquisa.....	61
3.2 Nacionalidade de origem.....	61
3.3 Características dos médicos brasileiros e estrangeiros do PMM-PB.....	62
3.3.1 Distribuição geográfica <i>versus</i> nacionalidade.....	62
3.3.2 Sexo, faixa etária e raça <i>versus</i> nacionalidade.....	63
3.3.3 Formação médica – graduação <i>versus</i> nacionalidade.....	64
3.3.4 Formação médica – pós-graduação <i>versus</i> nacionalidade.....	67
3.3.5 Capacidade instalada de formação médica na graduação e seu contraste com a pós-graduação lato e stricto sensu– desafios da Paraíba.....	70
3.3.6 Experiência profissional prévia na atenção primária, anterior à vinculação ao PMM-PB.....	71
3.3.7 Em relação à avaliação da Supervisão Acadêmica.....	74
3.3.8 Em relação aos recursos metodológicos utilizados na supervisão acadêmica.....	75
3.3.9 Em relação aos recursos metodológicos utilizados e desejáveis.....	76
3.3.10 Análise e discussão sobre a questão aberta.....	78
3.3.11 Conteúdo positivo.....	78
3.3.12 Conteúdo Negativo ou pedidos de melhorias na Supervisão.....	79
3.3.13 Limitações do estudo.....	80
4 CONCLUSÕES.....	83
REFERÊNCIAS.....	84

CAPÍTULO III.....	87
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO SOBRE A SUPERVISÃO ACADÊMICA PELOS MÉDICOS QUE ATUAM NAS ÁREAS URBANA, RURAL E URBANA/RURAL (MISTA).....	88
RESUMO.....	88
ABSTRACT.....	88
RESUMEN.....	89
1 INTRODUÇÃO.....	90
2 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	92
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	93
4 CONCLUSÕES.....	108
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO 01.....	112
ANEXO 02.....	142
ANEXO 03.....	146
ANEXO 04.....	147

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi iniciado em 2013, como uma estratégia do governo federal de enfrentamento para minimizar os problemas de acesso e utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) pela população, em regiões brasileiras de baixa densidade de profissionais médicos (BRASIL, 2013a).

A dificuldade de acessibilidade da população à APS no Brasil é, em parte, justificada pela densidade de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), estimada em 1,95 médicos/1000 habitantes, que é considerada baixa, quando comparada com sistemas nacionais de outros países, com APS forte, tais como a Espanha (3,8 médicos/1000 habitantes), Reino Unido (2,85 médicos/1000 habitantes) e Canadá (2,53 médicos/1000 habitantes) (SCHEFFER; BIANCARELLI, 2015).

Ainda segundo Scheffer (2015), existem três vezes mais médicos na rede suplementar privada em relação ao contingente de médicos do SUS, além do que, a distribuição desses profissionais, no Brasil, é bastante heterogênea, variando de 0,98 médicos/1000 habitantes, na região Norte a 2,61 médicos/1000 habitantes, na região Sudeste (BRASIL, 2013 b). No Nordeste, essa taxa é de 1,3 médicos/1000 habitantes, tendo a Paraíba 1,51 médicos/1000 habitantes e, na capital, João Pessoa - onde se concentram 62% dos médicos desse Estado - a taxa é de 4,8 médicos/1000 habitantes.

O PMM – Brasil prevê responsabilidades compartilhadas entre os governos federal, estadual e municipal. No nível federal, o Ministério da Saúde (MS) é responsável pela seleção e vinculação dos médicos ao Programa e, o da Educação e Cultura (MEC), pela condução das atividades de formação, capacitação e supervisão acadêmica, um dos eixos fundamentais do Programa (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Em cada estado do país o governo brasileiro credenciou uma universidade pública federal responsabilizando-a pelo suporte para formação em serviços de saúde em apoio ao PMM (BRASIL 2013c). Na Paraíba, a instituição credenciada para tutoria e supervisão do programa foi a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

As atividades de ensino-serviço dos médicos do PMM são monitoradas e avaliadas por um médico supervisor acadêmico com a atribuição de realizar, pelo menos, uma visita presencial mensal à Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o médico do programa estiver lotado, devendo serem avaliadas as condições estruturais da unidade, o processo de trabalho, e a relação do médico supervisionado com a equipe multidisciplinar, a comunidade e a gestão municipal (BRASIL, 2013c).

Conceitualmente, na área da saúde, a supervisão caracteriza-se por avaliar e desenvolver os profissionais nos ambientes clínicos, qualificando as habilidades/attitudes desses, para um melhor desempenho no trabalho e atendimento à população (BOTTI, 2008). Cabe à supervisão acadêmica, portanto, promover a integração teórico-prática no exercício clínico, visando ao bom cuidado da saúde ofertada aos usuários do SUS, com a integração das atividades de ensino-serviço, aprimorando as competências dos profissionais da APS (ALMEIDA, 2017).

Este estudo mostrou, sob a visão dos médicos participantes, os resultados da avaliação da Supervisão Acadêmica dos médicos do PMM – Paraíba (PMM-PB). Inicialmente caracterizamos o perfil, a formação acadêmica e experiência profissional dos médicos integrantes (brasileiros e estrangeiros) e, a partir da percepção desses, foi realizada uma avaliação da supervisão sob dois aspectos: quanto à nacionalidade e quanto ao local [zona essencialmente urbana, essencialmente rural ou urbana/rural – (mista)] onde eles atuavam.

Desse modo, o objetivo deste trabalho foi não só identificar, nessas duas condições, o perfil dos participantes do PMM-PB, como também avaliar quais foram os recursos pedagógicos adotados pelos supervisores, destacando-se os positivos e os negativos, levando-se em consideração a nacionalidade e a zona/população (rural, urbana ou mista) em que atuavam.

Com este estudo pretendemos dar uma contribuição acadêmica ao PMM da Paraíba, através da análise de como a supervisão acadêmica foi avaliada na percepção do médico participante do PMM-PB, apontando pontos positivos e negativos das ferramentas pedagógicas utilizadas propondo sugestões que visam fornecer melhoria na Supervisão Acadêmica deste Programa.

Foram utilizados dados existentes no Banco de Dados da pesquisa “Análise Político-Social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba”, conduzida por Sassi (2018), após aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, em 22/10/2015, sob o número 48948015.8.0000.5188.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desse estudo foi avaliar a supervisão acadêmica do PMM-PB, sob a visão dos médicos participantes do Programa. Os resultados originaram a elaboração de dois artigos científicos intitulados:

- i)* “Avaliação da Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, na visão dos médicos participantes: brasileiros e estrangeiros”; e,
- ii)* “Programa Mais Médicos na Paraíba: Percepção sobre a Supervisão Acadêmica pelos médicos que atuam nas áreas Urbana, Rural e Urbana/Rural (Mista)”.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Os objetivos específicos avaliaram a Supervisão Acadêmica, do ponto de vista dos médicos do Programa, levando em consideração:
 - i)* O perfil do médico participante: características demográficas (nacionalidade, sexo, faixa etária e raça), formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e experiência profissional;
- 2) Os aspectos qualitativos desta supervisão em função da:
 - i)* Nacionalidade do médico: brasileira e estrangeira; e,
 - ii)* Localidade (zona) na qual o médico exercia o seu trabalho, junto à população da zona urbana, rural e urbana/rural (mista).

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste estudo foi utilizada metodologia qualitativa documental (dados secundários) registrados no Banco de Dados da pesquisa anteriormente conduzida com o título: “*Análise Político-Social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba.*” Este Banco foi construído a partir de um questionário (Formulário de Avaliação), semiestruturado com perguntas fechadas e abertas, contendo informações individualizadas e de acordo com a visão dos médicos supervisionados desse Programa (anexo 1).

O questionário foi elaborado a partir de várias discussões entre supervisores e tutores do PMM-PB. Os supervisores receberam treinamento para uso do questionário e ficaram responsáveis pelo acompanhamento do envio das respostas dos entrevistados, durante o período de coleta, ocorrida nos anos 2015/2016. Os dados foram registrados pelo médico do PMM-PB participante no estudo, e envolveu o preenchimento do Formulário no Google *on-line* apresentado sob a forma de questionário com 121 perguntas que, após respondidas, foram enviadas para o responsável pela pesquisa (SASSI, 2018).

Dentre estas 121 questões, respondidas no Banco de Dados, foram utilizadas nesse trabalho, 36 questões para obtenção dos dados secundários objeto deste estudo, das seguintes subseções do questionário, a saber:

- a) Identificação do perfil do médico: 20 questões, para determinação das características do médico participante do PMM-PB;
- b) Identificação da localização da unidade básica de saúde (UBS) na macrorregião do estado da Paraíba na qual o médico atuava: 01 questão;
- c) Autorização de participação (ética): 01 questão, informando o consentimento para uso das respostas na pesquisa;
- d) Avaliação da qualidade da supervisão: totalizando 14 questões, sendo 13 questões objetivas e uma, a última, aberta, para avaliar a supervisão acadêmica.

Em síntese, nesse estudo, foi construído um Banco de Dados específico contendo 36 perguntas que permitiram a análise qualitativa de dados envolvendo aspectos qualitativos da supervisão acadêmica, no que diz respeito a uma apreciação comparativa desta supervisão entre PMM-PB brasileiros *versus* estrangeiros e PMM-PB atuantes junto à população das zonas urbana, rural e urbana/rural (mista).

Em relação às características do médico PMM-PB, foram analisadas:

- a) Dados demográficos quanto à nacionalidade, sexo, faixa etária e raça;
- b) Formação acadêmica de graduação (país da formação médica e duração em anos da graduação em medicina);

- c) Formação acadêmica da pós-graduação (informação dos participantes da amostra estudada sobre os títulos que obtiveram em pós-graduação em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e/ou em outras especialidades, residência médica, mestrado e/ou doutorado);
- d) Experiência profissional na Atenção Básica (AB), ou seja, informações sobre experiência prévia, como médico, na AB, em relação à localidade e, se afirmativo, o tempo exercido.

Em relação à avaliação qualitativa da Supervisão Acadêmica foram identificados:

- a) Número de visitas de supervisão realizadas pelo supervisor individualmente com o médico supervisionado, no período de 3 meses;
- b) Recursos pedagógicos/estratégias de educação permanente utilizados pelo supervisor nas visitas, identificando quais desses os médicos do PMM-PB mostraram interesse de serem mantidos ou introduzidos, para uso futuro, na supervisão acadêmica;
- c) Frequência de participação do supervisor nas reuniões de equipe multidisciplinar na unidade básica de saúde (UBS) e com a gestão da saúde municipal, e
- d) Avaliação geral da supervisão pelo médico PMM-PB, conforme a qualidade atribuída à Supervisão Acadêmica, com escore variando entre 0 (zero) – Péssima – a 10 (dez) – Excelente. Utilizando-se a única questão aberta da subseção “Avaliação da Supervisão”, no questionário geral, foi analisada uma pergunta sobre ofertas/recursos pedagógicos fornecidos pelo supervisor do Programa, quanto aos aspectos positivos (que deveriam ser mantidos) e negativos (que deveriam ser suspensos ou melhorados), sendo cada tema categorizado por seu grau de concordância e discordância.

Todos esses aspectos apresentados acima (dos itens *a* ao *d*), em relação à Supervisão Acadêmica, foram avaliados, comparativamente, de acordo com a percepção do médico PMM-PB quanto à:

- 1) Nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira) - artigo 1;
- 2) Localidade (zona) da população atendida: urbana, rural e urbana/rural (mista) - artigo 2.

Os dados foram analisados de forma agrupada e anônima, armazenados e analisados por um sistema computadorizado, mantendo-se a confidencialidade de acordo com a legislação nacional, aplicável ao caso.

Na análise dos resultados, utilizamos a metodologia qualitativa de análise de conteúdo. Para as perguntas fechadas, pré-definidas e categorizadas, utilizamos técnicas quantitativas da

estatística descritiva, organizadas em tabelas contendo as frequências simples, relativas e acumuladas. O programa estatístico SPSS versão 11.0 foi utilizado na tabulação dos resultados. A pergunta aberta: “Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão”, foi analisada para identificar os temas revelados como sendo os mais frequentes abordados nas narrativas.

Atendendo questões éticas, foram considerados apenas os dados dos médicos PMM-PB entrevistados que concordaram em disponibilizar suas respostas, previamente e por escrito, para esse trabalho. A pesquisa obteve consentimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, em 22/10/2015, e registrado sob o número 48948015.8.0000.5188.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Amostra Estudada

Dos 294 médicos registrados no PMM-PB, 275 (93,5%) encaminharam as respostas do questionário da pesquisa. Dentre esses, 24 não consentiram usar suas informações, sendo, portanto, incluídos no estudo as respostas de 251 médicos e analisadas as 36 perguntas definidas na metodologia.

Por questão didática, os resultados foram apresentados obedecendo aos objetivos específicos. Inicialmente, foram caracterizados dados demográficos dos participantes do estudo quanto à naturalidade e zona de atuação, seguida pela avaliação da supervisão acadêmica sob influência desses dois aspectos.

4.2 Características dos médicos PMM-PB quanto a:

4.2.1 Nacionalidade

A Tabela 1 mostra a distribuição dos 251 médicos PMM-PB, por país de origem, isto é, pela nacionalidade (brasileira ou estrangeira).

Tabela 1 – Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), período 2015/2016.

Nacionalidade	Médicos PMM-PB	
	n (251)	% (100)
Brasileira	178	70,9
Estrangeira	73	29,1
País de origem		
Cuba	68	93
Venezuela	02	2,8
Argentina	01	1,4
Uruguai	01	1,4
Espanha	01	1,4

n= número de médicos PMM-PB; % = percentual em relação ao n.

Dos 251 médicos PMM-PB incluídos no estudo, 70,9% tem como país de origem o Brasil (n=178), e 29,1% (n=73) outros países. Dos médicos estrangeiros os cubanos, representaram 93% (n=68), e os restantes, 7% (n=5), procederam de 04 distintos países de origem, a saber: Venezuela (n=2), Argentina (n=1), Uruguai (n=1) e Espanha (n=1), vide Tabela 1.

4.2.2 Nacionalidade de origem *versus* distribuição por macrorregião

A Tabela 2 mostra a distribuição das nacionalidades (brasileira *versus* estrangeira), de acordo com a sua distribuição nas quatro macrorregiões do estado, em que foram alocados para o exercício da atividade profissional.

Tabela 2 – Distribuição dos 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), relacionada à macrorregião do exercício profissional como médico do Programa, período 2015/2016.

Macrorregião	Nacionalidade					
			Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	100	73	100
João Pessoa	127	50,6	104	58,4	23	31,5
Campina Grande	82	32,7	56	31,5	26	35,6
Patos	23	9,2	8	4,5	15	20,5
Sousa	19	7,5	10	5,6	9	12,4

n= número de médicos PMM-PB; % = percentual em relação ao n.

Os resultados da Tabela 2 mostram que, da totalidade dos médicos PMM-PB (n=251), 50,6% (n=127) destes estavam alocados em João Pessoa e que 32,7% (n=82), em Campina Grande. Os demais 16,7% (n=42) concentraram-se nas outras duas macrorregiões: Patos e Sousa.

Os médicos de nacionalidade brasileira concentraram-se nas duas maiores macrorregiões: sendo 58,4% (n=104), em João Pessoa, e 31,5% (n=56) em Campina Grande, totalizando 89,9% (n=160); os demais brasileiros, 10,1% (n=18) concentraram-se em Patos e Sousa.

Os médicos estrangeiros concentraram-se em Campina Grande 35,6% (n=26) e, em João Pessoa, 31,5% (n=23), totalizando 67,1% (n=49); os demais 32,9% (n=24) foram alocados em Patos (20,5%, n=15) e Sousa (12,4%, n=9),

4.2.3 Sexo, faixa etária e raça *versus* nacionalidade

A Tabela 3 mostra a distribuição das frequências absoluta e percentual das características demográficas da população dos médicos PMM-PB estudada, conforme a nacionalidade, associada ao sexo, faixa etária e raça. De acordo com esta Tabela o perfil dos médicos PMM-PB brasileiros e estrangeiros mostraram as seguintes características demográficas:

Sexo: A relação masculino-feminino foi de 1:1,01 para toda a amostra (n=251). Entre os médicos PMM-PB brasileiros, 51,1% (n=91) eram homens e 48,9% (n=87) mulheres e, entre os médicos estrangeiros, 43,8% (n=32) eram do sexo masculino e 56,2% (n=41) do sexo feminino.

Faixa Etária: Dos médicos PMM-PB 45,4% (n=114) apresentaram faixa etária entre 25-35 anos, decrescendo a participação com o aumento das faixas etárias de 35-45 anos; 45-55 anos e 55 ou mais anos, para 22,7% (n=57); 16,3% (n=41) e 13,5% (n=34), respectivamente. Quando analisados separadamente, por nacionalidade, esse padrão de jovens predomina para os médicos PMM-PB brasileiros, uma vez que 59,6% (n=106) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 25-35 anos, concentrando-se 77,6% (n=138) destes, abaixo de 45 anos. Nos médicos estrangeiros, a idade de maior prevalência está na faixa etária de 45-55 anos, ou seja, 46,6% (n=34), seguido da faixa etária compreendida entre 35-45 anos, que representa 34,2% (n=25). Este resultado evidencia que 80,8% (n=59) dos estrangeiros tinham idade entre 35 a 55 anos.

Tabela 3 – Características da população de 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao sexo, faixa etária e raça, período 2015/2016.

Característica			Nacionalidade			
			Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	70,9	73	29,1
Sexo						
Feminino	128	51,0	87	48,9	41	56,2
Masculino	123	49,0	91	51,1	32	43,8
Faixa etária (anos)						
25 I--- 35	114	45,4	106	59,6	08	11,0
35 I--- 45	57	22,7	32	18,0	25	34,2
45 I--- 55	41	16,3	7	3,9	34	46,6
55 e +	34	13,5	28	15,7	6	8,2
NI	5	2	5	2,8	-	-
Raça						
Branco	142	56,6	96	53,9	46	63,0
Pardo	80	31,9	65	36,5	15	20,5
Negro	13	5,2	4	2,2	9	12,3
Outros	8	3,2	5	2,9	3	4,1
NI	8	4,5	8	4,5	-	-

n= número de médicos PMM-PB; %= percentual em relação ao n; NI= não informado.

Raça: Com relação à raça, 88,5% (n=202) dos médicos PMM-PB autodenominaram-se como “brancos ou pardos” e 5,2% (n=13), como “negros”. Entre os brasileiros apresentaram-se como brancos ou pardos, 80,4% (n=161) e, entre os estrangeiros, 83,5% (n=61); e, como negros, 2,2% (n=4) e 12,3% (n=9), respectivamente.

4.2.4 Sexo, faixa etária e raça *versus* área de atuação

A Tabela 4 mostra o perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), e suas associações com as características demográficas: sexo, faixa etária e raça.

Tabela 4 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associadas características demográficas.

Característica	Áreas de atuação					
	Urbana		Rural		Mista	
	n	%	n	%	n	%
	112	44,6	54	21,5	85	33,8
Sexo						
Feminino (n=128, 51%)	65	58	24	44,4	39	45,9
Masculino (n= 123, 49%)	47	42	30	55,6	46	54,1
Faixa etária (anos)						
25 I--- 35	57	50,9	21	38,9	36	42,4
35 I--- 45	26	23,2	12	22,2	19	22,4
45 I--- 55	11	9,8	14	25,9	16	18,8
55 e +	17	15,2	6	11,1	11	12,9
NI	1	0,9	1	1,9	3	3,5
Raça						
Branco (n=142, 56,6%)	66	58,9	29	53,7	47	55,3
Pardo (n=80, 31,9%)	36	32,1	17	31,5	27	31,8
Negro (n=13, 4,7%)	5	4,5	5	9,3	3	3,5
Outros (Amarelo n=6, indígena, 1, outra raça n=1)	3	2,7	3	5,7	2	2,4
NI (n=8)	2	1,8	-	-	6	7,1

n= número de médicos PMM-PB; %= percentual em relação ao n; NI= não informado.

Observa-se, analisando a Tabela 4, que os médicos PMM-PB atuaram em 44,6% (n=112) na área urbana, em 21,5% (n=54) na área rural, e em 33,8% (n=85) na mista.

Sexo: Entre os médicos PMM-PB da área urbana, 58% (n=65) eram mulheres e 42% (n=47) homens; dos médicos da área rural 44,4% (n=24) eram do sexo feminino e 55,6% (n=30) do sexo masculino e, da área mista 45,9% (n=39) eram mulheres e 54,1% (n=36) homens.

Faixa Etária: Dos médicos PMM-PB na faixa etária de 25-35 anos, 50,9% (n=57), atuavam na zona urbana, 38,9% (n=21); na zona rural e 42,4% (n=36) na zona mista. Os médicos da faixa etária entre 35 a 55 anos, 33% (n=37); 48,1% (n=26) e 41,2% (n=35),

exerciam atividades nas zonas urbanas, rural e urbana/rural (mista), respectivamente. Os profissionais com 55 ou mais anos foram distribuídos nas zonas urbana, rural e mista, nas proporções de 15,2% (n=17); 11,1% (n=6) e 12,9% (n=11), respectivamente.

Raça: Houve, neste aspecto, uma equitativa distribuição de brancos, nas três áreas consideradas – urbana, rural e mista – a saber, respectivamente: 58,9% (n=66); 53,7% (n=29) e 55,3% (n=47). O mesmo aconteceu com os pardos 32,1% (n=36); 31,5% (n=17) e 31,8% (n=27), respectivamente, para as áreas urbana, rural e mista.

4.2.5 Formação médica – graduação *versus* nacionalidade

A Tabela 5 resume as características da população de médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao país e tempo gasto na formação médica na graduação.

Tabela 5 – Características da população de 251 médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada à formação médica na Graduação, período 2015/2016.

	Nacionalidade					
			Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	70,9	73	29,1
País Formação Médica						
Brasil	160	63,7	160	89,8	-	-
Cuba	79	31,5	10	5,6	69	94,5
Bolívia	4	1,6	4	2,2	-	-
Venezuela	3	1,2	1	0,6	2	2,7
Argentina	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Espanha	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Equador	1	0,4	1	0,6	-	-
Duração da Graduação(anos)						
5	2	0,8	1	0,6	1	1,4
6	238	94,8	171	96,1	67	91,8
7	5	2,0	3	1,7	2	2,7
8	2	0,8	2	1,1	-	-
NI	4	1,6	1	0,6	3	4,1

n= número de médicos %= percentual em relação ao n NI= não informado

País da formação médica: Em relação ao país da formação médica, no nível de graduação, o Brasil foi responsável por 63,7% (n=160), seguido por Cuba 31,5% (n=79) que, juntos, representaram 95,2% (n=239) dos centros de formação na graduação em medicina. As

contribuições da Bolívia, Venezuela, Argentina, Espanha e Equador foram de 1,6%; 1,2%; 0,8%; 0,8% e 0,4%, respectivamente, na formação dos demais médicos, totalizando 4,8% (n=12).

Com relação aos médicos brasileiros, 89,8% (n=160) estudaram no Brasil, os restantes estudaram nos seguintes países: 5,6% (n=10), em Cuba; 2,2% (n=4), na Bolívia; 0,6% (n=1), na Venezuela; 0,6% (n=1), na Argentina; 0,6% (n=1) na Espanha e 0,6% (n=1), no Equador. Dos médicos estrangeiros, 94,5% (n=69), concluíram a graduação em Cuba; 2,7% (n=2) na Venezuela; 1,4% (n=1) na Argentina e 1,4% (n=1) na Espanha. Nenhum médico estrangeiro fez formação no Brasil, Bolívia ou Equador.

Duração da formação: Quanto à duração do curso de medicina, 94,8% (n=238) dos médicos PMM-PB cursaram a graduação em seis anos. Os demais cursaram em sete, oito ou cinco anos (2,0; 0,8 e 0,8%), respectivamente. A maioria dos médicos brasileiros, 96,1% (n=171) e estrangeiros, 91,8% (n=67), concluíram a graduação em 6 anos.

4.2.6 Formação médica – graduação *versus* área de atuação

A Tabela 6 mostra o perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à formação na graduação.

Tabela 6 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à formação na graduação em medicina.

	Áreas de atuação					
	Urbana		Rural		Mista	
	n	%	n	%	n	%
País de formação médica						
Brasil	78	69,6	29	53,7	53	62,4
Cuba	25	22,3	24	44,4	30	35,3
Venezuela	3	2,7	-	-	-	-
Argentina	2	1,8	-	-	-	-
Espanha	1	0,9	-	-	1	1,2
Bolívia	3	2,7	1	1,9	-	-
Equador	-	-	-	-	1	1,2

n= número de médicos %= percentual em relação ao n

País da formação: Os médicos com formação de graduação no Brasil foram distribuídos com equivalência nas áreas urbana, rural e urbana/rural (mista), sendo 69,6% (n=78), na primeira área; 53,7% (n=29) na zona rural e 62,4% (n=53) atuando na zona mista. Os profissionais com formação médica em Cuba também não apresentaram expressivas

distinções nas suas áreas de atuação, pois 22,3% (n=25); 44,4% (n=24) e 35,3% (n=30) desempenharam suas atividades, respectivamente, nas zonas urbana, rural e mista. O pequeno contingente de médicos com formação na Venezuela, Argentina, Espanha, Bolívia e Equador, 6,1% (n=9) atuavam na zona urbana.

4.2.7 Formação na pós-graduação *versus* nacionalidade

A Tabela 7 mostra o perfil da população de médicos PMM-PB distribuídos por nacionalidade, associado à formação acadêmica na pós-graduação.

Pós-graduação: Dos 251 médicos participantes do PMM-PB, 71,3% (n=179), NÃO apresentavam formação de pós-graduação na área de Saúde da Família; declararam Residência Médica nessa área de Saúde da Família (ou similar, no estrangeiro) 2,3% (n=4) dos médicos brasileiros e 93,1% (n=68) dos estrangeiros (n=68). Com relação à Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS, os resultados mostraram que a metade dos médicos PMM-PB NÃO tinha essa formação, 50,6% (n=127). Quando foram avaliados quanto à nacionalidade, 62,4% (n=111) dos brasileiros declararam NÃO ter Especialização o que contrastou com os resultados dos estrangeiros, desde que só 21,9% (n=16) referiram não tê-la.

Quanto à Residência Médica em outra área, 89,2% (n=224), dos médicos informaram NÃO possuí-la, sendo esta informação encontrada em 92,7% (n=165) dos brasileiros e em 80,8% (n=59), dos estrangeiros.

Tempo na formação em Residência Médica: O tempo dedicado à formação acadêmica na Residência Médica foi de 3 anos para 55,4% (n=139) dos médicos PMM-PB; o tempo referido pelos médicos brasileiros foi em 3 anos para 70,8% (n=126). Com relação aos estrangeiros, 39,7% (n=29) e 41,1% (n=30) referiram ter dedicado de 4 a 5 anos ou mais, respectivamente, na Residência Médica.

Mestrado e Doutorado: Com relação ao mestrado, 8% (n=20) dos médicos PMM-PB declararam ter o título de Mestre, sendo este percentual representado por 1,7% (n=3) e 23,3% (n=17) para brasileiros e estrangeiros, respectivamente. Nenhum dos participantes referiu ter o título de Doutor.

4.2.8 Formação na pós-graduação (PG) *versus* área de atuação

A Tabela 8 mostra o perfil dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à formação na PG.

Formação na Pós-Graduação: Quando avaliados, quanto à área de atuação, em associação com a formação em pós-graduação, observa-se que 46,3% (n=25), dos profissionais

médicos que atuavam na zona rural, tinham formação em residência médica de Medicina Família e Comunidade e, nesta mesma área (rural), metade da amostra 50% (n=27) referiu ter cursado a Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS.

Tabela 7 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associado à formação na Pós-graduação (PG), período 2015/2016.

	Nacionalidade					
			Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	70,9	73	29,1
Formação na PG						
Residência Médico de Família e Comunidade (MFC)						
Sim	72	28,7	4	2,3	68	93,1
Não	179	71,3	174	97,8	5	6,8
Especialização em Saúde da Família (UNA-SUS)						
Sim	124	49,4	67	37,6	57	78,1
Não	127	50,6	111	62,4	16	21,9
Outra Residência Médica						
Sim	26	10,4	12	6,7	14	19,2
Não	224	89,2	165	92,7	59	80,8
NI	1	0,4	1	0,6	-	-
Tempo na formação em Residência Médica (anos)						
2	5	2	4	2,2	1	1,4
3	139	55,4	126	70,8	13	17,8
4	57	22,7	28	15,7	29	39,7
5 ou mais anos	47	18,7	17	9,6	30	41,1
Não fez/incompleto	1	0,4	1	0,6	-	-
Mestrado						
Sim	20	8	3	1,7	17	23,3
Não	231	92	175	98,3	56	76,7
Doutorado						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	251	100	178	100	73	100

n= número de médicos % = percentual em relação ao n NI= não informado

Tabela 8 - Perfil da amostra dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associado à formação na Pós-graduação (PG).

Formação na PG	Áreas de atuação					
	Urbana		Rural		Mista	
	n	%	n	%	n	%
Residência Médico de Família e Comunidade (MFC)						
Sim (n=72, 28,7%)	19	17	25	46,3	28	33
Não (n=179, 71,3)	93	83	29	53,7	57	67,1
Especialização Em Saúde da Família (UNA –SUS)						
Sim (n=124, 49,4%)	56	50	27	50	41	48,2
Não (n=127, 50,6 %)	56	50	27	50	44	51,8
Outra Residência Médica						
Sim (n=26, 10,4%)	9	8	7	13	10	11,8
Não (n=224, 89,2)	103	92	47	87	74	87,1
NI (n=1, 0,4%)	-	-	-	-	1	1,2
Mestrado						
Sim (n=20, 8%)	6	5,4	6	11,1	8	9,4
Não (n=231, 92%)	106	94,6	48	88,9	77	90,6
Doutorado						
Sim (n=-, -%)	-	-	-	-	-	-
Não (n=274, 99,6%)	112	100	54	100	85	100

n= número de médicos % = percentual em relação ao n NI= não informado

Outra Residência Médica Com relação a terem outra Residência Médica, 8% (n= 9), 13% (n=7) e 11,8 % (n=10) dos médicos que atuavam nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente responderam SIM e 92% (n=103), 87% (n=47) e 87,1% (n=74) dos médicos que atuavam nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente responderam NÃO.

Mestrado e Doutorado: Com relação ao mestrado, 5,4% (n=6), 11,1% (n=6) e 9,4% (n=8) dos médicos PMM-PB, que atuavam nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente, declararam SIM para o título de Mestre; no entanto, a maioria dos médicos, 94,6%, 88,9%, e 90,6% nas três zonas de atuação, declarou NÃO para a obtenção desse título. Nenhum dos participantes referiu ter o título de Doutor.

4.2.9 Experiência Profissional *versus* nacionalidade

A Tabela 9 resume informações da população de médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba (PMM-PB), distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira) associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS), antes e após ingressar no PMM-PB.

Com relação à experiência profissional na APS 83,7% (n=210) dos participantes informaram ter tido experiência, como médico, antes de ingressar no PMMB-PB e 16,3% (n=41) que não. Quando esta foi avaliada quanto à nacionalidade, 97,3% (n=71) dos estrangeiros e 78,1% (139) dos brasileiros também relataram experiência profissional prévia.

Referiram que não tinham experiência profissional 21,9% (n=39) dos brasileiros e 2,7% (n=2) dos estrangeiros.

Ao se avaliar o tempo de experiência na APS, 32,3% (n=81) de todos os médicos informaram ter menos de um ano; 21,5% (n=54) e 29,9% (n=75) afirmaram que o tempo nesta foi de 1 a 4 anos e 10 anos ou mais, respectivamente. Com relação à nacionalidade, 44,4% (n=79) e 29,2% (n=52) dos brasileiros afirmaram ter menos de um ano e de um a 4 anos, de experiência, respectivamente. Entretanto, 68,5% (n=50) dos estrangeiros referiram ter 10 anos ou mais de experiência e 2,7% (n=2) menos de um ano.

Tabela 9 - População de médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba (PMM-PB), distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB), período 2015/2016.

Variáveis			Nacionalidade			
	n	%	Brasileira		Estrangeira	
	251	100	178	71	73	29
Experiência profissional						
Sim	210	83,7	139	78,1	71	97,3
Não	41	16,3	39	21,9	2	2,7
Tempo (anos) de exp. na APS antes do PMM-PB						
Menos de 1 ano	81	32,3	79	44,4	2	2,7
1 a 4	54	21,5	52	29,2	2	2,7
4 a 7	28	11,2	17	9,6	11	15,1
7 a 10	13	5,2	5	2,8	8	11
10 ou mais	75	29,9	25	14	50	68,5
Tempo (anos) no PMM						
2	6	2,4	6	3,4	-	-
3	128	51	119	66,9	9	12,3
4	49	19,5	27	15,2	22	30,1
5	66	26,3	24	13,5	42	57,5
NI	2	0,8	2	1,1	-	-
PMM: 1º emprego						
Sim	30	12	29	16,3	1	1,4
Não	221	88	149	83,7	72	98,6
Exp. preceptoria em Resid. Médicas (Família e Comun /Prevent e Social)						
Sim			3	1,7	43	58,9
Não			175	98,3	30	41,1
Exp. preceptoria em outras Resid Médicas						
Sim		3		1,7	14	19,2
Não		175		98,3	59	80,8
Recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no PMM?						
Sim	50	19,9	43	24,2	7	9,6
Não	201	80,1	135	75,8	66	90,4

n=número de médicos

%=percentual

NI= não informado

O exercício profissional no PMM-PB foi de 3 anos em 51% (n=128), de 4 anos, em 19,5% (n=49) e de 5 anos, em 26,3% (n=66), totalizando no intervalo de 3-5 anos um percentual de 96,8% (n=243), para os médicos participantes. Com relação à nacionalidade, 3,4% (n=6), 66,9% (n=119), 15,2% (n=27) e 13,5% (n=24) dos brasileiros informaram ter 2, 3, 4 e 5 anos no PMM-PB; os estrangeiros referiram 12,3% (n=9), 30,1 (n=22) e 57,5% (n=42) ter 3, 4 e 5 anos de tempo no Programa.

Com relação ao PMM-PB ter sido o primeiro emprego do médico, 88% (n=221) referiram que NÃO e 12% (n=30), que SIM. Os brasileiros e estrangeiros referiram que NÃO em 83,7% (n=149) e 98,6% (n=72), respectivamente. O PMM-PB foi o primeiro emprego para 16,3% (n=29) dos brasileiros e para 1,4% (n=1) dos estrangeiros.

Quanto a ter experiência na preceptoria em Residência Médica (Medicina de Família e Comunidade/Preventiva e Social) 58,9% (n=43) dos estrangeiros afirmaram que SIM, enquanto 98,3% (n=175) dos brasileiros informaram que NÃO.

Sobre ter participação na preceptoria, em outras Residências Médicas, tanto os brasileiros, 98,3% (n=175), quanto os estrangeiros, 80,8% (n=59), registraram NÃO ter experiência.

Com relação a participação vivenciada com alunos dos cursos de medicina, nas unidades básicas de saúde (UBS), que receberam o Programa, do estado da Paraíba, os médicos PMM-PB informaram que 80,1% (n=201) NÃO receberam alunos e 19,9% (n=50), que SIM. O registro nos questionários revela que 75,8% (n=135) dos brasileiros e 90,4% (n=66) dos estrangeiros relataram NÃO, com relação a terem orientado acadêmicos do curso de medicina. Afirmaram SIM, quanto à orientação, 24,2% (n=43) e 9,6 (n=7) dos médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente.

4.2.10 Experiência Profissional *versus* área de atuação

A Tabela 10 mostra o perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB, período 2015/2016.

Tabela 10 – Perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência

profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB), período 2015/2016.

	Áreas de atuação					
	Urbana		Rural		Misto	
	n	%	n	%	n	%
Experiência profissional como médico na APS antes de ingressar no PMM						
Sim	93	83	48	88,9	69	81,2
Não	19	17	6	11,1	16	18,8
Tempo de experiência na APS antes de ingressar no PMM						
Nenhuma	38	33,9	14	25,9	29	34,1
1 a 4 anos	33	29,5	7	13	14	16,5
4 a 7	14	12,5	4	7,4	10	11,8
7 a 10	4	3,6	4	7,4	5	5,9
10 ou mais	23	20,5	25	46,3	27	31,8
Exp. de preceptoria em outras Residências Médicas						
Sim	6	5,4	6	11,2	5	5,9
Não	106	94,6	48	88,9	80	94,1
Recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no PMM						
Sim	38	33,9	1	1,9	11	12,9
Não	74	66,1	53	98,1	74	87,1
NI	-	-	-	-	1	1,2
Exp. preceptoria em Resid Médicas (Família e Comun/ PrevenSocial)						
Sim	18	16,2	14	26,1	14	16,6
Não	94	83,9	40	74,1	71	83,5

n= número de médicos % em relação ao n NI= não informado

Com relação à experiência profissional na APS, prévia ao ingresso do profissional médico no PMM-PB - e associada à sua área de atuação – observou-se um equilíbrio nas respostas afirmativas, entretanto, foi na zona rural onde essa experiência ficou mais evidente, sendo 88,9% (n=48), enquanto que na zona urbana e na área mista, as respostas SIM foram, respectivamente, de 83% (n=93) e 81,2% (n=69). Outro destaque para a mesma área de atuação rural foi a do tempo de experiência na APS, pois 46,3% (n=25) dos profissionais médicos, que atuavam na zona rural, referiram ter 10 ou mais anos de experiência na APS.

A propósito da experiência de preceptoria em outras residências médicas uma expressiva maioria – em todas as três áreas de atuação – 94,6% (n=106), na área urbana; 88,9% (n=48), na área rural e 94,1%, na área mista, declararam NÃO terem tido tal experiência. Os médicos referiram terem sido preceptores em outras Residências Médicas, quanto a área de atuação, 5,9% (n=5), na zona mista; 11,2% (n=6), na área rural e 5,4% (n=6), na zona urbana,

Quanto a receber acadêmicos do curso de medicina nas UBS, após ingressar no PMM-PB, 12,9% (n=11), na área mista; 1,9% (n=1) na zona rural e 33,9% (n=38), com atuação na zona urbana, deram respostas afirmativas, enquanto que 87,1% (n=74), 98,1% (n=53) e 66,1% (n=74), respectivamente nas áreas mista, rural e urbana responderam negativamente à pergunta.

Nas três áreas de atuação, a resposta NÃO, foi obtida ao questionamento sobre experiência de preceptoria em residências médicas de Medicina de Família e Comunidade/Social e Preventiva, com os seguintes percentuais: 83,9%; 74,1% e 83,5%, para as áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

4.3 Avaliação da supervisão dos médicos quanto a (ao)

4.3.1 Aspecto geral do desempenho do supervisor *versus* nacionalidade

A Tabela 11 mostra as características da atuação do supervisor do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, por nacionalidade, quanto à sua participação nas reuniões com a equipe da unidade, regularidade de reuniões com a gestão do município para discutir os problemas apresentados pelo médico do PMM-PB ou por outros médicos na AB e da avaliação do supervisor de forma geral.

Tabela 11 – Atuação acadêmica do supervisor dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, na percepção desses, por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira).

Atuação do supervisor acadêmico	Nacionalidade					
			Brasileira		Estrangeira	
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	71	73	29
Nº visitas do supervisor na unidade (últimos 3 meses)						
Nenhuma	4	1,6	2	1,1	2	2,7
1-2	71	28,3	56	31,4	15	20,6
3-4	152	60,6	102	57,3	50	68,5
5-6	24	9,6	18	10,1	6	8,2
Supervisor participou de alguma reunião de equipe na sua unidade						
Sim	124	49,4	82	46,1	42	57,5
Não	127	50,6	96	53,9	31	42,5
Supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na Atenção Básica						
Sim	220	87,6	155	87,1	65	89
Não	31	12,4	23	12,9	8	11
Avaliação do supervisor de forma geral						
0 I---2 Péssimo	4	1,6	1	0,6	3	4,1
2 I---4 Muito fraco	2	0,7	2	1,1	-	-
4 I---6 Fraco	4	1,6	2	1,2	2	2,8
6 I---8 Regular/Bom	15	6,0	14	7,8	1	1,4
8 I---9 Muito bom	32	12,8	28	15,7	4	5,5
9 I---10 Ótimo	194	77,3	131	73,6	63	86,3

n=número de médicos

%=percentual

Número de visitas à unidade: Com relação à atuação do supervisor na UBS, 60,6% (n=152) dos médicos referiram que o número de visitas ficou entre **3-4** nos últimos 3 meses, seguida por **1-2** visitas em 28,3% (n=71); 9,6% (n=24) informaram **5-6** e 1,6% (n=4) **Nenhuma visita**. Quando o número de visitas foi relacionado à nacionalidade, tanto os brasileiros, 57,3% (n=102), quanto os estrangeiros, 68,5% (n=50), sinalizaram **3-4 visitas**; **1-2 visitas** foram referidas em segundo lugar, sendo em 31,4% (n=56) dos brasileiros e em 20,6% (n=15) dos estrangeiros. Relataram ainda **5-6 visitas** 10,1% (n=18) e 20,6% (n=15) e **Nenhuma visita** 1,1% (n=2) e 2,7% (n=2) brasileiros e estrangeiros, respectivamente (Tabela 11).

Reunião do supervisor com a equipe na unidade: A participação do supervisor em alguma reunião de equipe na unidade foi informada que **SIM** em 49,4% (n=124) e **NÃO** em 50,6% (n=127) dos médicos. Quando este parâmetro foi relacionado à nacionalidade 46,1% (n=82) e 57,5% (n=42) dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM** e 53,9% (n=96) e 42,5% (n=31) dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **NÃO** (Tabela 11).

Reuniões regulares do supervisor com a gestão do município: Quando indagados se o Supervisor fez reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na Atenção Básica, 87,6% (n=220) e 12,4% (n=31) dos médicos PMM-PB informaram, que **SIM** e **NÃO**, respectivamente. Quando este foi relacionado à nacionalidade, 87,1% (n=155) e 89% (n=65) dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**, e 12,9% (n=23) e 11% (n=8) dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **NÃO** (Tabela 11).

Avaliação geral do supervisor: Na avaliação acadêmica geral do supervisor 77,3% (n=194); 73,6% (n= 131) e 86,3% (n=63) dos médicos PMM-PB, dos brasileiros e dos estrangeiros informaram **score 9 I---10**, respectivamente; além disso, 12,8% (n=32), 15,7% (n=28) e 5,5% (n=4) dos médicos PMM-PB, dos brasileiros e dos estrangeiros informaram **score 8 I---9**, respectivamente, equivalendo aos conceitos **ÓTIMO** e **MUITO BOM** (Tabela 11).

4.3.2 Aspecto geral do desempenho do supervisor *versus* área de atuação

A Tabela 12 mostra as características da supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba de acordo com a avaliação dos médicos participantes desse Programa por área de atuação urbana, rural e mista.

Avaliando, de forma geral, o supervisor os maiores conceitos prevaleceram em todas as áreas de atuação, sendo que 83,3 (n=45); 76,8% (n=86) e 74,1% (n=63) – respectivamente, nas zonas rural; urbana e mista – avaliados com notas entre 9 I--10 (ÓTIMO); com o conceito MUITO BOM 40,2% (n=45), na zona urbana; 34,1% (n=29) na zona mista e 38,9% (n=21), na área rural. Houve avaliação da supervisão com conceito PÉSSIMO entre 2,7% (n=3), na zona urbana; 2,4% (n=2), na área mista e 1,9% (n=1) na zona rural. Os conceitos MUITO FRACO e FRACO somaram 3,6% (n=4), na área urbana; 8,4% (n=7), na zona mista e, apenas 1,9% (n=1), na área rural. REGULAR/BOM foi a avaliação de 20% (n=17), na área mista; e de 13% (n=7) e 20,6% (n=23), entre os que atuavam nas zonas rural e urbana, respectivamente.

4.3.3 Recursos metodológicos utilizados *versus* nacionalidade

A Tabela 13 mostra a Avaliação do supervisor do Programa Mais Médico (PMM), na Paraíba, por nacionalidade, relacionado aos recursos pedagógicos utilizados nas visitas às unidades. Analisamos as respostas das seguintes perguntas:

Tabela 13 – Avaliação da Supervisão dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba: recursos pedagógicos utilizados nas visitas as unidades associado à nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira).

Variáveis	Nacionalidade					
	Brasileira		Estrangeira			
	n	%	n	%	n	%
	251	100	178	71	73	29
Atendimento de pacientes pelo supervisor <u>sob</u> observação do supervisionado (*)						
Sim	111	44,2	72	42,4	39	55,7
Não	140	55,8	106	59,6	34	46,5
Atendimento conjunto (*)						
Sim			97	57,1	45	64,3
Não			73	42,9	25	35,7
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com <i>feedback</i> ao final (*)						
Sim			113	66,5	44	62,9
Não			57	33,5	29	37,1
Discussão de casos(*)						
Sim			139	81,8	57	81,4
Não			31	18,2	13	18,6
Estudo imediato em livros ou outros recursos bibliográficos junto com o supervisionado (*)						
Sim			74	43,5	47	67,1
Não			96	56,5	23	32,9
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente (*)						
Sim			100	58,8	59	84,3
Não			70	41,2	11	15,7
Discussão de temas sem leitura prévia (*)						
Sim			111	65,3	46	65,7
Não			59	34,7	24	34,3
Uso do Telessaúde (0800)(*)						
Sim			65	38,2	23	32,9

Não	105	61,8	47	67,1
Grupo de WhatsApp (**)				
Sim	157	88,2	58	80,6
Não	21	11,8	14	19,4
Lista de e-mails (**)				
Sim	169	94,9	70	97,2
Não	9	5,1	2	2,8
Uso de Redes Sociais (**)				
Sim	94	52,8	34	47,2
Não	84	47,2	38	52,8
Disponibilidade de Telefone celular(**)				
Sim	174	97,8	69	95,8
Não	4	2,2	3	4,2

n=número de médicos

%percentual

(*) PMM-PB – brasileiros n=170 (**) PMM-PB- estrangeiros, n=72.

Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado: A participação do supervisor no atendimento de pacientes foi referida com **SIM** por 44,2% (n=111), 42,4% (n= 72) e 55,7% (n=39), por todos os médicos (n=251), pelos brasileiros e estrangeiros, respectivamente. Responderam que **NÃO**, 55,8% (n=140), 59,6% (n=106) e 46,5% (n=34), todos os médicos, os brasileiros e estrangeiros, respectivamente.

Atendimento conjunto: Com relação ao atendimento conjunto, responderam que **SIM**, 57,1% (n= 97) dos brasileiros e 64,3% (n=45), dos estrangeiros. A resposta **NÃO** foi obtida num percentual de 42,9% (n=73) e 35,7% (n=25), para os brasileiros e para os estrangeiros, respectivamente.

Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com *feedback* ao final: Quanto à participação do supervisor acompanhando as consultas do médico PMM-PB supervisionado com *feedback* final 66,5% (n= 113) dos brasileiros e 62,9% (n=44), dos estrangeiros, responderam que **SIM**. A opção **NÃO** foi informada em 33,5% (n=57) e 37,1% (n=29), dos médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente.

Discussão de casos Com relação à discussão de casos, 81,8% (n= 139) e 81,4% (n=57), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**; a opção **NÃO**, foi informada em 18,2% (n=31) dos brasileiros e em 18,6% (n=13) dos estrangeiros.

Estudo imediato em livros ou outros recursos bibliográficos junto com o supervisionado: Sobre este item 43,5% (n=74) e 67,1% (n=47) dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**. Por outro lado, informaram **NÃO**, 56,5% (n=96) e 32,9% (n=23) dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente (Tabela 13).

Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente: Quanto à participação do supervisor acompanhando as consultas do médico PMM-PB supervisionado com *feedback* final, 66,5% (n=113) dos brasileiros e 62,9% (n=44), dos estrangeiros,

responderam que **SIM**; já a opção **NÃO**, foi referida por 33,5% (n=57) e 37,1% (n=29), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente.

Discussão de temas sem leitura prévia: Com relação a este aspecto, responderam **SIM** 65,3% (n=111) dos brasileiros e 65,7% (n=46) dos estrangeiros. Optaram pela resposta **NÃO** 34,7% (n=59) dos supervisionados brasileiros e 34,3% (n=24), dos médicos estrangeiros.

Uso da Telessaúde: A participação do supervisor no uso da Telessaúde foi referida com a opção **SIM** por 38,2% (n=65) e 32,9% (n= 23) dos médicos, brasileiros e estrangeiros, respectivamente. Responderam que **NÃO** 61,8% (n= 105) e 67,1% (n=47), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente.

Grupo de WhatsApp: Quanto a participação do Grupo de WhatsApp, 88,2% (n= 157) e 80,6% (n=58), responderam que **SIM**, enquanto que, 11,8% (n=21) e 19,4% (n=14), dos médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, informaram a opção **NÃO** (Tabela 13).

Lista de e-mails: Sobre o uso de lista de e-mails na supervisão, foi respondido a opção **SIM** 94,9% (n= 169) dos médicos brasileiros e 97,2% (n=70), dos médicos estrangeiros. Por outro lado, informaram **NÃO** 5,1% (n=9) e 2,8% (n=2), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente.

Uso Redes Sociais: Quanto ao uso de redes sociais 52,8% (n=94) e 47,2% (n=34), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**. O **NÃO** foi assinalado por 47,2% (n=84) dos brasileiros e por 52,8% (n=38) dos estrangeiros.

Uso do Telefone celular: Observa-se na Tabela13 que 97,8% (n= 174) e 95,8% (n=69), dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**. Responderam a opção **NÃO** 2,2% (n=4) dos médicos brasileiros e 4,2% (n=3), dos estrangeiros.

4.3.4 Recursos metodológicos utilizados versus área de atuação

A Tabela 14 mostra as características da supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa por área de atuação urbana, rural e mista.

Atendimento conjunto: 63% (n=51), na área mista, 56,6 (n=30), na zona rural e 57% (n=61), na zona urbana afirmaram que a supervisão acadêmica realizou tal procedimento metodológico. A resposta **NÃO** foi a escolhida por 43,4% (n=23), 42% (n=45) e 37% (n=30) pelos supervisionados das áreas rural, urbana e mista, respectivamente.

Estudo imediato em livros (ou outra fonte de bibliografia) junto com o supervisionado: teve resposta SIM para 53,1% (n=43), 50% (n=53) e 47,2% (n=25) dos médicos com atuação nas áreas mista, urbana e rural, respectivamente. Responderam a opção NÃO os médicos da zona urbana – 50% (n=53) – e, 52,8% (n=28) e 46,9% (n=38) dos supervisionados das zonas rural e mista, respectivamente.

Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente: responderam SIM 63% (n=67), 66% (n=35) e 70,4% (n=57) dos profissionais que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Discussão de temas sem leitura prévia: 65% (n=69), 67,9% (n=36) e 64,2% (n=52) dos médicos que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente, responderam SIM à utilização do seu supervisor dessa estratégia metodológica. A resposta NÃO foi a escolhida por 34% (n=37) na zona urbana, 32,1% (n=17) na área rural e 35,8% (n=29), na área mista.

Uso da Telessaúde (0800): como metodologia adotada pelos supervisores, teve resposta SIM para 23,5% (n=19), 39,6% (n=21) e 45% (n=48) dos supervisionados das áreas mista, rural e urbana, respectivamente. A opção NÃO foi a escolhida por 54% (n=58), 60,4% (n=32) e 76,5% (n=62) pelos médicos das zonas urbana, rural e mista, respectivamente.

4.3.5 Recursos pedagógicos e atitudes do supervisor sob a percepção do supervisionado versus nacionalidade

A Tabela 15 mostra o conjunto de respostas (sugestões), em valores absolutos e percentuais, assinaladas pelos médicos do PMM-PB, por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), a partir do questionário do Banco de dados visando registrar o que desejariam de atitudes e recursos pedagógicos a serem mantidos ou melhorados pela supervisão acadêmica do Programa.

Tabela 15 – Sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira) e suas variáveis relacionadas à pergunta: “**Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade?**”, período 2015/2016.

supervisores a utilizassem; 9,8% (n=17) e 4,1% (n=3) não sugeririam tal opção para uso nas visitas de supervisão acadêmica.

Estudo imediato (livros ou outros recursos bibliográficos) junto com o supervisionado: sobre este item 65,3% (n= 113) e 68,5% (n=50), dos médicos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**. Por outro lado, informaram **NÃO**, 34,7% (n=60) e 31,5% (n=23), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente (Tabela 8)

Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente: quanto à participação do supervisor acompanhando as consultas do médico PMM-PB supervisionado com *feedback* final, 82,7% (n= 143) dos brasileiros e 94,5% (n=69), dos estrangeiros, responderam que **SIM**; já a opção **NÃO**, foi referida por 17,3% (n=30) e 5,5% (n=4), dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente.

Discussão de temas sem leitura prévia: com relação à discussão de temas sem leitura prévia 68,8% (n=119) e 68,5% (n=50), dos médicos participantes brasileiros e estrangeiros, respectivamente, responderam que **SIM**; o **NÃO**, foi informado por 31,2% (n=54) dos brasileiros e por 31,5% (n=23) dos estrangeiros.

Uso da Telessaúde (0800): a sugestão da utilização da Telessaúde foi referida com a opção **SIM** por 67,1% (n=116) e 71,2% (n= 52) dos brasileiros e dos estrangeiros, respectivamente. Responderam **NÃO** 32,9% (n=57) dos brasileiros e 28,8% (n=21) dos estrangeiros.

4.3.6 Recursos pedagógicos e atitudes do supervisor sob a percepção do supervisionado versus área de atuação

A Tabela 16 mostra as sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos, na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa, por área de atuação urbana, rural e mista.

Atendimento realizado pelo supervisor, sob a observação do supervisionado: foi a sugestão oferecida por 60% (n=51), 51,9% (n=27) e 53,2% (n=58) dos médicos com atuação nas áreas mista, rural e urbana, respectivamente. Não aconselharam tal metodologia os supervisionados das áreas urbana, rural e mista, na seguinte ordem de valores 46,8% (n=51), 48,1% (n=25) e 40% (n=34).

Atendimento conjunto: foi recomendado por 64,7% (n=55) dos médicos da área mista, 61,5% (n=32) daqueles profissionais que atuavam em área rural e por 59,6% (n=65) com exercício profissional na área urbana.

Acompanhamento das consultas pelo supervisionado com *feedback* ao final: responderam SIM a essa ferramenta como sugestão metodológica 60,6% (n=66), na zona urbana, 67,3% (n=35) na zona rural e 63,5% (n=54) na área mista. Não sugeririam tal estratégia pedagógica 39,4% (n=43), 32,7% (n=17) e 36,5% (n=31) os profissionais com atuação nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente.

Tabela 16 – Sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa (N=251), por área de atuação urbana, rural e mista, e suas variáveis relacionadas a pergunta: **Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade?**

Sugestões para a supervisão acadêmica	Áreas de atuação					
	Urbana		Rural		Mista	
	N	%	N	%	N	%
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado						
Sim	58	53,2	27	51,9	51	60
Não	51	46,8	25	48,1	34	40
Atendimento conjunto						
Sim	65	59,6	32	61,5	55	64,7
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com <i>feedback</i> ao final						
Sim	66	60,6	35	67,3	54	63,5
Não	43	39,4	17	32,7	31	36,5
Discussão de casos						
Sim	98	89,9	48	92,3	80	94,1
Não	11	10,1	4	7,7	5	5,9
Estudo imediato (livros ou outros recursos bibliográficos) junto com o supervisionado						
Sim	65	59,6	39	75	59	69,4
Não	44	40,4	13	25	26	30,6
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente						
Sim	89	81,7	46	88,5	77	90,6
Não	20	18,3	6	11,5	8	9,4
Discussão de temas sem leitura prévia						
Sim	71	65,1	37	71,2	61	71,8
Não	38	34,9	15	28,8	24	28,2
Telessaúde (0800)						
Sim	70	64,2	39	75	59	69,4
Não	39	35,8	13	25	26	30,6
Outras ofertas pedagógicas ou de apoio são oferecidas pelo seu supervisor [Disponibilidade para contato telefônico]						
Sim	109	97,3	52	96,3	82	97,6
Não	3	2,7	2	3,7	2	2,4

n=número de médicos

%=percentual

Discussão de casos: foi indicada afirmativamente por 94,1% (n=80), 92,3% (n=48) e 89,9% (n=98) pelos supervisionados das zonas mista, rural e urbana, respectivamente. Não recomendariam tal recurso 5,9% (n=5), 7,7% (n=4) e 10,1% (n=11) dos médicos das áreas mista, rural e urbana, respectivamente.

Estudo imediato em livros (ou outros recursos bibliográficos) junto com o supervisionado: foi sugestão de 69,4% (n=59), 75% (n=39) e 59,6% (n=65) dos médicos das zonas mista, rural e urbana, respectivamente. Não recomendariam tal estratégia pedagógica 40,4% (n=44), 25% (n=13) e 30,6% (n=26) dos médicos das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente: tiveram indicação afirmativa por parte de 90,6% (n=77), 88,5% (n=46) e 81,7% (n=89) dos médicos das zonas mista, rural e urbana. Não sugeririam este recurso 18,3% (n=20), 11,5% (n=6) e 9,4% (n=8) dos supervisionados das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Discussão de temas sem leitura prévia: foi sugestão de 65,1% (n=71), 71,2% (n=37) e 71,8% (n=61) dos supervisionados com exercício profissional nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente. Não aconselhariam tal metodologia 34,9% (n=38), 28,8% (n=15) e 28,2% (n=24) dos médicos PMM-PB das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Uso da Telessaúde (0800): 64,2% (n=70), na zona urbana; 75% (n=39), na área rural e, 69,4% (n=59) na área mista, afirmaram que gostariam que fosse utilizada pela supervisão acadêmica, enquanto que - nesta mesma ordem de locais de atuação profissional (urbana, rural e mista) - 35,8% (n=39), 25% (n=13) e 30,6% (n=26) não recomendariam este instrumento.

Redes sociais: foram metodologias recomendadas por 52,7% (n=59), 42,6% (n=23) e 54,8% (n=46) dos profissionais médicos com atuação nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente. Esta estratégia recebeu indicação negativa, por parte de 47,3% (n=53), 57,4% (n=31) e 45,2% (n=38) dos supervisionados que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Disponibilização do contato telefônico por parte dos supervisores para informação e comunicação com os supervisionados: recebeu recomendação de 97,3% (n=109), 96,3% (n=52) e 97,6% (n=82) das áreas urbana, rural e mista, respectivamente. Não foi sugerido por 2,7% (n=3), da zona urbana; 3,7% (n=2), da zona rural e 2,4% (n=2), da área mista.

4.3.7 Resposta da questão aberta: “Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão”

Uma expressiva maioria dos informantes ressalta muito mais os aspectos positivos que devem ser mantidos no trabalho da supervisão acadêmica, realçando o compromisso ético-pedagógico dos supervisores, o compartilhamento da experiência acumulada dos mesmos, a acessibilidade e bom acolhimento para dirimir dúvidas nos processos de diagnóstico e tratamento clínico bem como nos processos de trabalho da equipe multidisciplinar - quer presencialmente ou facultando livre acesso para comunicação à distância (por telefone, e-mails ou WhatsApp) - e, ainda, elogios na intermediação de conflitos junto a gestores da saúde municipal, pondo em relevo a atitude da supervisão acadêmica sempre buscando advogar pelo respeito ao trabalho dos profissionais médicos, na busca de benefícios para as unidades básicas de saúde (UBS) e para a comunidade assistida, destacando uma boa resolutividade dos problemas que lhe são apresentados.

Em relação aos pontos negativos, que precisariam ser modificados, há relatos que consideram o tempo da visita presencial reduzido, sugerem que a visita pudesse ser realizada sempre no turno da tarde (quando a demanda de usuários é mais reduzida nas UBS); outros sugerem viabilizar a interrupção dos atendimentos, nos momentos da visita presencial do supervisor, o que possibilitaria um maior aprofundamento dos temas da agenda de supervisão acadêmica e ampliaria a integração da equipe multidisciplinar, como um todo, às orientações dos supervisores. Há referências, isoladas/minoritárias, criticando algumas visitas rápidas/apressadas e, em outros casos, reclamando maior ênfase às discussões sobre casos clínicos no cotidiano de atendimento dos médicos e maior cobrança e enfrentamento dos supervisores em relação a determinados aspectos administrativos e omissões da gestão da saúde municipal.

5 CONCLUSÕES

Esta dissertação apresenta os resultados obtidos do estudo sobre a avaliação supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos, na Paraíba, na perspectiva desses médicos.

A caracterização do perfil da amostra estudada e a avaliação da supervisão acadêmica foram analisadas levando-se em consideração dois aspectos: nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira) e localidade (zona/área) na qual o médico exercia seu trabalho. Três áreas foram consideradas: urbana, rural e mista.

Inicialmente iremos caracterizar, sob estes dois aspectos: o perfil dos médicos participantes e em seguida, a avaliação da supervisão acadêmica:

1) **Perfil dos médicos:** quanto à nacionalidade e área de atuação

Os médicos brasileiros predominavam sobre os estrangeiros e, dos médicos estrangeiros, predominavam os cubanos;

- i) Os brasileiros atuaram predominantemente nas cidades de João Pessoa e Campina Grande com significativo maior número nesta primeira macrorregião, em relação aos estrangeiros que também atuavam nessas; os brasileiros tinham inexpressiva alocação em regiões de saúde geograficamente localizadas mais ao sertão da Paraíba, a saber: Patos (4,5%) e Sousa (5,6%), as quais foram mais servidas pelos médicos estrangeiros, em Patos (20,5%) e em Sousa (12,4%);
- ii) Os brasileiros e estrangeiros não diferiram quanto ao sexo; no entanto, quanto a esse parâmetro nas áreas de atuação, observou-se maior percentual do sexo feminino na zona urbana e do sexo masculino nas zonas rural e mista;
- iii) Com relação à faixa etária os brasileiros eram mais jovens (faixa etária entre 25-35 anos, 59,6%) e os estrangeiros mais velhos (faixa etária entre 45-55 anos, 46,6%); os mais jovens foram alocados na área urbana e os mais velhos nas áreas rural e mista;
- iv) Quanto à raça, a maioria dos brasileiros e estrangeiros e dos médicos das três áreas autodenominaram-se branco ou pardo;
- v) Em relação ao país da formação médica, o Brasil foi responsável pela graduação em medicina da grande maioria dos profissionais, secundado por Cuba. Nenhum médico estrangeiro fez formação no Brasil, porém dez médicos brasileiros fizeram formação médica em Cuba; os brasileiros predominaram na área urbana, seguidos pelas áreas mista e rural; em contrapartida os estrangeiros, representados na maioria pelos cubanos, atuaram nas áreas rural, mista e urbana;

- vi) Quanto à duração da formação médica, em anos do curso de graduação em medicina, para toda a amostra a duração média foi de 6 anos, tanto para brasileiros como para os estrangeiros;
 - vii) Os médicos estrangeiros em relação aos brasileiros apresentavam maior experiência prévia na APS, possuindo na maioria (93%), Residência em Medicina da Família e Comunidade, além de Mestrado (23,3%), associada ao fato de que a grande maioria também apresentava dez ou mais anos de experiência na APS. Este resultado refletiu-se na qualidade do médico da área rural que era estrangeiro, mais qualificado e mais experiente;
- 2) **Avaliação da Supervisão Acadêmica:** relacionada à nacionalidade e área de atuação do médico
- i) **Número de visita do supervisor:** a maioria dos médicos brasileiros e estrangeiros informaram que o supervisor visitou a unidade 3-4 vezes, em 3 meses; esta informação também foi sinalizada pelos médicos em relação às áreas de atuação.
 - ii) **Reunião do supervisor com as equipes das UBS:** a maioria dos médicos, quanto à nacionalidade e quanto às áreas de atuação, referiram que houve reunião da supervisão acadêmica com as equipes. Os supervisores realizaram reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na APS.
 - iii) **Conceitos atribuídos ao supervisor:** o supervisor recebeu conceitos “muito bom e ótimo” atribuídos pela maioria dos médicos brasileiros e estrangeiros e pelos médicos das áreas urbana, rural e mista;
 - iv) **Instrumentos de comunicação utilizados:** os médicos brasileiros e os estrangeiros relataram que os instrumentos de informação e comunicação utilizados entre os supervisores e supervisionados foram o uso de grupos de WhatsApp, lista de e-mails e a disponibilização de telefone celular privado; similarmente, esses recursos também foram informados pelos médicos, quanto a área de atuação.
 - v) **Estratégias metodológicas:** sobre as estratégias metodológicas adotadas na supervisão, o recurso mais utilizado referido pelos brasileiros foi a discussão de casos, seguidos pelo acompanhamento de consultas do médico supervisionado com *feedback* e, pelos estrangeiros, a discussão de casos e de temas/artigos/capítulos previamente pactuados e lidos; ambos os grupos – quer

pela nacionalidade ou por área de atuação - informaram que o recurso menos utilizado foi a Telessaúde;

- vi) **Propostas metodológicas a serem ampliadas ou incorporadas:** os médicos brasileiros sugeriram, em primeiro lugar, a discussão de casos, seguida pela discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente e, em terceiro lugar a utilização da Telessaúde; os estrangeiros, sugeriram também em primeiro lugar a discussão de casos; a discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente; o atendimento conjunto e a utilização da Telessaúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 21, p. 1291-1300, 2017.

BOTTI SHO, S R. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Portaria Normativa nº 14, de 9 de julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Ministério da Saúde. **DOU** – Seção 1., nº 131, p. 18, 2013c. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_24599144_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.aspx. Acesso em: 20 jun. 2018.

SASSI, A.P. **As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão**. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

_____. **As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão**. In: _____. APÊNDICE A-QUESTIONÁRIO : MAIS MÉDICOS - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.C. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: 2015, 284 páginas

CAPÍTULO II

SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS BRASILEIROS E ESTRANGEIROS

CARDOSO JÚNIOR, Ranulfo^{1,2},

SOUSA, Eduardo Sérgio Soares²

RESUMO

A supervisão acadêmica dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil é considerada uma estratégia estruturadora do Programa. Entretanto, tem-se pouco conhecimento sobre a supervisão acadêmica na perspectiva dos médicos supervisionados, tampouco se essa difere entre médicos brasileiros e estrangeiros. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a referida supervisão na percepção desses médicos, especificamente, na Paraíba (PMM-PB). Para sua realização, utilizou-se metodologia qualitativa documental, a partir do Banco de Dados do inquérito conduzido sobre o PMM-PB, o qual contém informações obtidas por questionário semiestruturado sobre a visão deles, no período 2015 a 2016. Desse inquérito, foi selecionado um subconjunto de 36 questões fechadas, dentre as 121 documentadas. Foram pesquisados 251 médicos desse Programa, com faixa etária entre 25 a 55 anos. As respostas fechadas foram analisadas pelo *Chi* quadrado e o Teste Exato de Fisher, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A formação acadêmica tem tempo similar entre os grupos, mas, na pós-graduação (especialização ou residência) na área de saúde da família, os estrangeiros superaram os brasileiros, bem como na experiência de trabalho na atenção primária à saúde. Com relação à supervisão acadêmica, independentemente da origem, os médicos do PMM-PB avaliaram-na de forma muito positiva, com pontuação elevada, destacando-se a relação cordial, a facilidade de acesso ao supervisor, o suporte às decisões clínicas bem como o seu envolvimento no Programa. Entretanto, foram consideradas insuficientes as ações da supervisão para resolução de problemas de gestão.

Palavras-Chave: Supervisão acadêmica, Programa Mais Médicos na Paraíba, Atenção Primária à Saúde na Paraíba.

ABSTRACT

Academic supervision of physicians linked to the Mais Médicos Program (PMM) for Brazil is considered as a structuring strategy of the Program. However there is little knowledge about academic supervision from the perspective of supervised physicians, nor does it differ between Brazilian and foreign physicians. In this sense, this research had as objective to evaluate said supervision in the perception of these physicians in Paraíba (PMM-PB) specifically. For its accomplishment, a qualitative documentary methodology was used, from the Database of the survey conducted on the PMM-PB, which contains information obtained by semi-structured questionnaire about their vision from 2015 to 2016. From this survey, we selected a subset of 36 closed questions out of 121 documented. A total of 251 physicians from this Program were surveyed, with ages ranging from 25 to 55 years. Closed responses were analyzed by *Chi* square

¹ Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

² Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

and Fisher's exact test, being considered a significance level of 5% ($p < 0.05$). Academic training has similar time between the groups, but in the postgraduate (specialization or residency) in the area of family health, foreigners outnumbered Brazilians, as well as in work experience in primary health care. Regarding academic supervision, regardless of origin, PMM-PB physicians evaluated it in a very positive way, with a high score, highlighting the cordial relationship, ease of access to the supervisor, support for clinical decisions as well as your involvement in the Program. However the actions of supervision to solve management problems were considered insufficient.

Key words: Academic supervision, More Doctors Program in Paraíba, Primary Health Care in Paraíba.

RESUMEN

La supervisión académica de los médicos vinculados al Programa Más Médicos (PMM) para Brasil es considerada una estrategia estructuradora del Programa. Sin embargo, se tiene poco conocimiento sobre la supervisión académica en la perspectiva de los médicos supervisados, tampoco si ésta difiere entre médicos brasileños y extranjeros. En este sentido, esta investigación tuvo como objetivo evaluar la referida supervisión en la percepción de esos médicos, específicamente, en Paraíba (PMM-PB). Para su realización, se utilizó metodología cualitativa documental, a partir del Banco de Datos de la encuesta conducido sobre el PMM-PB, el cual contiene informaciones obtenidas por cuestionario semiestructurado sobre su visión, en el período 2015 a 2016. De esa encuesta, fue seleccionado un subconjunto de 36 cuestiones cerradas, entre las 121 documentadas. Se investigaron 251 médicos de ese programa, con un grupo de edad entre 25 y 55 años. Las respuestas cerradas fueron analizadas por el Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher, siendo considerado nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). La formación académica tiene tiempo similar entre los grupos, pero, en el postgrado (especialización o residencia) en el área de salud de la familia, los extranjeros superaron a los brasileños, así como en la experiencia de trabajo en la atención primaria a la salud. En cuanto a la supervisión académica, independientemente del origen, los médicos del PMM-PB la evaluaron de forma muy positiva, con una puntuación elevada, destacándose la relación cordial, la facilidad de acceso al supervisor, el soporte a las decisiones clínicas así como el su participación en el programa. Sin embargo, se consideraron insuficientes las acciones de la supervisión para la resolución de problemas de gestión.

Palabras clave: Supervisión académica, Programa Más Médicos en Paraíba, Atención Primaria a la Salud en Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi iniciado em 2013, como uma estratégia do governo federal de enfrentamento dos problemas de acesso e utilização da Atenção Básica à Saúde (ABS) pela população, em regiões brasileiras de baixa densidade de profissionais médicos (BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2013b). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o PMM é um programa de provimento médico para viabilizar o fortalecimento da ABS, impactando este nível de atenção a partir de três eixos: (a) infraestrutura da ABS; (b) aprimoramento da atenção médica, fortalecendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), integrando ensino-serviço, aumentando vagas nos cursos de medicina e nos programas de Residência Médica, e, (c) provimento emergencial de profissionais médicos, ampliando o acesso da população à ABS. O PMM incluiu a participação de médicos estrangeiros (1). Desses, a maioria procedente de Cuba, através de cooperação firmada entre o Governo Brasileiro e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2013c).

Para apoio às atividades dos profissionais do PMM, o MS e o Ministério da Educação (MEC) determinaram a implantação da Supervisão Acadêmica (BRASIL, 2013b). A supervisão caracteriza-se, conceitualmente, na área da saúde, por avaliar e desenvolver os profissionais nos ambientes clínicos, qualificando as habilidades/atitudes desses, para um melhor desempenho no trabalho e atendimento à população (BOTTI, 2008). Cabe à supervisão acadêmica promover a integração teórico-prática das atividades de ensino-serviço, aprimorando as competências dos profissionais da ABS, visando ao bom cuidado da saúde ofertada aos usuários do SUS (ALMEIDA et al, 2017; BRASIL, 2013d). As atribuições do supervisor acadêmico envolvem avaliar as condições estruturais da unidade, o processo de trabalho, e a relação do médico supervisionado com a equipe multidisciplinar, a comunidade e a gestão municipal (BRASIL, 2013d).

A revisão da literatura revela críticas controversas à atuação da supervisão acadêmica no PMM. Enquanto CAMPOS (2016), afirma que “o sistema de supervisão e de tutoria se dirigiu apenas aos médicos PMM e não a toda equipe em que estes médicos estão inseridos”, uma outra autora Bertão, (2015), revela - em artigo sobre intervenções junto à saúde do idoso no PMM - que a supervisão, para além do médico, apoiou, também, a equipe multidisciplinar da Unidade Básica da Saúde (UBS) e a própria gestão municipal. Pouco é conhecido sobre a supervisão acadêmica para os profissionais médicos em atividade no PMM-Brasil na perspectiva dos supervisionados (ALMEIDA et al, 2017), particularmente, se essa difere entre médicos brasileiros e estrangeiros.

Os objetivos principais desse estudo foram caracterizar o perfil dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba quanto aos aspectos demográficos, de formação médica (da graduação e pós-graduação) e avaliar a qualidade da supervisão acadêmica, na visão desses médicos supervisionados, de acordo com suas nacionalidades, brasileira ou estrangeira, no propósito de explicar se ocorrem variações entre brasileiros e estrangeiros, e como e por que essas acontecem.

Este estudo mostra, sob a visão dos médicos participantes, os resultados da avaliação da Supervisão Acadêmica dos médicos do PMM – Paraíba (PMM-PB), dos médicos integrantes (brasileiros e estrangeiros), a partir da percepção desses.

Desse modo, neste trabalho apresentaremos a caracterização do perfil da população de médicos do PMM-PB e mostraremos, sob a visão dos médicos participantes (brasileiros e estrangeiros), os resultados da avaliação da Supervisão Acadêmica do PMM – Paraíba (PMM-PB). Este estudo obteve o consentimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, em 22/10/2015, sob o número 48948015.8.0000.5188.

2 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo utilizou metodologia qualitativa com dados secundários documentais de um banco de dados de pesquisa resultante de um inquérito previamente conduzido para estudar o PMM na Paraíba (SASSI, 2018a). Nesse inquérito, os médicos do PMM-PB responderam entrevistas individuais com questionário semiestruturado contendo 121 questões. Essas entrevistas foram registradas pelo médico do PMM-PB participante no estudo, e envolveu o preenchimento eletrônico pelo Google *on-line*, de um questionário (Anexo 1) coletado no período de novembro de 2015 a março de 2016 (10). Os dados primários foram coletados após o consentimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, em 22/10/2015, sob o número 48948015.8.0000.5188, para formar o banco de dados da pesquisa intitulada “*Análise Político-Social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba*”. Utilizou-se os registros de 36 questões do banco de dados original (SASSI, 2018b), dos 251 médicos entrevistados que concordaram em participar da pesquisa e consentiram o uso de seus dados.

Em relação ao perfil dos médicos PMM-PB foram analisadas 36 questões sendo essas relacionadas aos temas de identificação, consentimento do uso de dados, caracterização da amostra e supervisão acadêmica. Os primeiros foram: (1) identificação dos médicos PMM-PB no Banco de Dados, (2) localização desse médico entre as quatro macrorregiões do Estado, (3) caracterização desses em relação à: (3.1) demografia, incluindo a nacionalidade; (3.2) formação acadêmica da graduação médica, contemplando o país e duração, em anos, do curso de medicina; (3.3) formação concluída na pós-graduação, título de residência médica em saúde da família, formação em outras especialidades, especialização, mestrado e/ou doutorado; (3.4) ter experiência prévia na atenção básica como médico, e, se afirmativo, o tempo exercido.

Em relação à supervisão acadêmica foram avaliadas 14 questões das 36 selecionadas do Banco de Dados (questões 100 a 113), sendo a última uma questão aberta. Essas corresponderam às seguintes variáveis: (1) o número de visitas habitualmente realizadas pelo supervisor, individualmente com o médico supervisionado, no período de 3 meses; (2) quais recursos pedagógicos os médicos do PMM-PB observaram como sendo utilizados pelos supervisores, e (3) quais desses recursos pedagógicos os médicos supervisionados apresentavam interesse de uso futuro na supervisão acadêmica, isto é, as metodologias da supervisão que gostariam que fossem mantidas ou introduzidas, dentre essas, as tecnologias de informação e comunicação.

Além desses, foram obtidos dados sobre a avaliação geral da supervisão, participação do supervisor em reuniões de equipe da unidade e com a gestão da saúde municipal; estratégias

de educação permanente do supervisor; avaliação/nota do supervisionado sobre a qualidade da supervisão acadêmica com escore variando de 0 (zero) – Péssima –, a 10 (dez) - Excelente.

A questão aberta identificou os recursos pedagógicos que foram fornecidos pelo supervisor aos médicos do PMM-PB e, desses, quais foram considerados positivos e deveriam ser mantidos, e quais os negativos e que deveriam ser suspensos ou melhorados.

Os dados dos 251 médicos PMM-PB foram analisados de forma agrupada e anônima, armazenados e analisados por um sistema computadorizado, mantendo-se a confidencialidade de acordo com a legislação nacional

Na análise qualitativa dos dados usou-se a técnica de análise de conteúdo. As questões fechadas foram categorizadas e organizadas por frequência absoluta e percentual para afirmações concordantes ou discordantes, utilizando-se os testes *Chi* quadrado (χ^2) e Exato de Fisher para avaliar diferenças significativas com um poder de 80% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, considerando-se nível de significância para $p < 0,05$. Com relação à questão aberta a análise de conteúdo foi temática. Dentre as respostas elencadas pelos entrevistados algumas foram selecionadas e agrupadas por temas, sendo essas citadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Seleção dos participantes da pesquisa

Dos 294 médicos registrados no PMM-PB, 275 (93,5%) encaminharam as respostas do questionário da pesquisa. Dentre esses, 24 não consentiram usar suas informações, sendo incluídos no estudo as respostas de 251 médicos e analisadas as 36 perguntas definidas na metodologia. Por questão didática, os resultados foram apresentados obedecendo os objetivos específicos.

Inicialmente, foram caracterizados dados demográficos dos participantes do estudo quanto à naturalidade e zona de atuação, seguida pela avaliação da supervisão acadêmica sob influência desses dois aspectos.

3.2 Nacionalidade de origem

Na caracterização do perfil de nacionalidade, de todos os 251 médicos PMM-PB incluídos no estudo, a maioria, 70,9 % (n=178) tinha como país de origem o Brasil, e 29,1% (n=73) outros cinco países estrangeiros, sendo quatro latino-americanos e um europeu.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos médicos estrangeiros do PMM-PB, por país de origem (nacionalidade).

Tabela 1 – Distribuição dos médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos na Paraíba.

Período: novembro 2015 a março 2016.

País de origem estrangeira	Médicos PMM-PB	
	n	%
	73	100
Cuba	68	93
Venezuela	02	2,8
Argentina	01	1,4
Uruguai	01	1,4
Espanha	01	1,4

Nota: n: número de médicos; %: percentual em relação ao n.

Conforme apresentado na Tabela 1, dentre os médicos estrangeiros, predominavam os cubanos, 93%, e os restantes, 7%, procederam de 04 distintos países de origem, a saber: Venezuela, Argentina, Uruguai e Espanha.

Comparado com o perfil dos médicos do PMM atuando no Brasil em fevereiro de 2016, quanto à nacionalidade, nossos achados mostraram que, no PMM-PB, com relação aos médicos

participantes, os estrangeiros apresentam uma relação inversa, com predomínio de quase duas vezes e meia mais médicos brasileiros do que estrangeiros, enquanto que, para todo o PMM atuando no Brasil os brasileiros representavam aproximadamente seis vezes menos comparados aos estrangeiros, que representavam 85% (GIRARDI et al, 2016). No entanto, tanto no nosso estudo quanto no daqueles autores houve elevada predominância dos cubanos entre os estrangeiros, sendo 93,0% de cubanos nos nossos achados e 75% cubanos no estudo com dados nacionais (GIRARDI et al, 2016).

3.3 Características dos médicos brasileiros e estrangeiros do PMM-PB

3.3.1 Distribuição geográfica *versus* nacionalidade

Os resultados da Tabela 2 mostram a distribuição dos 251 médicos PMM-PB, por macrorregião de exercício profissional na Paraíba e nacionalidade, brasileira ou estrangeira.

Tabela 2 – Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, incluídos no estudo, por nacionalidade, brasileira *versus* estrangeira, nas quatro macrorregiões do estado da Paraíba. Período: novembro 2015 a março 2016.

Macrorregião	Todos		Nacionalidade Brasileira		Estrangeira		<i>p</i> -valor
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
	251	100	178	100	73	100	
João Pessoa	127	50,6	104	58,4	23	31,5	<0,0001
Campina Grande	82	32,7	56	31,5	26	35,6	
Patos	23	9,2	8	4,5	15	20,5	
Sousa	19	7,5	10	5,6	9	12,4	

Nota: *n* = número de médicos; % = percentual em relação ao *n*.

Conforme mostra a Tabela 2, os médicos do PMM-PB estavam distribuídos em todas as macrorregiões de saúde da Paraíba, estando a maioria alocada em João Pessoa e Campina Grande, representando 50,6 % e 32,7 %, respectivamente. Assim, como os brasileiros, os médicos estrangeiros se concentraram nas duas maiores macrorregiões do estado. Mais da metade dos brasileiros 58,4% (*n*=104) foram designados para a macrorregião da capital da Paraíba e, em 31,5% (*n*=56) para Campina Grande. Poucos brasileiros foram alocados em Patos, 4,5% (*n*=8) e em Sousa, 5,6% (*n*=10).

Similarmente aos brasileiros, os médicos estrangeiros se concentraram nas duas maiores macrorregiões do estado, 31,5% (*n*=23) em João Pessoa e 35,6% (*n*=26) em Campina Grande,

embora também tenham sido designados para Patos e Sousa, 20,5% (n=15) e 12,4% (n=9), respectivamente ($p < 0,0001$).

3.3.2 Sexo, faixa etária e raça *versus* nacionalidade

A Tabela 3 resume as características demográficas da população dos médicos PMM-PB, conforme a nacionalidade, associada ao sexo, idade e raça.

Tabela 3 – Características demográficas da população de médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba (n=251), distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.

Característica demográfica	Nacionalidade						<i>p</i> -valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
	251	100	178	70,9	73	29,1	
Sexo							0,3315
Feminino	128	51,0	87	48,9	41	56,2	
Masculino	123	49,0	91	51,1	32	43,8	
Faixa etária (anos)							<0,0001
25 I--- 35	114	45,4	106	59,6	08	11,0	
35 I--- 45	57	22,7	32	18,0	25	34,2	
45 I--- 55	41	16,3	7	3,9	34	46,6	
55 e +	34	13,5	28	15,7	6	8,2	
NI	5	2,0	5	2,8	-	-	
Raça							0,0019
Branco	142	56,6	96	53,9	46	63,0	
Pardo	80	31,9	65	36,5	15	20,5	
Negro	13	5,2	4	2,2	9	12,3	
Outros	8	3,2	5	2,9	3	4,1	
NI	8	4,5	8	4,5	-	-	

Nota: *n*= número de médicos PMM-PB; %= percentual em relação ao *n*; NI= não informado.

De acordo com a Tabela 3 a caracterização demográfica dos médicos PMM-PB, os brasileiros e estrangeiros mostraram as seguintes características demográficas, com relação ao:

Sexo: A relação masculino-feminino foi de 1:1,01 para toda a amostra e, para os médicos PMM-PB brasileiros: 51,1%:48,9%, enquanto para estrangeiros, essa relação foi de

43,8%:56,2%, respectivamente. Nos médicos brasileiros predominavam os homens e nos estrangeiros as mulheres, mas sem significação estatística ($p=0,3315$).

Faixa Etária: Os médicos PMM-PB apresentavam-se predominantemente mais jovens, uma vez que 45,4 % desses encontravam-se na faixa etária ≥ 25 e <35 anos, decrescendo, em número, com o aumento das faixas etárias de 35-45 anos; 45-55 anos e 55 ou mais anos, correspondendo a 22,7%; 16,3% e 13,5 %, respectivamente. Analisados separadamente, por nacionalidade, observou-se existir diferença entre os médicos PMM-PB brasileiros e estrangeiros, quanto ao padrão de distribuição das faixas etárias ($p<0,0001$). Houve predominância de médicos adultos jovens entre os brasileiros, uma vez que 59,6 % estão na faixa etária entre 25-35 anos, totalizando 77,6 % abaixo de 45 anos de idade. Por outro lado, os estrangeiros concentraram-se na faixa etária de 45-55 anos de idade (46,6 %), seguidos de 34,2% entre 35-45 anos (Tabela 3).

Outros autores mostraram médicos PMM Brasil com perfil de idade mais elevada do que o encontrado no nosso estudo. Girardi *et al* (2016) referem médicos PMM com faixa etária entre 40 e 49 anos em 39,8%. Separadamente, os médicos brasileiros do PMM-PB se mostraram mais jovens do que os estrangeiros, tanto nos nossos achados, 54% de brasileiros entre 30-39 anos, como no estudo conduzido por Girardi *et al* (2016), 59,6% na faixa etária entre 25-35 anos.

Raça: Em relação à raça, a maioria dos médicos PMM-PB autodenominou-se branco ou pardo (88,5%), e não houve diferenças aparentes entre os médicos brasileiros e os estrangeiros, 90,4% e 83,5%, respectivamente. A raça negra foi minoria dentre os médicos PMM-PB, 5,2%, com variações relevantes entre as nacionalidades ($p=0,0019$). No grupo de médicos do PMM-PB estrangeiros, os negros eram aproximadamente seis vezes mais frequentes do que no grupo de brasileiros, 12,3 e 2,2 %, respectivamente (Tabela 3).

3.3.3 Formação médica – graduação versus nacionalidade

Em relação ao país local da formação médica no nível de graduação em medicina, a Tabela 4 resume as características da formação médica (Graduação) da população de médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao país e tempo gasto na formação médica na graduação.

Tabela 4 – Características da formação de graduação em medicina da população de médicos do Programa Mais Médicos PMM na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.

Formação Médica	Nacionalidade					
	Todas		Brasileira		Estrangeira	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	251	100	178	70,9	73	29,1
País da graduação	-					
Brasil	160	63,7	160	89,9	-	-
Cuba	79	31,5	10	5,6	69	94,5
Bolívia	4	1,6	4	2,2	-	-
Venezuela	3	1,2	1	0,6	2	2,7
Argentina	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Espanha	2	0,8	1	0,6	1	1,4
Equador	1	0,4	1	0,6	-	-
Duração da graduação medicina (anos)	-					
5	2	0,8	1	0,6	1	1,4
6	238	94,8	171	96,1	67	91,8
7	5	2,0	3	1,7	2	2,7
8	2	0,8	2	1,1	-	-
NI	4	1,6	1	0,6	3	4,1

Nota: *n*= número de médicos PMM-PB; %= percentual em relação ao *n*; NI= não informado.

Os médicos do PMM-PB foram graduados em sete países, sendo a quase totalidade formada no Brasil ou em Cuba. O Brasil predominou como país de formação da graduação médica, sendo responsável por 63,7%, seguido de Cuba, 31,5%. Juntos, esses dois países representaram 95,2% dos centros de formação, sendo baixíssimas as contribuições da Venezuela, Bolívia, Argentina, Espanha e Equador.

Nessa mesma Tabela 4, observa-se que, quanto à duração do curso de graduação médica, a quase totalidade, 94,8% cursou em 6 anos. Os demais cursaram em 7, 8 ou 5 anos (2,0 %; 0,8 %; 0,8 %), respectivamente. Não se evidenciaram diferenças no tempo de duração da graduação em medicina, entre médicos brasileiros e estrangeiros.

Diante do achado de que cerca de um quarto dos médicos do PMM-PB foram formados em outros países, analisamos o contexto histórico e atual das escolas médicas no estado da Paraíba. No Nordeste, durante mais de três décadas, a Paraíba foi o único estado com escola médica no interior, a Faculdade de Medicina de Campina Grande (FMCG), além do curso médico da capital, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Iniciada sob a liderança do professor do curso de medicina UFPB em João Pessoa e médico residente em Campina Grande, Professor Dr. Severino Bezerra de Carvalho, e do também médico e intelectual Everaldo Alves Lopes Ferreira, a FMCG foi planejada para oferecer formação médica generalista com sólida formação clínica e humanística (ARAÚJO, 2012). A metodologia do curso médico da FMCG utilizava diretriz de ensino não diretivo, com aulas práticas de microscopia óptica para o estudo da histologia, patologia, fisiologia, hematologia, dispondo de 1 microscópio para 4 alunos (ARAÚJO, 2012).

A FMCG foi criada com financiamento público dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Naquela ocasião, o Prefeito do município de Campina Grande era Elpídio de Almeida, médico formado no Rio de Janeiro e Doutor em medicina, intelectual membro do Instituto Histórico e Geográfico Paraibano (IHGP), portanto, um integrante da elite intelectual, econômica e política, sendo prestigiado no estado e no governo federal (SILVEIRA, 2014). A representação simbólica de Campina Grande nos escritos de Elpídio de Almeida mostravam uma Campina Grande “grandiosa” (SILVEIRA, 2014). Segundo afirmou o fundador da FMCG, Professor Severino Bezerra de Carvalho, Elpídio de Almeida era uma liderança junto ao MEC e ao Ministro da Educação naquela ocasião, Jarbas Passarinho. Um outro ator importante nesse processo de implantação da Faculdade foi o Governador João Agripino, considerado o grande financiador da estrutura física da FMCG. Dentre outros citados na entrevista pelo Professor Bezerra de Carvalho está José Américo de Almeida (ARAÚJO, 2012). As primeiras 3 turmas foram integralmente financiadas com recursos públicos (<http://cgretalhos.blogspot.com/2012/03/video-memoria-entrevista-como-dr.html#.XKvgd4VUHV0>) (12).

Para superar a retração do financiamento público, a FMCG manteve as 64 vagas por ano, o acesso por vestibular público e passou a cobrar dos alunos. Por aproximadamente 10 anos os recursos privados das anuidades financiaram essa escola médica.

A FMCG foi federalizada no final da década de 1970, quando passou a integrar a UFPB, Campus de Campina Grande passando, depois, à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (AMARAL, 2007). O processo da federalização da FMCG envolveu um debate político e acadêmico coordenado pelo Diretório Acadêmico Francisco Brasileiro, daquela escola. O movimento pela federalização foi consubstanciado pelo inquérito realizado com os alunos do então ciclo básico e profissional, com mobilização da sociedade campinense (REF Suplemento com arquivos da época). Em sequência, tanto a Sociedade Mantenedora, quanto a diretoria da FMCG aderiram ao pleito estudantil, concordaram com a doação do patrimônio daquela Sociedade à UFPB, concluindo-se a formalização da federalização com a

interveniência de Lynaldo Cavalcanti de Albuquerque, um dos fundadores da Escola Politécnica de Campina Grande, sendo esta a primeira escola de engenharia da Paraíba (<https://youtu.be/KHY6EsZgxF8>, Recife, 2016) (DUARTE, 2016).

O Brasil vem apresentando aumento progressivo de escolas médicas. De acordo com a publicação *Demografia Médica*, 2015, os números dessas escolas no país eram: 77, em 1985, 82, em 1990 e 247, em 2014 (SCHEFFER et al, 2015). Em 1996, o Brasil contava com 84 escolas médicas, majoritariamente públicas, e o estado da Paraíba continuava com suas 2 escolas médicas federais e a única do interior no Nordeste, em Campina Grande (AMARAL, 2007). No momento, a Paraíba dispõe de 9 escolas médicas, sendo 3 públicas e 6 privadas, oferecendo 975 vagas anuais, distribuídas nas quatro macrorregiões do estado (SCHEFFER et al, 2018; NASSIF, 2019).

Rech *et al* (2018) referem que, no contexto nacional do PMM e, de acordo com o cadastro no Conselho Federal de Medicina (CFM), no primeiro ano do PMM-Brasil, 1.834 médicos graduados em instituições brasileiras, aderiram ao mesmo, sendo as demais vagas preenchidas por 1.184 intercambistas individuais (médicos estrangeiros e brasileiros formados em instituições estrangeiras, sem revalidação nacional do diploma) e por 11.150 médicos provenientes de Cuba, a partir de cooperação internacional entre o MS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (19). Em 2016, existiam 15.205 médicos ativos no PMM, dentre os quais 4.561 brasileiros vinculados ao CFM, 1.790 intercambistas individuais e 8.854 cooperados cubanos.

Considerando as evidências obtidas sobre a Paraíba, em relação à sua capacidade instalada para a formação de médicos, distribuição espacial das escolas médicas no estado (NASSIF, 2019) e exigências curriculares do MEC para essas escolas em relação ao enfoque acadêmico na atenção básica (MOREIRA, 2015), não se justifica na Paraíba, o recrutamento e contratação de médicos formados em outros países para ofertar assistência médica adequada à exigida na atenção básica, desde que exista uma política acadêmica para formação desses profissionais nesta área de atuação.

3.3.4 Formação médica – pós-graduação versus nacionalidade

A Tabela 5 mostra o perfil da população de médicos PMM-PB distribuídos por nacionalidade, associada à formação acadêmica na pós-graduação.

Dos 251 médicos participantes do PMM-PB, a grande maioria, 71,3% não apresentava formação de pós-graduação na área de Saúde da Família. Na pós-graduação em medicina *lato sensu*, menos da metade desses profissionais apresentaram formação de especialista na área da

atenção primária (Saúde da Família), seja residência ou título de especialista. Por nacionalidade, identificou-se considerável variação dessa formação, com os estrangeiros apresentando percentual muito elevado nessa área da atenção básica (93,1%, $p < 0,0001$), em comparação com apenas 2,3% dentre os médicos brasileiros que informaram possuir Residência Médica nessa área de Saúde da Família (ou similar, no estrangeiro), vide Tabela 5.

Metade dos médicos PMM-PB referiu ter Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS, no entanto, 78,1% dos médicos estrangeiros informaram ter essa especialização e só metade desse percentual (37,6%) foi informado pelos brasileiros. Desta forma, para os brasileiros, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi a principal instituição formadora da pós-graduação *lato sensu*, tanto na quantidade de médicos formados como na área de suas atuações – APS, porém, num percentual muito aquém do esperado. Destaca-se a determinação da obrigatoriedade dessa formação no primeiro ano do PMM (CAMPOS et al., 2017). Foi desprezível a formação em residência médica em outra área: 6,7% ($n=12$), entre os brasileiros, e 19,2% ($n=14$), entre os estrangeiros, cerca de três vezes mais que os brasileiros, portanto.

Tabela 5 – Caracterização da população dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada à formação na pós-graduação (PG) *stricto e lato sensu*. Período: novembro 2015 a março 2016.

Formação na pós-graduação por área da medicina, <i>stricto e lato sensu</i>	Nacionalidade						<i>p</i> -valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira ^{''}		
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	
	251	100	178	70,9	73	29,1	
Residência em Médico de Família e Comunidade (MFC)							< 0,0001
Sim	72	28,7	4	2,3	68	93,1	
Não	179	71,3	174	97,8	5	6,8	
Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS							< 0,0001
Sim	124	49,4	67	37,6	57	78,1	
Não	127	50,6	111	62,4	16	21,9	
Outra Residência Médica							0,0057
Sim	26	10,4	12	6,7	14	19,2	
Não	224	89,2	165	92,7	59	80,8	
NI	1	0,4	1	0,6	-	-	
Tempo de formação em Residências Médicas (anos)							< 0,0001
2	5	2	4	2,2	1	1,4	
3	139	55,4	126	70,8	13	17,8	

4	57	22,7	28	15,7	29	39,7
5 ou mais anos	47	18,7	17	9,6	30	41,1
Não fez/incompleto	1	0,4	1	0,6	-	-
Mestrado						< 0,0001
Sim	20	8	3	1,7	17	23,3 “
Não	231	92	175	98,3	56	76,7
Doutorado						-
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	251	100	178	100	73	100

Nota: UNA-SUS Universidade Aberta do SUS; n= número de médicos; %= percentual em relação ao n; NI= não informado

Em relação à formação de pós-graduação em medicina *stricto sensu*, dos médicos PMM-PB, 8% declararam possuir formação de mestrado, sendo inexistente a formação de doutorado.

Quando analisada a pós-graduação *stricto sensu*, por nacionalidade, informaram ter título de Mestre 1,7% (n=3) e 23,3% (n=17) dos médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente (p<0,0001). Desta forma, 85% dos títulos de mestres eram de estrangeiros. Esse resultado encontra coerência quando se observa a fragilidade na área da saúde em relação à existência de cursos de formação, ao nível de Pós-graduação, nessa área de conhecimento, em discordância com o prestígio alcançado pela UFPB e UFCG nas áreas tecnológicas, como atesta a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) vinculada ao Ministério da Educação (MEC), através da Plataforma Sucupira (BRASIL, 2019).

Na distribuição dos cursos de pós-graduação observa-se que a UFPB oferece 93 cursos e a UFCG 38 cursos. Entretanto, nenhum desses cursos de pós-graduação é oferecido para a área médica. Entre os cursos de pós-graduação na área da saúde, a UFPB apresenta: (1) enfermagem (mestrado e doutorado); (2) biologia celular e molecular (mestrado); (3) ciências da nutrição (mestrado e doutorado); (4) fisioterapia (mestrado); saúde coletiva (mestrado) (BRASIL, 2019). A UFCG oferece 25 mestrados acadêmicos, 11 doutorados e 2 mestrados profissionais.

Desde 1971, a UFCG oferece mestrado e doutorado vinculados aos seus centros da área de tecnologia. Em contraste, nenhuma política de fortalecimento da área da saúde, no nível da pós-graduação, é visualizada para as escolas de medicina das duas universidades federais.

Transcorridos quase 40 anos, desde a federalização do curso de medicina, a UFCG ainda não integrou sua unidade da saúde aos patamares de seus outros cursos. Recordando o processo da federalização, verifica-se o continuado isolamento da escola médica em que pese a formal vinculação a uma das mais respeitáveis universidades públicas do país, com mestrados e

doutorados alcançando o máximo escore da CAPES nos cursos de engenharia elétrica e ciências da computação (BRASIL, 2019).

O Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPB, ao qual este autor está vinculado, é um programa interinstitucional, produto da estratégia do PMM nacional (ABRASCO, 2019).

Considerando o encontrado neste trabalho, podemos constatar que existe uma grande lacuna na formação médica, ao nível de pós-graduação *stricto sensu*, na Paraíba. Temos assim, necessidade de uma mobilização do meio acadêmico para provocar o nível estratégico das universidades federais da Paraíba com escolas médicas vinculadas, UFCG e UFPB, para elaborar e implantar um plano de desenvolvimento e inovação, com o propósito de equiparar os cursos de medicina destas Universidades, aos demais cursos, quanto aos instrumentos institucionais de aprofundamento do conhecimento e de suas estruturas organizacionais para a integração dos diferentes níveis de assistência com o ensino e a pesquisa, através da institucionalização da pesquisa acadêmica na universidade. Uma célebre afirmação do médico e pesquisador Carlos Chagas Filho resume a relevância dessa estratégia: “*Na Universidade se ensina porque se pesquisa*” (IBCCF, 2019).

3.3.5 Capacidade instalada de formação médica na graduação e seu contraste com a pós-graduação lato e stricto sensu– desafios da Paraíba

Analisando os dados da demografia médica publicados em 2018, observa-se que a Paraíba contribui com 975 vagas, sendo 27,2% públicas (n=265) e 72,8 privadas (n=710) e, depois do Tocantins, na região Norte, a Paraíba aparece como o estado com o maior número de vagas por 100.000 habitantes, sendo da ordem de 24,2 vagas, enquanto o Brasil apresenta 14,1 vagas (SCHEFFER et al., 2018). Esses indicadores caracterizam a Paraíba como sendo um estado com uma elevada capacidade instalada para formar médicos no país. Assim, parece haver um potencial excedente para as necessidades de formação de médicos direcionados para atuar e se fixar no próprio estado. Essa condição pode ser considerada uma oportunidade para impulsionar a Paraíba para uma política de estado de tornar-se um grande polo de ciência e tecnologia, agregando a área da saúde à consolidada tradição da UFCG e UFPB, no nível de pós-graduação *stricto sensu*.

Em relação à pós-graduação *lato sensu*, as Residências Médicas, a Paraíba mostra um total de 444 médicos residentes no ano de 2017, sendo esses distribuídos em R1 (n=221), R2 (163), R3 (53), R4 (2). Na razão por 100.000 habitantes, o estado apresenta 11 residentes/100.000hab, em comparação com o Brasil, e outras cidades tais como São Paulo, Rio

Sim	210	83,7	139	78,1	71	97,3
Não	41	16,3	39	21,9	2	2,7
Tempo APS antes do PMM(anos)						< 0,0001
Nenhum	81	32,3	79	44,4	2	2,7
1 a 4	54	21,5	52	29,2	2	2,7
4 a 7	28	11,2	17	9,6	11	15,1
7 a 10	13	5,2	5	2,8	8	11,0
10 ou mais	75	29,9	25	14,0	50	68,5

Nota: *n*: número de médicos PMM-PB; %: percentual em relação ao *n*

A Tabela 7 mostra as características dos médicos do PMM-PB, distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao tempo de formado em Medicina, PMM (primeiro emprego e tempo), experiência no ensino em serviço (preceptoria em Residências Médicas - Família e Comunidade, Preventiva e Social, e outras).

Tabela 7 – Características dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba distribuídos por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira), associada ao tempo de formado em medicina, PMM (primeiro emprego e tempo), experiência no ensino em serviço (preceptoria em Residências Médicas - Família e Comunidade, Preventiva e Social, e outras). Período: novembro 2015 a março 2016.

Tempo de formado e PMM, e Experiência de Ensino em serviços – preceptoria em Residências Médicas	Nacionalidade						p-valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira		
	n	%	n	%	N	%	
	251	100	178	71	73	29	
Tempo formado medicina (anos)							-
2 I---- 4	4	1,6	4	2,2	-	-	
4 I---- 6	98	39,0	98	55,1	-	-	
6 I---- 8	30	12,0	28	15,7	2	2,7	
8 I---- 10	16	6,4	10	5,6	6	8,2	
10 ou mais	103	41,0	38	21,3	65	89,0	
Tempo no PMM (em anos)							-
2	6	2,4	6	3,4	-	-	
3	128	51,0	119	66,9	9	12,3	
4	49	19,5	27	15,2	22	30,1	
5	66	26,3	24	13,5	42	57,5	
NI	2	0,8	2	1,1	-	-	
PMM: 1º emprego médico							0,0004
Sim	30	12	29	16,3	1	1,4	
Não	221	88	149	83,7	72	98,6	
Preceptoria em Família e Comun /Prevent e Social							< 0,0001

Sim	46	18,3	3	1,7	43	58,9
Não	205	81,7	175	98,3	30	41,1
Preceptoria em outras Residências Médicas						< 0,0001
Sim	17	6,8	3	1,7	14	19,2
Não	234	92,2	175	98,3	59	80,8
Recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no PMM						0,0088
Sim	50	19,9	43	24,2	7	9,6
Não	201	80,1	135	75,8	66	90,4

n= número de médicos; % = percentual em relação ao *n*; NI= não informado

Com relação ao tempo de formado, para todo o conjunto predomina 10 ou mais anos em 41% desses médicos, seguidos por aqueles entre 4 e 6 anos (39%) e um menor percentual entre 6 a 8 anos (12,0%). Todos os estrangeiros apresentavam tempo de formado de 6 ou mais anos. Observam-se diferenças quando o tempo de formado é analisado por nacionalidade. Entre os brasileiros, percentualmente, predominavam dois períodos de tempo, um maior, entre 4 e 6 anos de formado (51,1%) e outro com 10 ou mais anos de formado (21,3%). Entre os estrangeiros, nenhum dos médicos tinham menos de 6 anos de formado e, a proporção daqueles com 10 ou mais anos de formado mostrou-se extremamente elevada (89%).

O ensino em serviço de preceptoria, em Residência em Medicina de Família e Comunidade/Preventiva e Social, foi referido pela maioria dos médicos estrangeiros (58,9%) que afirmaram ter essa experiência, em contraste, essa era praticamente inexistente entre os brasileiros, sendo informada ser inferior a 2,0%.

O tempo no PMM encontrava-se, predominantemente, no intervalo entre 3 e 5 anos, (51% e 26,3%), respectivamente, estando a maioria dos brasileiros com 3 anos (66,9%) e, dos estrangeiros, 5 anos (57,5%). Assim, o PMM não se caracterizou como uma opção de primeiro emprego. Iniciaram suas atividades profissionais, como médicos no PMM, 12% da população estudada. Por nacionalidade, esse percentual foi de 16,3% entre os brasileiros, e apenas 1,4% entre os estrangeiros. Em relação ao tempo de atuação como médico no PMM, a grande maioria dos brasileiros (85,5%) apresentavam tempo inferior a 4 anos. Diferentemente desses, 87,6% dos estrangeiros atuavam como médico do PMM há 4 ou mais anos.

Rech *et al* (2018) avaliaram a qualidade da atenção primária à saúde em associação com o PMM no Brasil, na perspectiva dos médicos brasileiros do PMM, estrangeiros do PMM e brasileiros não vinculados ao PMM e observaram ter havido um pequeno aumento no Escore Geral da APS, com discreta melhora. Contudo, esses autores não encontraram influência da nacionalidade na magnitude desse efeito (19).

3.3.7 Em relação à avaliação da Supervisão Acadêmica

A Tabela 8 mostra características da atuação do supervisor acadêmico do PMM-PB por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira).

Tabela 8 – Características da atuação do supervisor acadêmico na Unidade Básica de Saúde (UBS) dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, na visão desses médicos, por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira). Período: novembro 2015 a março 2016.

Características da atuação do supervisor acadêmico	Nacionalidade						p-valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira		
	n	%	n	%	n	%	
	251	100	178	71	73	29	
Nº visitas do seu supervisor na UBS (últimos 3 meses)							0,2316
Nenhuma visita	4	1,6	2	1,1	2	2,7	
1-2	71	28,3	56	31,4	15	20,6	
3-4	152	60,6	102	57,3	50	68,5	
5-6	24	9,6	18	10,1	6	8,2	
Supervisor participou de alguma reunião de equipe na sua UBS							0,1260
Sim	124	49,4	82	46,1	42	57,5	
Não	127	50,6	96	53,9	31	42,5	
Supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na Atenção Básica							0,8332
Sim	220	87,6	155	87,1	65	89,0	
Não	31	12,4	23	12,9	8	11,0	
Avaliação do supervisor de forma geral							-
0 I---2 Péssimo	4	1,6	1	0,6	3	4,1	
2 I--- 4 Muito fraco	2	0,7	2	1,1	-	-	
4 I--- 6 Fraco	4	1,6	2	1,2	2	2,8	
6 I--- 8 Regular/Bom	15	6,0	14	7,8	1	1,4	
8 I--- 9 Muito bom	32	12,8	28	15,7	4	5,5	
9 I---10 Ótimo	194	77,3	131	73,6	63	86,3	

Nota: n= número de médicos % = percentual em relação ao n NI= não informado

Com relação à atuação do supervisor na UBS, 60,6% dos médicos referiram que o número de visitas ficou entre 3-4 nos últimos três meses, seguida por 1-2 visitas em 28,3% e 5-6 em 9,6%. Quando o número de visitas foi relacionado à nacionalidade, tanto os brasileiros, 57,3%, quanto os estrangeiros, 68,5%, sinalizaram 3-4 visitas; 1-2 visitas foram referidas em segundo lugar, sendo em 31,4% dos brasileiros e em 20,6% dos estrangeiros. Relataram ainda 5-6 visitas em 10,1% e 20,6% e nenhuma visita 1,1% e 2,7% os médicos brasileiros e estrangeiros, respectivamente (Tabela 8).

Quanto à participação do supervisor em alguma reunião de equipe na UBS foi informada afirmativamente em 49,4% (n=124) e negativamente em 50,6% (n=127) dos médicos. Quando

este parâmetro foi relacionado à nacionalidade, responderam que SIM 46,1% e 57,5% dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente, e responderam que NÃO 53,9% e 42,5% dos brasileiros e estrangeiros, respectivamente (Tabela 8).

Com relação à atividade dos supervisores em realizar reuniões regulares com a gestão do município, para discutir os problemas na ABS, 87,6% dos médicos PMM informaram que SIM. Igualmente elevadas percentagens foram obtidas entre médicos brasileiros (87,1%) e estrangeiros (89%).

Este estudo mostra uma elevada satisfação dos médicos supervisionados, com o trabalho de supervisão acadêmica do PMM-PB, tanto pelos médicos brasileiros quanto pelos estrangeiros. De forma geral, há predominância dos conceitos “muito bom” e “ótimo” entre os médicos brasileiros e estrangeiros. Quase todos os estrangeiros avaliaram a supervisão com o conceito máximo.

Uma atividade de supervisão acadêmica percebida como igualmente elevada entre brasileiros e estrangeiros é a reunião com a gestão do município (87,6%).

3.3.8 Em relação aos recursos metodológicos utilizados na supervisão acadêmica

A Tabela 9 mostra como os médicos do PMM-PB avaliaram a qualidade da Supervisão Acadêmica, em relação aos recursos metodológicos e de acordo com a nacionalidade dos mesmos (brasileira *versus* estrangeira).

Analisando-se a Tabela 9, observa-se que o uso intensivo de telefone celular tanto por grupos de *WhatsApp*, como de contatos particulares, destaca-se como o instrumento de escolha para a informação e comunicação entre médicos e seus supervisores. De forma similar, os brasileiros e estrangeiros referem que os supervisores disponibilizaram, sem restrições, o uso de *WhatsApp*, *e-mails* e telefone celular como táticas de apoio à supervisão acadêmica (Tabela 9).

Tabela 9 – Recursos metodológicos utilizados para informação e comunicação entre médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba e seus supervisores acadêmicos, por nacionalidade brasileira *versus* estrangeira. Período: de novembro 2015 a março 2016.

Recursos metodológicos de informação e comunicação entre médicos supervisores	Nacionalidade						p - valor
	Todas		Brasileira		Estrangeira		
	N	%	n	%	N	%	
	251	100	178	71	73	29	

Grupo de <i>WhatsApp</i>						0,1574
Sim	215	85,5	157	88,2	58	79,5
Não	35	14,0	21	11,8	14	19,2
NI	1	0,3	-	-	1	1,3
Lista de <i>E-mails</i>						0,7340
Sim	239	95,2	169	94,9	70	96,0
Não	11	4,4	9	5,1	2	2,7
NI	1	0,4	-	-	1	1,3
Redes Sociais						0,4853
Sim	128	51,0	94	52,8	34	46,6
Não	122	48,6	84	47,2	38	52,1
NI	1	0,4	-	-	1	1,3
Telefone celular						0,4142
Sim	243	96,8	174	97,8	69	94,5
Não	7	2,8	4	2,2	3	4,1
NI	1	0,4	-	-	1	1,4
Telessaúde (0800)						0,4642
Sim	88	35	65	38,2	23	32,9
Não	152	64,9	105	61,8	47	67,1
NI	11	0,1				

Nota: *n*= número de médicos %= percentual em relação ao *n* NI = não informado

A tecnologia da informação e comunicação de apoio à APS, oferecida pela Telessaúde, entretanto, foi pouco utilizada pelo PMM-PB, sendo similares as avaliações de tal estratégia entre brasileiros e estrangeiros uma vez que 61,8% e 67,1%, respectivamente, desses, informaram que a mesma não foi utilizada como recurso metodológico nas visitas de supervisão (vide Tabela 9).

3.3.9 Em relação aos recursos metodológicos utilizados e desejáveis

A Tabela 10 mostra análise comparativa entre as metodologias de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba já utilizadas e de interesse de uso futuro (desejadas) por nacionalidade (brasileira *versus* estrangeira) dos médicos desse programa.

Em relação às estratégias metodológicas de supervisão, a maioria dos médicos brasileiros pesquisados referiu que a *discussão de casos* foi a estratégia pedagógica mais utilizada pelos supervisores, seguida pelo *feedback* do supervisor dos seus atendimentos ao final das consultas. Entre os estrangeiros, as metodologias mais mencionadas foram a discussão de temas com leitura prévia e a discussão de casos.

Desde que o apoio à APS oferecida pela Telessaúde foi pouco utilizado pelos PMM-PB, conforme avaliações similares de tal estratégia por brasileiros e estrangeiros (Tabela 9), se destaca na Tabela 10 como a mais solicitada estando entre as 4 mais citadas, em ambos os grupos. Esse achado é corroborado pelo estudo brasileiro sobre uso da Telessaúde no SUS que mostra a utilização da teleconsulta pelo estado da Paraíba de, apenas, 2,2 % do total das realizadas no país (ALMEIDA, 2014).

Tabela 10 – Comparação entre as metodológicas de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, utilizadas *versus* de interesse de uso futuro (desejadas), por nacionalidade brasileira *versus* estrangeira, segundo os médicos desse Programa. Período: novembro 2015 a março 2016.

	Brasileira				Diferença		Estrangeira				Diferença	
	Utilizado		Interesse uso		Δ%	p-valor	Utilizado		Interesse uso		Δ%	p-valor
	n	%	N	%			n	%	n	%		
	170	100	173	100			70	100	73	100		
Atendimento pelo supervisor sob observação do supervisionado					0,0233						1,0000	
Sim	72	42.4	95	54.9	12.6		39	53.4	41	56.2	2.7	
Não	98	57.6	78	45.1			31	42.5	32	43.8		
Atendimento Conjunto					0,9133						0,4741	
Sim	97	57.1	100	57.8	0.7		45	64.3	52	71.2	6.9	
Não	73	42.9	73	42.2			25	35.7	21	28.8		
Acompanhamento consultas médico supervisionado com feedback					0,8202						0,7321	
Sim	113	66.5	112	64.7	-1.7		44	62.9	43	58.9	-4.0	
Não	57	33.5	61	35.3			26	37.1	30	41.1		
Discussão casos					0,0292						0,0074	
Sim	139	81.8	156	90.2	8.4		57	81.4	70	95.9	14.5	
Não	31	18.2	17	9.8			13	18.6	3	4.1		
Estudo imediato (livros ou outros recursos) com supervisionado					< 0,0001						1,0000	
Sim	74	43.5	113	65.3	21.8		47	67.1	50	68.5	1.4	
Não	96	56.5	60	34.7			23	32.9	23	31.5		
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente					< 0,0001						0,0575	
Sim	100	58.8	143	82.7	23.8		59	84.3	69	94.5	10.2	
Não	70	41.2	30	17.3			11	15.7	4	5.5		
Discussão de temas sem leitura prévia					0,5658						0,8588	
Sim	111	65.3	119	68.8	3.5		46	65.7	50	68.5	2.8	
Não	59	34.7	54	31.2			24	34.3	23	31.5		
Telessaúde (0800)					< 0,0001						< 0,0001	
Sim	65	38.2	116	67.1	28.8		23	32.9	52	71.2	38.4	
Não	105	61.8	57	32.9			47	67.1	21	28.8		

A revisão da literatura revela críticas controversas à atuação da supervisão acadêmica no PMM. Enquanto Campos E Pereira-Júnior (2016), afirma que “o sistema de supervisão e de tutoria se dirigiu apenas aos médicos PMM e não a toda equipe em que estes médicos estão inseridos”, outra autora Bertão (2015), revela - em artigo sobre intervenções junto à saúde do idoso no PMM - que a supervisão, para além do médico, apoiou, também, a equipe multidisciplinar da UBS e a própria gestão municipal.

Outro aspecto relevante na opinião dos médicos supervisionados, relacionado à educação continuada, refere-se ao *atendimento conjunto* com o supervisor.

Há que se ponderar que, provavelmente, vivenciamos distintas atuações da supervisão acadêmica em diferentes territórios do país o que corrobora a percepção de Engstrom *et al* (2016), que apontou refletindo, a partir das necessidades educacionais para lidar com a gama de práticas da ABS, focada sobre uma experiência de supervisão acadêmica do PMM, no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, entre 2014 e 2015, que nas publicações específicas e materiais técnicos produzidos acerca do PMM percebeu-se maior ênfase às atribuições operacionais na atuação do supervisor acadêmico e identificou-se lacunas sobre as estratégias de trabalho e sugestões metodológicas, sobretudo no contexto da educação em saúde.

3.3.10 Análise e discussão sobre a questão aberta

Na exploração da questão aberta, as respostas foram lidas e pré-analisadas quanto aos conteúdos para identificação dos temas citados pelos entrevistados (médicos PMM-PB). Dois temas destacaram-se pelo conteúdo e frequência de citações, emergindo como positivas as atitudes dos supervisores no apoio acadêmico e como negativa, a insatisfação da ação de intermediação do supervisor frente aos problemas da gestão municipal.

3.3.11 Conteúdo positivo

Uma expressiva maioria dos informantes ressaltou muito mais os aspectos positivos que devem ser mantidos no trabalho da supervisão acadêmica, realçando o compromisso ético-pedagógico dos supervisores, o compartilhamento da experiência acumulada dos mesmos, a acessibilidade e bom acolhimento para dirimir dúvidas nos processos de diagnóstico e tratamento clínico, quer presencialmente, ou facultando livre acesso para comunicação à distância (por telefone, *e-mails* ou *WhatsApp*). Além disso, destacou-se o engajamento do supervisor nos processos de trabalho da equipe multidisciplinar. Elogios na intermediação de conflitos, junto aos gestores da saúde municipal, também foram destacados, pondo em relevo a

atitude da supervisão acadêmica que habitualmente procurou advogar pelo respeito ao trabalho dos profissionais médicos, na busca de benefícios para as unidades básicas de saúde (UBS) e para a comunidade assistida, destacando uma boa resolutividade dos problemas que lhes eram apresentados.

3.3.12 Conteúdo Negativo ou pedidos de melhorias na Supervisão

Em relação aos pontos negativos, que precisariam ser modificados, há relatos que consideram o tempo da visita presencial reduzido. Alguns médicos PMM-PB sugeriram que a visita de supervisão poderia ser realizada preferencialmente no turno da tarde (quando a demanda de usuários é mais reduzida nas UBS); outros sugeriram viabilizar a interrupção dos atendimentos, nos momentos da visita presencial do supervisor, o que possibilitaria um maior aprofundamento dos temas da agenda de supervisão acadêmica e ampliaria a integração da equipe multidisciplinar, como um todo, às orientações dos supervisores. Houve referências, isoladas/minoritárias, criticando algumas visitas rápidas/apressadas e, em outros casos, reclamando maior ênfase às discussões sobre casos clínicos no cotidiano de atendimento dos médicos. A maior cobrança foi sobre o enfrentamento dos supervisores em relação a determinados aspectos administrativos e omissões da gestão da saúde municipal, tema negativo mais citado no conteúdo das narrativas.

A segunda maior reivindicação foi a discussão de artigos previamente selecionados, para os brasileiros. Para os estrangeiros, o segundo instrumento pedagógico mais requerido foi a discussão de casos. Mesmo sendo referido como já bastante utilizado, houve uma demanda expressiva que ratificou a importância de que o uso deste instrumento pedagógico poderia ser intensificado.

Os temas emergentes sobre a supervisão acadêmica do PMM-PB foram organizados e categorizados para análise. Exemplos de respostas nos dois temas estão mostrados no Quadro 1. Conforme mostra este Quadro, na perspectiva dos supervisionados, a supervisão acadêmica atendeu suas expectativas nas atividades de suporte às decisões clínicas na APS, mas foi limitada para os problemas relacionados à gestão exercida pelo município sendo, neste aspecto, as citações favoráveis pontuais.

Os achados sobre problemas na resolubilidade da supervisão acadêmica apontados nas respostas da pergunta aberta, à luz dos achados das perguntas fechadas de uma percepção de inequívocas atividades de reuniões do supervisor com a gestão do município, sugeriram haver dificuldades estruturais. Esses nossos achados de reconhecida insatisfação com a atividade de supervisão acadêmica no enfrentamento de problemas do médico PMM-PB relacionados à

gestão nas unidades da APS, estão em consonância com o ensaio publicado por Campos e Pereira-Júnior (2016). Esses autores analisaram as políticas da APS no Brasil, destacando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PMM e consideraram, entre os principais obstáculos, questões estruturais de financiamento insuficiente e de gestão ineficiente (CAMPOS; PEREIRA, 2016).

Finalmente, em relação à questão aberta sobre pontos negativos e positivos, as respostas obtidas referendaram os achados obtidos nas questões fechadas sobre a satisfação desses profissionais com a oferta da supervisão acadêmica no PMM-PB, no inquérito realizado entre novembro 2015 a março 2016.

3.3.13 Limitações do estudo

Dentre as limitações deste estudo estão captar a real compreensão dos médicos sobre o potencial dessas metodologias, quando comparado com as possibilidades na pesquisa utilizando grupos focais.

Quadro 1 – Temas emergentes na questão aberta sobre aspectos positivos e negativos da supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos (PMM), no estado da Paraíba, na percepção dos médicos do PMM-PB. Período 11/2015 a 03/2016.

Temas	Exemplos dentre as citadas
Atitude da Supervisão acadêmica de apoio geral e às atividades clínicas e de promoção à saúde	<p><i>Facilidade do diálogo e do acesso ao supervisor seja por redes sociais, e-mails ou telefone. Receptivo e prestativo quanto a tirar dúvidas ou a esclarecer alguns casos clínicos que fazem parte do dia-a-dia; No momento, não saberia dizer pontos negativos.</i></p> <p><i>Positivos: disponibilidade e interesse em resolver os problemas, discussão de casos clínicos, reuniões regulares e uso de diversos meios para abordar os temas nas discussões.</i></p> <p><i>Aspectos positivos: o supervisor está sempre disponível para nos ajudar a solucionar os problemas encontrados e é totalmente acessível. Não há pontos negativos.</i></p> <p><i>Mantidos: acessibilidade, orientação, discussão de processo de trabalho.</i></p>
	<p><i>Positivo- Incentivo do trabalho em equipe, capacitação de todos os membros da equipe, estímulo ao trabalho científico, otimização das ações para agilizar alguns problemas encontrados na gestão municipal, sugestão de ideias para melhorar o trabalho individual e coletivo, escuta da população local para melhor avaliar o trabalho da equipe de saúde, incentivo ao estudo, auxílio nos diversos problemas encontrados.</i></p> <p><i>Não vejo ponto negativo na minha supervisão. Noto, desde o Provac (pois fiz Provac antes do Mais Médicos) que a existência de um supervisor muito tem contribuído com o avanço da atenção básica, pois estreitou os laços entre</i></p>

	<i>profissionais de saúde e gestores facilitando o diálogo e consequentemente melhorando a qualidade na assistência.</i>
Atitude da supervisão acadêmica de apoio às ações de intersetorialidade - gestão municipal da saúde	<i>Negativos: contato ou cobrança da gestão Negativos: intermediar divergências entre o gestor e o profissional mais médicos;</i>
	<i>Negativos: apesar dos problemas serem pontuados, nada mudou no que diz respeito à falta de insumos e melhoria dos pontos negativos expostos ao supervisor</i>

Contudo, a elevada taxa de respostas positivas para o interesse, no futuro, do uso do sistema de informação e comunicação da Telessaúde sugere haver suficiente informação sobre o potencial dessa ferramenta para o apoio do trabalho do médico do PMM na Paraíba.

Apesar de assegurada a confidencialidade na identificação dos entrevistados e a independência da supervisão do empregador dos médicos do PMM-PB, existe uma possibilidade desses registros declaratórios estarem superestimados ou subestimados para os aspectos positivos e negativos da avaliação. É importante atentar para a advertência que nos faz Minayo (2008), inspirando-se em Bardin (2008), sobre a análise de conteúdo dos dados qualitativos: “*tanto há silêncios que dizem, como há falas que silenciam*” (GUERRA, 2014).

Guerra (2014) analisando as limitações da pesquisa qualitativa cita Minayo (2008) para destacar que devem ser rompidos três obstáculos na análise dos dados qualitativos, a saber: (a) *ilusão de transparência* (que também se denomina de “ingenuidade sociológica”) de que os dados coletados sinalizam cristalinamente o real, pois, há sujeitos sociais que temem a falta de sigilo sobre o seu depoimento, ou a revelação de suas identidades e consequente exposição de suas subjetividades; (b) *a magia dos métodos e técnicas*, às quais não deve render-se o pesquisador, pois estas podem apenas contribuir como mediadoras, para desvelar o real; e, (c) *junção e síntese de teorias*, lembrando-nos que os dados coletados não devem ser apenas descritos (GUERRA, 2014), pois a sua descrição é a natureza bruta, e associa-se a Flick (2009), que salienta a noção de contexto (contexto discursivo e contexto interativo local) como tendo indiscutível importância na pesquisa qualitativa.

É Thompson (1995, pág 375, *apud* MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011), quem advoga que por mais rigor e sistemática que os métodos formais da análise do conteúdo dos discursos possam ter, eles não devem suprimir uma interpretação do que está dito ou é representado, pois toda construção criativa não pode olvidar ou desvincular-se do contexto e da história, e explicitam Denzin e Lincoln (2008) que a falta ou fraca análise contextual são as maiores limitações da análise de conteúdo.

Além disso, os nossos achados sobre a supervisão acadêmica no PMM-PB podem não ser generalizados para outros estados do País ou para outros contextos onde o estado presente

grandes extensões territoriais ou limitações de estrutura viária para deslocamentos dos supervisores

4 CONCLUSÕES

Neste artigo descreve-se o estudo sobre a supervisão acadêmica do PMM-PB, na perspectiva dos médicos desse Programa. Os resultados nos permitiram obter as seguintes conclusões: de acordo com a nacionalidade – médicos brasileiros tinham faixa etária mais jovem, eram menos experientes em APS e, praticamente, sem formação na pós-graduação *stricto sensu* (mestrado), quando comparados aos médicos estrangeiros.

Em relação à percepção sobre a supervisão acadêmica, ambos, brasileiros e estrangeiros pontuam essa atividade nos escores máximos. Nas estratégias metodológicas da supervisão são reforçados a elevada relevância das discussões de casos e leitura prévia com discussão posterior.

Dentre as metodologias e técnicas pedagógicas pouco utilizadas pelos supervisores e extremamente recomendadas pelos médicos supervisionados destacou-se o uso do sistema de informação e comunicação da Telessaúde, tanto pelos brasileiros, como pelos estrangeiros. Da questão aberta emergiu como recorrente insatisfação da supervisão acadêmica as ações de mediação de problemas identificados pelos médicos relacionados à gestão da unidade de APS, pela falta de infraestrutura ou financiamento, de competência do gestor municipal.

Com este trabalho esperamos não só contribuir para a melhoria da supervisão acadêmica do PMM-PB, como também, provocar uma reflexão sobre as lacunas encontradas na formação de pós-graduação, entre essas, a ausência de estrutura formadora de mestres e doutores em medicina, como consequência direta da ausência de pesquisa. Os achados deste estudo mostram uma enorme carência de Programas de Pós-graduação *lato e stricto sensu* voltados para a área médica, inclusive para a APS, na Paraíba. Esforços adicionais devem ser dispensados pela UFPB e UFCG para que seus cursos médicos recebam o suporte estratégico necessário, e ultrapassem seu atual e único objetivo, que é a formação acadêmica de médicos, e alcancem destaque na produção de conhecimento, similarmente ao que essas instituições possuem em outras áreas.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **ProfSaúde**: Mestrado Profissional em Saúde da Família. 2018. Disponível em: <http://profsaude-abrasco.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- ALMEIDA, E.R. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de supervisão acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v. 21, p. 1291-1300, 2017.
- ALMEIDA, B.L.J. Telessaúde Brasil Redes Conectando o SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 15, p. 64-67, 2014.
- AMARAL, J.A. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- ARAÚJO, L. Vídeo memória: entrevista com o Dr. severino Bezerra de Carvalho. **YouTube**. 02 mar. 2012. 21min59s. Disponível em: http://cgretalhos.blogspot.com/2012/03/video-memoria-entrevista-como-dr.html#.XL88_uhKjIU. Acesso em: 23 ago. 2017.
- Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BERTAO, I.R. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.9, p. 217-224, 2015.
- BOTTI SHO, S.R. Preceptor, Supervisor, Tuto e Mentor: quais são os seus papéis? **Revista brasileira de Educação Médica**. v. 32, p. 363-373, 2008.
- BRASIL. **Plataforma-Sucupira**: cursos avaliados e reconhecidos. 2019. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JUNIOR, N. Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the United Health System: achievements and limits. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, p. 2655-2663, 2016.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 12 jun. 2016.
- _____. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso em: 11 jun. 2016.
- _____. Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto "Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde", que entre si celebram a união, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.

Diário da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 ago. 2013c. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/3-TA.PDF>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Portaria Normativa nº 14, de 9 de julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das Instituições Federais de Educação Superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Ministério da Saúde. **DOU** - Seção 1, nº 131, p. 18, 2013d. Disponível em: http://www.lex.com.br/LEGIS_24599144_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.ASPX. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAMPOS, F.E. *et al.* **Experiências exitosas da rede UMA-SUS:** trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA: 2017, 283 páginas.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. The landscape of qualitative research. **Sage**. v. 14, n. 1, p. 239-242, 2008

DUARTE, V.J.Q. A saga da fundação da Escola Politécnica de Campina Grande - PB. **YouTube**. 24 maio 2016. 50min.56s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KHY6EsZgxF8>. Acesso em: 23 ago. 2017

ENGSTROM, E.M. *et al.* O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no programa Mais médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 241-252, 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009, 49 páginas.

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

GUERRA, E.L.A. **Manual Pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte, Grupo Anima Educação: 2014.

IBCCF. **O Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho**. 2019. Disponível em: <https://www.biof.ufrj.br/>. Acesso em: 21 jan. 2019.

Minayo, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS health Sciences**. v. 40, p. 300-305, 2015.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**. v. 15, p. 731-747, 2011

NASSIF, A.C.N. **Escolas Médicas por Estado da Federação**. 2019.

RECH, M.R.A. *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e Associação com o Programa Mais Médicos. **Revista Panamericana Salud Publica**.v. 42, e, 164, 2018.

SASSI, A.P. **As instituições de ensino no Programa Mais Médicos:** tutoria e supervisão.

2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

_____. **As Instituições de ensino no Programa Mais Médicos:** tutoria e supervisão. *In:* _____. Apêndice A - Questionário: Mais Médicos - Formulário de avaliação. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018.** Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Cremesp: 2018, 286 páginas.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.C. **Demografia médica no Brasil 2015.** Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: 2015, 284 páginas.

SILVEIRA, R.P.S. **(Re)lendo "História de Campina Grande" de Elpídio de Almeida:** uma construção histórica da "Grande" Campina. 2014. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

CAPÍTULO III

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO SOBRE A
SUPERVISÃO ACADÊMICA PELOS MÉDICOS QUE ATUAM NAS ÁREAS
URBANA, RURAL E URBANA/RURAL (MISTA)**

CARDOSO JÚNIOR, Ranulfo^{3,4}

SOUSA, Eduardo Sérgio Soares⁴

RESUMO

Este artigo trata da avaliação da supervisão acadêmica, na ótica dos médicos envolvidos no Programa Mais Médicos na Paraíba (PMM/PB), conforme a área de atuação deles (zona urbana, rural ou mista), verificando em que medida a área de atuação influenciou o conceito à referida supervisão que, em estudo anterior, avaliada a partir da nacionalidade de origem - brasileira ou estrangeira - dos profissionais, recebera 80% de conceito “excelente”. Utilizou-se metodologia qualitativa documental, a partir do Banco de Dados do inquérito conduzido sobre o PMM/PB contendo informações obtidas por questionário semiestruturado sobre a visão dos médicos desse programa, no período 2015 e 2016, sendo selecionadas 35 questões fechadas, dentre as 121 documentadas. As respostas foram analisadas pelo *Chi* quadrado e o Teste Exato de Fisher, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). De 294 médicos do referido Programa, 251 aceitaram participar da pesquisa. Com relação à qualidade da supervisão acadêmica, independentemente da área de atuação do profissional do PMM-PB, a supervisão acadêmica recebeu conceitos “muito bom e ótimo”, atribuídos pela maioria dos médicos das três áreas, os quais afirmaram que a comunicação entre supervisores e supervisionados ocorreu em visitas presenciais regulares, por meio dos grupos de *WhatsApp* e de *e-mails*, celulares privados e, ainda, em reuniões da supervisão com as equipes multidisciplinares e com a gestão do município para discutir os problemas na APS.

Palavras-Chave: Supervisão acadêmica, Programa Mais Médicos na Paraíba, Atenção Primária à Saúde na Paraíba, APS nas áreas Urbana e Rural.

ABSTRACT

This article deals with the evaluation of academic supervision, according to the physicians involved in the Mais Médicos Program in Paraíba (PMM / PB), according to their area of activity (urban, rural or mixed), verifying to what extent the area of influence influenced the concept to the aforementioned supervision, which in an earlier study, evaluated from the Brazilian or foreign nationality of origin of the professionals, received 80% of the "excellent" concept. A qualitative documentary methodology was used, based on the database of the PMM / PB survey containing information obtained by semi-structured questionnaire on the physicians' vision of this program, in the period 2015 and 2016, with 35 closed questions being selected, among the 121 documented. Responses were analyzed by Chi square and Fisher's

³ Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

⁴ Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

exact test, being considered level of significance of 5% ($p < 0.05$). Of 294 physicians of the mentioned Program, 251 accepted to participate of the research. Regarding the quality of academic supervision, regardless of the area of activity of the PMM-PB professional, academic supervision received "very good and great" concepts, attributed by the majority of physicians in the three areas, who stated that communication between supervisors and supervised meetings took place on regular in-person visits through WhatsApp and e-mail groups, private cell phones, and in supervisory meetings with multidisciplinary teams and city management to discuss PHC issues.

Keywords: Academic supervision, More Doctors Program in Paraíba, APS in the Urban and Rural areas.

RESUMEN

Este artículo trata de la evaluación de la supervisión académica, en la óptica de los médicos involucrados en el Programa Más Médicos en Paraíba (PMM / PB), según el área de actuación de ellos (zona urbana, rural o mixta), verificando en qué medida el área de actuación influyó el concepto a dicha supervisión que, en un estudio anterior, evaluado a partir de la nacionalidad de origen -la brasileña o extranjera- de los profesionales, recibía el 80% de concepto "excelente". Se utilizó metodología cualitativa documental, a partir del Banco de Datos de la encuesta conducido sobre el PMM / PB conteniendo informaciones obtenidas por cuestionario semiestructurado sobre la visión de los médicos de ese programa, en el período 2015 y 2016, siendo seleccionadas 35 cuestiones cerradas, entre las 121 documentada. Las respuestas fueron analizadas por el Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher, siendo considerado nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). De 294 médicos de dicho Programa, 251 aceptaron participar en la investigación. En cuanto a la calidad de la supervisión académica, independientemente del área de actuación del profesional del PMM-PB, la supervisión académica recibió conceptos "muy buenos y óptimos", atribuidos por la mayoría de los médicos de las tres áreas, que afirmaron que la comunicación entre supervisores y se realizaron visitas regulares a través de los grupos de WhatsApp y de correos electrónicos, teléfonos privados y en reuniones de supervisión con los equipos multidisciplinares y con la gestión del municipio para discutir los problemas en la APS.

Palabras clave: Supervisión académica, Programa Más Médicos en Paraíba, APS en las áreas Urbana y Rural

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil surgiu para garantir a presença de médicos nas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em áreas localizadas em regiões de difícil acesso ou de extrema vulnerabilidade social ou econômica, desfavoráveis para a fixação desses profissionais, entre essas, as zonas rurais e as áreas pobres das regiões metropolitanas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013 b).

A dificuldade de acessibilidade da população à APS no Brasil é, em parte, justificada pela densidade de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Existe desigualdade na distribuição dos médicos no país, nas regiões, nos estados e dentro dos próprios estados, comparados com sua capital. Estudos sobre a demografia dos médicos no Brasil (2015 e 2018) mostraram haver distribuição bastante heterogênea desses profissionais, variando de 0,98 médicos/1000 habitantes, na região Norte a 2,61 médicos/1000 habitantes, na região Sudeste (SCHEFFER; BIANCARELLI, 2015; SCHEFFER *et al*, 2018c). No Brasil, foi estimada uma relação de 1,95 médicos/1000 habitantes, que é considerada baixa, quando comparada com sistemas nacionais de outros países, com APS forte, tais como a Espanha: 3,8; Reino Unido: 2,85 e Canadá: 2,53 médicos/1000 habitantes. Além disso, segundo Scheffer (2015), existem três vezes mais médicos na rede suplementar privada em relação ao contingente de médicos do SUS (SCHEFFER; BIANCARELLI, 2015).

Essa desigualdade de distribuição de médicos é um obstáculo para o SUS prover equidade de acesso e utilização. Entendendo como sendo crítico o número de médicos formados no país, o Governo Brasileiro adotou uma política de aumento de escolas médicas no país (BRASIL, 2013c) e a contratação de médicos estrangeiros (BRASIL, 2013d). As desigualdades regionais desfavoráveis no Nordeste ocorrem tanto na oferta de recursos à saúde como socioeconômicos, caracterizados por menor oferta de profissionais médicos e pelos baixos indicadores socioeconômicos, tanto em áreas urbanas como nas rurais. No Nordeste, é baixa a expectativa de vida ao nascer, 62,4 e 68,5 anos para homens e mulheres, respectivamente e uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos por mil de 96,4 para uma média nacional de 60,7 (BRASIL, 2019). O governo federal considerou o Nordeste uma região prioritária para o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b). Desta forma, como política pública de distribuição territorial, o Programa favoreceu a equidade de acesso e utilização do cuidado médico, no caso, na APS. A equidade de acesso e utilização dos recursos da saúde é um dos objetivos das políticas públicas de saúde defendidas desde a Declaração de Alma-Ata (SCHAFERHOO, 2018).

Além da alocação dos médicos em áreas prioritárias, o PMM contemplou incentivos

financeiros e de educação permanente incluindo pontos para ponderação em processos de futuras seleções em Residências Médicas para estimular a adesão de médicos e instituições de ensino (BRASIL, 2013c). Destaque-se que o PMM considerou a educação permanente desses profissionais como um objetivo que mereceu explicitação, logo no seu artigo primeiro: *“fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos.* (BRASIL, 2013a). Em consonância com esse objetivo, as universidades brasileiras foram envolvidas na estratégia do PMM para utilizarem suas áreas de competências na supervisão acadêmica e tutoria (BRASIL, 2013b).

Na Paraíba, a avaliação da supervisão acadêmica, na perspectiva da nacionalidade dos médicos do PMM-PB (brasileiros *versus* estrangeiros) foi objeto de um estudo recente, cujos resultados mostraram que cerca de 80% dos médicos, independente da nacionalidade, expressaram na avaliação, conceito “excelente”, à atuação da supervisão acadêmica. Todavia, não foi explorado se a área de atuação (zona urbana, rural ou mista) do médico PMM-PB influenciou a supervisão acadêmica, na percepção desses profissionais (CARDOSO, 2019).

Nesse sentido, conhecer como estão distribuídos os Médicos do PMM na Paraíba (PB) por zona urbana, rural ou mista (ambas) torna-se relevante. Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos participantes do PMM-PB, e avaliar quais foram os recursos pedagógicos adotados pelos supervisores, destacando-se os positivos e os negativos, levando-se em consideração a zona/população (rural, urbana ou mista) em que atuavam, de modo a avaliar a Supervisão Acadêmica do PMM na Paraíba (PMM-PB), também sob esse aspecto.

Este estudo obteve o consentimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, em 22/10/2015, sob o número 48948015.8.0000.5188.

2 METODOLOGIA DO ESTUDO

Utilizamos metodologia qualitativa com coleta de dados secundários, documental, obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, elaboradas para fins de pesquisa na pós-graduação da UFPB, que integra o Banco de Dados da pesquisa intitulada “*Análise Político-Social da Implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba*”, em 2015-2016 (SASSI, 2018).

O questionário da pesquisa utilizado na coleta de dados primários, para o Banco de Dados original, foi publicado por Sassi (2018). Nesse inquérito, os médicos do PMM-PB responderam entrevistas individuais com questionário semi-estruturado contendo 121 questões, sendo utilizados os registros de 35 questões do Banco de Dados original (SASSI, 2018).

Desse banco de dados, foram selecionadas e utilizadas 35 questões sobre identificação e permissão do uso de dados e aquelas referentes às características da população, como demografia; formação médica na graduação e pós-graduação, experiência prévia na atenção básica, como médico; formação em outras especialidades; pós-graduação (residência médica, especialização, mestrado e doutorado) além de avaliação da supervisão acadêmica.

Em relação à supervisão acadêmica foram avaliadas 14 questões do Banco de Dados, referentes à: (1) o número de visitas habitualmente realizadas pelo supervisor, (2) quais recursos pedagógicos os médicos do PMM-PB observaram como sendo utilizados pelos supervisores, e (3) quais desses mesmos recursos pedagógicos os supervisionados apresentavam interesse de uso futuro (gostariam que fossem utilizados – ou ampliada a sua utilização - na supervisão acadêmica). Além desses, foram obtidos dados sobre a participação do supervisor em reunião da equipe multidisciplinar da unidade e, ainda, com a gestão da saúde municipal; estratégias de educação permanente do supervisor; avaliação/nota do supervisionado sobre a qualidade da supervisão acadêmica com escores variando de 0 (zero) – Péssima –, a 10 (dez) - Excelente. Os dados foram sumarizados em tabelas contendo as frequências absolutas e relativas para afirmações concordantes ou discordantes sobre a supervisão acadêmica, no que diz respeito a uma apreciação comparativa desta supervisão entre os PMM-PB atuantes junto à população das zonas urbana, rural e urbana/rural (mista).

Nas análises utilizamos a técnica de análise de conteúdo, de metodologia qualitativa. Para avaliar diferenças nas respostas das questões selecionadas, essas foram categorizadas e sumarizadas em tabelas, contendo as frequências absolutas e relativas, utilizando-se os testes *Chi* quadrado (χ^2) e Exato de Fisher para avaliar diferenças significativas com um poder de 80% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, considerando-se nível de significância para $p < 0,05$.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste artigo, apresentamos os resultados e a discussão dos dados obtidos dos 251 médicos entrevistados que concordaram em participar da pesquisa e consentiram o seu uso. A população de médicos do PMM-PB foi inicialmente caracterizada conforme suas zonas de atuação, em relação às características demográficas, de formação (graduação e pós-graduação), experiência profissional prévia na área da saúde da família e a percepção sobre a qualidade da supervisão acadêmica recebida, no propósito de explicar se ocorrem variações entre as áreas das populações assistidas sejam urbanas, rurais ou mistas (ambas).

A Tabela 1 mostra o perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), e suas associações com as características demográficas: sexo, faixa etária, raça e país de nascimento.

Tabela 1 – Características demográficas, incluindo o país de nascimento dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Paraíba, (N=251) e localização nas macrorregiões deste estado, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), período 2015/2016.

Dados demográficos	Áreas de atuação						P-valor
	Urbana		Rural		Mista		
	n	%	n	%	n	%	
Macrorregiões	112	44,6	54	21,5	85	33,9	0,0003
1 João Pessoa	75	67,0	19	35,2	33	38,8	
2 Campina Grande	26	23,2	24	44,4	32	37,6	
3 Patos	5	4,5	8	4,8	10	11,8	
4 Souza	6	5,4	3	5,6	10	11,8	
Sexo							0,1328
Feminino	65	58,0	24	44,4	39	45,9	
Masculino	47	42,0	30	55,6	46	54,1	
Idade (anos)							
25 I--- 35	57	50,9	21	38,9	36	42,4	
35 I--- 45	26	23,2	12	22,2	19	22,4	
45 I--- 55	11	9,8	14	25,9	16	18,8	
55 e +	17	15,2	6	11,1	11	12,9	
Ignorado	1	0,9	1	1,9	3	3,5	
Raça							0,7495
Branco	66	58,9	29	53,7	47	55,3	
Pardo	36	32,1	17	31,5	27	31,8	
Negro	5	4,5	5	9,3	3	3,5	
Outros *	3	2,7	3	5,7	2	2,4	
Ignorado	2	1,8	-	-	6	7,1	
País de nascimento							0,0010
Brasil	91	81,2	31	57,4	56	65,9	
Cuba	18	16,1	23	42,6	27	31,8	
Outros **	3	2,7	-	-	2	2,4	

Nota (*) Outros * (Amarelo n=6, indígena=1, outra raça n=1); (**) Outros [Argentina (n=1), Uruguai (n=1), Venezuela (n=2), Espanha (n= 1)]. Realizado teste *Chi*-quadrado para avaliar diferenças.

Com relação ao sexo, entre os médicos PMM-PB da área urbana, foram encontrados percentuais de 58% para mulheres e 42% para homens; dos médicos da área rural 44,4% eram do sexo feminino e 55,6% do sexo masculino e, da área mista 45,9% eram mulheres e 54,1% homens. Todos esses resultados não evidenciaram influência quanto ao sexo na área de atuação ($p>0.05$).

Dos médicos PMM-PB na faixa etária de 25-35 anos, 50,9%, atuavam na zona urbana, 38,9%; na zona rural e 42,4% na zona mista. Os médicos da faixa etária entre 35 a 55 anos, 33%; 48,1% e 41,2%, exerciam atividades nas zonas urbanas, rural e urbana/rural (mista), respectivamente. Os profissionais com 55 ou mais anos foram distribuídos nas zonas urbana, rural e mista, nas proporções de 15,2; 11,1 e 12,9%, respectivamente.

No que diz respeito à raça, houve, neste aspecto, uma equitativa distribuição ($p=0,7495$), de brancos, nas três áreas consideradas – urbana, rural e mista – a saber, 58,9; 53,7 e 55,3%, respectivamente. O mesmo aconteceu com os pardos 32,1; 31,5 e 31,8%, respectivamente, para as áreas urbana, rural e mista.

Quanto ao país de origem os brasileiros predominaram na área urbana (81,2%), seguidos pelas áreas mista (65,9%) e rural (57,4%); em contrapartida os estrangeiros, representados, na maioria pelos cubanos, atuaram nas três áreas: urbana (16,1%); mista (31,8%) e predominando na rural (42,6%), ($P=0,0010$).

Observa-se, ainda, analisando a Tabela 1, quanto às quatro macrorregiões do estado, que os médicos PMM-PB atuaram predominantemente na região urbana, 44,6% seguida de 33,8% na área mista e, em 21,5%, na área rural ($p=0.0003$).

Esses achados parecem contradizer a ideia conceitual do PMM-Brasil que, como refere Santos et al (2015), seria a de o Programa atender aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde, particularmente nos territórios remotos.

Para tentar explicar esses achados sobre o Estado da Paraíba e as cidades-polos das macrorregiões, sendo as de maior concentração de médicos, João Pessoa e Campina Grande, analisamos os dados do IBGE. Os dados apontam o Brasil como um país com elevada taxa de urbanização, 78,4%, sendo 65,4% no Nordeste (BRASIL, 2019). Na Paraíba, as maiores densidades demográficas encontradas foram em João Pessoa 3.421,3 hab./Km², seguida de Bayeux 3118,8 hab./Km², Cabedelo 1815,6 hab./Km² e Campina Grande 648,3 hab./Km²

(BRASIL, 2010). Dessas quatro cidades, três fazem parte da macrorregião de João Pessoa. A distribuição dos médicos PMM pode, então, estar relacionada à elevada concentração da população urbana em condição de vulnerabilidade.

O IBGE avalia o desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros através de indicadores de desenvolvimento com os quais formula índices que contemplam a situação de cada município (IBGE, 2019). O Índice Social Municipal Ampliado (ISMA) é um desses e integra quatro blocos de indicadores sobre: *i*) condições de domicílio e saneamento; *ii*) educação; *iii*) saúde e, *iv*) renda (OLIVEIRA, 2013). Para analisarmos a vulnerabilidade da população paraibana selecionamos alguns desses indicadores. Em relação à saúde, observamos a taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos; para a renda, verificamos o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo nas quatro cidades polo das macrorregiões e encontramos uma situação de evidente precariedade socioeconômica.

As taxas de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos foram de: 13,3; 12,7; 16,2 e 15,8, nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Souza respectivamente (BRASIL, 2019). Em todas essas, o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo foi desfavorável, variando entre 36,4 e 44% (BRASIL, 2019). Assim, para essa população existe apenas uma opção de assistência – a pública – com financiamento da União, Estado ou município.

Ainda de acordo com dados do IBGE, a dependência desses municípios às receitas externas é elevada sendo 66,1% em João Pessoa e 75% em Campina Grande (BRASIL, 2019).

Cerca de 70% dos municípios brasileiros dependem em mais de 80% de verbas oriundas de fontes externas à sua arrecadação. De acordo com o MS e OPAS (2013), 68% dos municípios do Nordeste dependem de recursos da União e do Estado para financiamento do SUS, sendo a União o principal financiador. No período entre 2002 e 2011, o financiamento do SUS nas três esferas de governo apresenta uma baixa proporção do PIB, variando entre 3,19 a 3,84% no financiamento total, 0,73 a 1,07% na esfera estadual e 0,81 a 1,07% na esfera municipal (OPAS, 2013). Na análise comparativa dentre 15 países sobre o percentual do gasto público em relação ao total utilizado em saúde, o Brasil disponibiliza aproximadamente metade de Cuba, Reino Unido e Suécia, e supera, apenas, os Estados Unidos, país sem universalização da saúde (OPAS, 2013). Nesse mesmo documento, estão sendo considerados insuficientes os recursos financeiros utilizados no Brasil para atender um sistema de cobertura universal, com equidade de utilização, sendo recomendado um mínimo de 6% do PIB (OPAS, 2013). Assim, em estados cujos municípios têm enorme dependências dos repasses do nível federal, como é o

caso da Paraíba, o PMM configura-se como um programa de fonte de receitas externas essenciais para o município garantir a Atenção Básica. Possivelmente, a incorporação desses médicos conformou-se como uma alternativa de suplementação de financiamento a esses municípios, inclusive nas áreas urbanas.

Quanto à escassez de médicos nas áreas rurais, outros fatores não relacionados à vulnerabilidade socioeconômica estão envolvidos, como ocorre em alguns países desenvolvidos que formulam políticas de alocação de médicos em áreas de baixa densidade de médicos. O Canadá (através do “*Underserviced Area Programa – UAP*”) e os Estados Unidos (através da *Health Professional Shortage Area – HPSA*) figuram entre os países que buscaram estratégias para reduzir ou erradicar a escassez de médicos através de políticas que se revelaram bastante úteis na orientação dos processos de alocação de recursos (profissionais e programas) destinados a aliviar as situações de carência das comunidades, e na definição de prioridades de acordo com a intensidade dos problemas vivenciados por essas comunidades (US-GAO, 2006).

Nos Estados Unidos da América, entre os incentivos de fixação de médicos em áreas de baixa densidade desses profissionais estão bônus de 10%, esses totalizaram pagamentos na ordem de U\$\$ 148 milhões (equivalente a R\$ 581,25 milhões) no ano fiscal de 2005, na conversão de 1USD=3.9274 Reais (US-GAO, 2006).

Em 2014, as densidades populacionais de médicos por 1000 habitantes eram de: 1,3; 1,51, 5,58 por 1000 habitantes no Nordeste, na Paraíba e na capital, João Pessoa, respectivamente – nesta última se concentram 62% dos médicos desse Estado. Desta forma, a densidade de médicos por habitantes em João Pessoa superou a cidade de São Paulo (4,65 médicos por 1.000 habitantes) (SCHEFFER; BIANCARELLI, 2015). Em 2018, a relação médico por 1.000 habitantes pouco alterou sendo, no Nordeste 1,41, na Paraíba 1,68 e na sua capital para 5,12. (SCHEFFER *et al*, 2018). Coerente com esses achados de não escassez de médicos na Paraíba, verifica-se que Girard *et al* (2011) praticamente não marca municípios do estado da Paraíba no seu Mapa do Brasil contendo municípios com Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica.

Na busca por explicação para as dificuldades da fixação de médicos em algumas áreas desassistidas, encontram-se múltiplos fatores. Em um estudo de Stralen *et al* (2017) foram realizadas entrevistas em profundidade com 51 médicos em 10 rotas que atingem as 5 regiões do Brasil e, através da análise de conteúdo, foram identificadas seis categorias que atraem – e, principalmente – que retém esses profissionais em áreas remotas e desassistidas. A análise das entrevistas procurou identificar os principais fatores que influenciaram a decisão dos médicos em se deslocar e permanecer, ou não, trabalhando nos municípios pesquisados, e recebeu a

seguinte categorização: *i*) remuneração; *ii*) vínculo de trabalho; *iii*) condições de trabalho; *iv*) fatores profissionais; *v*) fatores locais e *vi*) fatores pessoais. Divididas em 27 subcategorias, com destaque para os itens de salário, flexibilidade da jornada de trabalho, infraestrutura da unidade de saúde, origem do profissional, infraestrutura e opções de lazer do município. Quase todos os entrevistados destacaram o “salário” como um dos principais fatores para justificar a atração e/ou permanência no município (STRALEN *et al*, 2017).

Este achado é semelhante em *survey* realizado com 975 médicos da APS de um estado dos EUA, Duffrin *et al* (2014), que apontou a garantia salarial como um fator determinante para a atração de médicos para áreas rurais.

De acordo com Kotzee e Coupe (2006), na África do Sul, o aumento salarial foi um dos fatores mais importantes para retenção de médicos em práticas rurais de trabalho. Contudo, incentivo financeiro mostrou-se insuficiente, isoladamente. Incentivos bastante valorizados são aqueles relacionados com o desenvolvimento da carreira médica, adequadas acomodações e educação permanente.

No Vietnã, Dieleman *et al* (2003) demonstraram que a oferta de salários baixos figura entre os principais fatores que desmotivam os profissionais a trabalharem nessas áreas.

Face ao exposto, há semelhanças, em outros contextos, com o padrão que seguem os médicos brasileiros ao optarem por exercerem suas atividades em áreas urbanas. Girardi *et al* (2011), estudando sobre a maior dificuldade de atração e fixação de profissionais médicos em regiões mais carentes e/ou remotas do Brasil, encontrou preferências desses profissionais em se fixar em cidades de maior porte populacional, localizadas em regiões economicamente mais desenvolvidas. De acordo com os médicos estudados por aqueles autores, além de oferecerem maiores oportunidades profissionais e educacionais, localidades com melhor infraestrutura oferecem outros atrativos importantes, como lazer e serviços para o médico e sua família (GIRARDI *et al*, 2011).

No Brasil, para Campos e Malik (2008), entretanto, mesmo a oferta de altos salários sendo um importante atrativo, isoladamente ela não tem garantido a fixação de médicos em áreas remotas.

Os resultados dessa revisão da literatura reforçam as conclusões de Stralen *et al* (2017) que evidenciam a importância de combinar diferentes incentivos – financeiros e não-financeiros - para atrair médicos para áreas remotas e desassistidas.

A Tabela 2 mostra o perfil da população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à formação na graduação e na Pós-graduação (PG).

Tabela 2 – Resume as características da formação médica (Graduação e Pós-Graduação) dos médicos do PMM na Paraíba, N=251, distribuídos por zona de atuação urbana, rural e mista (urbana e rural), período 2015-2016.

Formação de Graduação e Pós-graduação Médica	Áreas de atuação						p-valor
	Urbana		Rural		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
País onde cursou a graduação de medicina							0,0156
Brasil	78	69,6	29	53,7	53	62,4	
Cuba	25	22,3	24	44,4	30	35,3	
Outras *	9	8,1	1	1,9	2	2,4	
Formação como Médico de Família e Comunidade **							0,0003
Sim	19	17,0	25	46,3	28	33,0	
Não	93	83,0	29	53,7	57	67,1	
Alguma outra Residência Médica							0,5335
Sim	9	8,0	7	13	10	11,8	
Não	103	92,0	47	87	74	87,1	
Ignorado	-	-	-	-	1	1,2	
Outra pós-graduação: Especialização em Saúde da Família pelo UNA-SUS							0,9656
Sim	56	50	27	50	41	48,2	
Não	56	50	27	50	44	51,8	
Mestrado							0,3660
Sim	6	5,4	6	11,1	8	9,4	
Não	106	94,6	48	88,9	77	90,6	
Doutorado							-
Sim	-	-	-	-	-	-	
Não	112	100	54	100	85	100	

Nota (*) (Venezuela Argentina Espanha Bolívia Equador); (**) Especialista como Médico de Família e Comunidade (MFC), SBMFC ou residência em MFC ou similar no estrangeiro. UNA-SUS: Universidade Aberta do SUS.

Na Tabela 2, os médicos com formação de graduação no Brasil foram distribuídos com equivalência nas áreas urbana, rural e urbana/rural (mista), sendo 69,6%, na primeira área; 53,7% na rural e 62,4% atuando na mista. Os profissionais com formação médica em Cuba também não apresentaram expressivas distinções nas suas áreas de atuação, pois 22,3%; 44,4% e 35,3% desempenharam suas atividades, respectivamente, nas áreas urbana, rural e mista. O

pequeno contingente de médicos com formação na Venezuela, Argentina, Espanha, Bolívia e Equador, 6,1% atuavam, predominantemente, na área urbana.

Na nossa pesquisa, com relação a terem outra Residência Médica, informaram que SIM 8 %, 13% e 11,8% dos médicos que atuavam nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente. No entanto, 92%, 87% e 87,1% dos médicos que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente responderam NÃO ($p=0,9656$). Quanto a terem cursado a Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS, cerca de metade da amostra (50%), das três áreas, referiram tê-la ($p=0,9656$).

Com relação ao mestrado, 5,4%, 11,1% e 9,4% dos médicos PMM-PB, que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente, declararam SIM para o título de Mestre; enquanto que, a maioria dos médicos, 94,6 %, 88,9 %, e 90,6 % nas três áreas de atuação, declarou NÃO sobre a obtenção desse título ($p=0,3660$). Nenhum dos participantes referiu ter o título de Doutor.

A Tabela 3 mostra a população dos médicos do Programa Mais Médicos, na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB, período 2015/2016.

Tabela 3 – Características do tipo de vínculo existente e a experiência profissional prévia como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, N=251, antes de ingressar nesse programa, conforme a atuação com a população da área urbana, rural ou mista (ambas), período 2015-2016.

Características do vínculo e experiência profissional prévia	Áreas de atuação						p-valor
	Urbana		Rural		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
Vinculação à programa	112	44,6	54	21,5	85	33,9	0,7695
Mais Médicos	75	67,0	34	63,0	53	62,4	
Provab	37	33,0	20	37,0	32	37,6	
Experiência profissional como médico na APS antes de ingressar no PMM							0,4733
Sim	93	83,0	48	88,9	69	81,2	
Não	19	17,0	6	11,1	16	18,8	
Tempo de experiência na APS antes de ingressar no PMM							0,0273
Nenhum	38	33,9	14	25,9	29	34,1	
1 a 4 anos	33	29,5	7	13,0	14	16,5	
4 a 7	14	12,5	4	7,4	10	11,8	
7 a 10	4	3,6	4	7,4	5	5,9	
10 ou mais	23	20,5	25	46,3	27	31,8	
Disponibilidade de participar de redes de contato profissional							0,4294
Sim	99	88,4	44	81,5	71	83,5	
Não	13	11,6	10	18,5	14	16,5	

Nota Provab: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, instituído na portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Redes de contato profissional: lista de e-mails ou grupo de WhatsApp; PMM ou Mais Médicos: Programa Mais Médicos.

A Tabela 3, por sua vez, revela que quando avaliados, quanto à área de atuação, em associação com a formação em pós-graduação, observa-se que 83%, 53,7% e 67,1% dos profissionais médicos que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente, informaram não possuírem formação em residência médica de Medicina Família e Comunidade ($p=0,0003$).

Um estudo de Girardi *et al* (2016) sobre o PMM em Minas Gerais tem achados similares ao nosso quando revela que, considerando apenas os brasileiros, os participantes tinham menor experiência de pós-graduação e de tempo de atuação na APS (< ou igual 8 anos; 79,6%).

Em relação à vinculação, quanto ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Mais Médicos (PMM) é, também na Tabela 3 que identificamos que: 67% dos médicos participantes, vinculados ao PMM, estavam atuando na área urbana e 33%, vinculados ao PROVAB, também tinham atuação na mesma área (urbana). Na zona rural esses percentuais eram de 63% (PMM) e 37% (PROVAB) e, na área mista (urbana/rural) os percentuais foram de 62,4%, para o PMM, e 37,6%, para o PROVAB.

Essa informação, quanto à vinculação ao PROVAB ou PMM, remete-nos mais uma vez à discussão sobre a questão da fixação de profissionais médicos em áreas rurais ou remotas. Na já citada pesquisa de Stralen *et al* (2017), referindo esses programas de provimento que combinam diferentes tipos de incentivos - como financeiros (bolsa); possibilidade de capacitação/atualização (cursos de especialização); ajuda de custo e bonificação na prova de residência (pontuação de 10% na prova de residência médica para aqueles que atuarem por no mínimo um ano) - os autores concluem que, apesar de atraírem o profissional, eles podem não ser suficientes para fixá-los. Particularmente citando o PROVAB, os pesquisadores revelam que o programa estimulou o médico a uma prática já existente, a de trabalhar na APS até ser aprovado em um programa de residência médica: uma pesquisa com 502 egressos do PROVAB de 2013 revelou que oito em cada 10 entrevistados consideram a bonificação de 10% na pontuação dos processos seletivos de residência médica como o maior atrativo à participação no Programa (BRASIL, 2012). Em outra seção do estudo, quando discute-se o vínculo temporário para o profissional médico, os autores citados admitem que, a (precariedade) contratual pode, por outro lado, permitir que o médico troque de município com facilidade caso receba uma proposta de trabalho mais interessante ou que, ainda, faça uma poupança, o famoso “pé-de-meia”, até ser aprovado em algum programa de residência médica (STRALEN *et al*,

2017).

A Tabela 4 mostra as características dos médicos do PMM-PB, por áreas de atuação - urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no Programa.

Tabela 4 – Características dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, por áreas de atuação urbana, rural ou mista (ambas), associada à experiência profissional como médico na Atenção Primária à Saúde (APS) antes e após ingressar no PMM-PB, período 2015/2016.

Características da amostra	Áreas de atuação						p-valor
	Urbano		Rural		Misto		
	112	44,6	54	21,5%	85	33,8%	
	n	%	n	%	n	%	
Experiência de preceptoria em outras Residências Médicas							0,3549
Sim	6	5,4	6	10,1	5	5,9	
Não	106	94,6	48	89,9	80	94,1	
Recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no PMM-PB?							<0,0001
Sim	38	33,9	1	1,9	11	12,9	
Não	74	66,1	53	98,1	74	87,1	
Dificuldade para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos							0,7310
Sim	75	67	36	66,7	61	71,8	
Não	37	33	18	33,3	24	28,2	
Experiência de preceptoria em Residências Médicas (Medicina de Família e Comunidade / Medicina Preventiva e Social)							0,2645
Sim	18	16,1	14	25,9	14	16,5	
Não	94	83,9	40	74,1	71	83,5	

Nota: PMM-PB = Programa Mais Médicos na Paraíba

A propósito da experiência de preceptoria em outras residências médicas os médicos do PMM-PB referiram terem sido preceptores em outras Residências Médicas, quanto a área de atuação, em 5,9%, na mista; em 11,2%, na rural em 5,4%, na urbana; uma expressiva maioria – em todas as três áreas de atuação – 94,6%, na área urbana; 88,9%, na área rural e 94,1%, na área mista, declararam NÃO terem tido tal experiência (p=0,3549)

Quanto a receber acadêmicos do curso de medicina nas UBS, após ingressar no PMM-PB, 12,9%, na área mista; 1,9% na área rural e 33,9%, com atuação na área urbana, deram respostas afirmativas, enquanto que 87,1%, 98,1% e 66,1%, respectivamente nas áreas mista, rural e urbana responderam negativamente à pergunta (p<0,0001).

Nas três áreas de atuação, a resposta NÃO, foi obtida ao questionamento sobre Experiência de Preceptoria em residências médicas de Medicina de Família e Comunidade/Social e Preventiva, com os seguintes percentuais: 83,9%; 74,1% e 83,5%, para as áreas urbana, rural e mista, respectivamente ($p=0,2645$).

A Tabela 5 mostra as características da supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba de acordo com a avaliação dos médicos participantes desse Programa por área de atuação urbana, rural e mista.

Tabela 5 – Características gerais da supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos da Paraíba, segundo avaliação dos médicos desse programa e de acordo com as áreas de atuação dos mesmos: urbana, rural e mista. (N=251), período 2015-2016.

Aspectos gerais da supervisão acadêmica	Áreas de atuação						
	Urbana		Rural		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
	112	44,6	54	21,5	85	33,9	
Avaliação geral sobre supervisor							-
0 I---2 Péssimo	2	1,8	1	1,9	1	1,2	
2 I---4 Muito fraco	1	0,9	-	-	1	1,2	
4 I---6 Fraco	-	-	1	1,9	3	3,6	
6 I---8 Regular/Bom	8	7,2	2	3,7	5	5,9	
8 I---9 Muito bom	15	13,4	5	9,3	12	14,1	
9 I---10 Ótimo	86	76,8	45	83,3	63	74,1	
Número de visitas do supervisor unidade <i>nos últimos 3 meses</i>							0,8090
Nenhuma	2	1,8	1	1,9	1	1,2	
1-2	29	25,9	18	33,4	24	28,3	
3-4	67	59,8	32	59,3	53	62,3	
5-6	14	12,5	3	5,6	7	8,2	
O supervisor participou de reunião de equipe na unidade							0,7056
Sim	54	48,2	25	46,3	45	52,9	
Não	58	51,8	29	53,7	40	47,1	
O Supervisor realiza reuniões com a <u>gestão</u> do município sobre problemas apresentados pelo médico outros médicos							0,5963
Sim	100	89,3	48	88,9	72	84,7	
Não	12	10,7	6	11,1	13	15,3	

Nota: PMM-PB Programa Mais Médicos na Paraíba

Avaliando, de forma geral, o Supervisor os maiores conceitos prevaleceram em todas as áreas de atuação, sendo que 83,3; 76,8% e 74,1% – respectivamente, nas áreas rural; urbana e mista – avaliados com notas entre 9 I---10 (ÓTIMO); com o conceito MUITO BOM 40,2%, na área urbana; 34,1% na área mista e 38,9%, na área rural. Houve avaliação da supervisão com conceito PÉSSIMO entre 2,7%, na área urbana; 2,4%, na área mista e 1,9% na área rural. Os conceitos MUITO FRACO e FRACO somaram 3,6%, na área urbana; 8,4%, na área mista e,

apenas 1,9%, na área rural. REGULAR/BOM foi a avaliação de 20%, na área mista; e de 13% e 20,6%, entre os que atuavam nas áreas rural e urbana, respectivamente.

Em relação ao número de visitas do supervisor à UBS, nos últimos 3 meses, os médicos com atuação na área mista relataram em maior percentual, 62,3%, a realização de 3-4 visitas, seguidos de perto, 59,3% e 59,8% dos profissionais que atuavam nas áreas rural e urbana, respectivamente ($p=0,8090$).

Dentre os que referiram 1-2 visitas do supervisor, 33,4%; 28,3% e 25,9% foram as informações prestadas por aqueles profissionais com atuação nas áreas rural, mista e urbana, respectivamente. Informaram entre 5-6 visitas, 12,5%, da área urbana; 8,2%, da área mista e, 5,6% na área rural. Poucos relataram nenhuma visita, pela ordem, 1,9%, na área rural; 1,8%, na área urbana e 1,2, na área mista.

Sobre a realização de reuniões regulares com a gestão do município, para discutir problemas apresentados pelo médico supervisionado, o maior percentual 89,3%, com atuação na área urbana; 89,9%, com atuação na área rural e 84,7%, com atuação na área mista referiram SIM para este questionamento. Em menor proporção, a resposta negativa alcançou os índices de 15,3%, na área mista; 11,1% na área rural e 10,7% entre aqueles com atuação profissional junto à população urbana.

A Tabela 6 mostra as características da supervisão Acadêmica do PMM-PB em relação aos Recursos Pedagógicos utilizados pelo supervisor nas visitas à unidade, de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa (N=251), por zona de atuação urbana, rural e mista, período 2015-2016.

Tabela 6 – Características da Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos (PMM), na Paraíba, em relação aos recursos pedagógicos utilizados pelo supervisor nas visitas à unidade, de acordo com a avaliação dos médicos desse Programa (N=251), por zona de atuação urbana, rural e mista, período 2015-2016.

Recursos pedagógicos	Áreas de atuação (*)						p-valor
	Urbano		Rural		Misto		
	n	%	n	%	N	%	
	112	44,6	54	21,5	85	33,9	
Atendimento pelo supervisor sob observação do supervisionado							0,9858
Sim	49	46,2	25	47,2	37	45,7	
Não	57	53,8	28	52,8	44	54,3	
Atendimento conjunto							0,6899
Sim	61	57,5	30	56,6	51	63	
Não	45	42,5	23	43,4	30	37	

Acompanhamento de consultas do médico com feedback ao final							0,9931
Sim	69	65,1	35	66	53	65,4	
Não	37	34,9	18	34	28	34,6	
Discussão de casos							0,9560
Sim	86	81,1	43	81,1	67	82,7	
Não	20	18,9	10	18,9	14	17,3	
Estudo imediato junto com o supervisionado							0,7938
Sim	53	50	25	47,2	43	53,1	
Não	53	50	28	52,8	38	46,9	
Discussão de temas pactuados e <u>lidos</u> previamente							0,5901
Sim	67	63,2	35	66	57	70,4	
Não	39	36,8	18	34	24	29,6	
Discussão temas sem leitura prévia							0,9024
Sim	69	65,1	36	67,9	52	64,2	
Não	37	34,9	17	32,1	29	35,8	
Uso do Telessaúde (0800)							0,0079
Sim	48	45,3	21	39,6	19	23,5	
Não	58	54,7	32	60,4	62	76,5	

Nota (*) Do total do estudo deixaram de responder essas questões: seis médicos na zona urbana, um médico na zona rural e quatro da zona mista. Em decorrência, o total de respostas no urbano, rural e misto é de 106, 53 e 81 médicos, respectivamente.

Com relação ao Atendimento conjunto 63%, na área mista, 56,6%, na área rural e 57%, na área urbana afirmaram que a supervisão acadêmica realizou tal procedimento metodológico. A resposta NÃO foi a escolhida por 43,4%, 42% e 37% pelos supervisionados das áreas rural, urbana e mista, respectivamente ($p=0,6899$).

O Acompanhamento de consultas com *feedback* ao final, obteve respostas SIM que foram escolhidas por 66%, 65,4% e 65% dos médicos que atuavam nas áreas rural, mista e urbana, respectivamente ($p=0,6899$). Optaram pela resposta NÃO na mesma ordem (rural, mista e urbana) 34%, 34,6% e 34%.

A Discussão de casos foi uma metodologia que 82,7%, 81,1% e 81% referiram ocorrer nas áreas mista, rural e urbana, respectivamente. A resposta NÃO foi a opção de 18,9% na área rural; 18% na área urbana e 17,3%, na área mista. ($p=0,9560$).

Com relação ao Estudo imediato em livros (ou outra fonte de bibliografia) junto com o supervisionado teve resposta SIM para 53,1%, 50% e 47,2% dos médicos com atuação nas áreas mista, urbana e rural, respectivamente. ($p=0,7938$). Responderam a opção NÃO os médicos das áreas urbana 50%, 52,8% da rural e 46,9% da mista.

Em relação à Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente responderam SIM 63%, 66% e 70,4% (dos profissionais que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente (p=0,590).

A Discussão de temas sem leitura prévia foi assinalada em 65%, 67,9% e 64,2% dos médicos que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente, responderam SIM à utilização do seu supervisor dessa estratégia metodológica. A resposta NÃO foi a escolhida por 34% na zona urbana, 32,1% na área rural e 35,8%, na área mista (p=0,9024).

No que diz respeito ao Uso da Telessaúde (0800), como metodologia adotada pelos supervisores, houve diferença significativa entre as áreas urbana, rural e mista, sendo a resposta SIM sinalizada por 23,5%, 39,6% e 45% dos supervisionados das áreas mista, rural e urbana, respectivamente (p=0,0079). A opção NÃO foi a escolhida por 54%, 60,4% e 76,5% dos médicos das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

A Tabela 7 mostra as sugestões de melhorias para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos, na Paraíba, de acordo com os médicos desse Programa, por área de atuação urbana, rural e mista.

Tabela 7 – Atividades metodológicas *desejadas ou sugeridas* para a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, PMM-PB (N=251), de acordo com a zona de atuação urbana, rural e mista (urbana e rural), período de 2015-2016.

Sugestões para supervisão acadêmica	Áreas de atuação						p-valor
	Urbana		Rural		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
Atendimento supervisor <u>sob</u> observação supervisionado ^(a)	112	44,6	54	21,5	85	33,9	0,5511
Sim	58	53,2	27	51,9	51	60	
Não	51	46,8	25	48,1	34	40	
Atendimento conjunto							0,7702
Sim	65	59,6	32	61,5	55	64,7	
Não	44	40,4	20	38,5	30	35,3	
Acompanhamento do médico supervisionado com <u>feedback</u>							0,7030
Sim	66	60,6	35	67,3	54	63,5	
Não	43	39,4	17	32,7	31	36,5	
Discussão de casos							0,5627
Sim	98	89,9	48	92,3	80	94,1	
Não	11	10,1	4	7,7	5	5,9	
Estudo imediato junto com o supervisionado ^(b)							0,1167
Sim	65	59,6	39	75	59	69,4	

Não	44	40,4	13	25	26	30,6
Discussão temas pactuados e lidos previamente ^(c)						0,1746
Sim	89	81,7	46	88,5	77	90,6
Não	20	18,3	6	11,5	8	9,4
Discussão de temas sem leitura prévia						0,5599
Sim	71	65,1	37	71,2	61	71,8
Não	38	34,9	15	28,8	24	28,2
Telessaúde (0800)						0,3745
Sim	70	64,2	39	75	59	69,4
Não	39	35,8	13	25	26	30,6
Ofertas de Redes Sociais ^(d)						0,3455
Sim	59	52,7	23	42,6	46	54,8
Não	53	47,3	31	57,4	38	45,2
Disponibilidade contato telefônico ^(e)						0,8948
Sim	109	97,3	52	96,3	82	97,6
Não	3	2,7	2	3,7	2	2,4

n= número de médicos; %= percentual em relação ao n.

O Atendimento realizado pelo supervisor, sob a observação do supervisionado, foi a sugestão oferecida por 60%, 51,9% e 53,2% dos médicos com atuação nas áreas mista, rural e urbana, respectivamente. Não aconselharam tal metodologia os supervisionados das áreas urbana, rural e mista, na seguinte ordem de valores 46,8%, 48,1% e 40%.

O Atendimento conjunto foi recomendado por 64,7% dos médicos da área mista, 61,5% daqueles profissionais que atuavam em área rural e por 59,6% com exercício profissional na área urbana.

Com relação ao Acompanhamento das consultas pelo supervisionado com *feedback* ao final responderam SIM a essa ferramenta como sugestão metodológica 60,6%, na zona urbana, 67,3% na zona rural e 63,5% na área mista. Não sugeririam tal estratégia pedagógica 39,4%, 32,7% e 36,5% os profissionais com atuação nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente.

A Discussão de casos foi indicada afirmativamente por 94,1%, 92,3% e 89,9% pelos supervisionados das áreas mista, rural e urbana, respectivamente. Não recomendariam tal recurso 5,9%, 7,7% e 10,1% dos médicos das áreas mista, rural e urbana, respectivamente.

O Estudo imediato em livros (ou outros recursos bibliográficos) junto com o supervisionado foi sugestão de 69,4%, 75% e 59,6% dos médicos das áreas mista, rural e urbana, respectivamente. Não recomendariam tal estratégia pedagógica 40,4%, 25% e 30,6% dos médicos das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Com relação à Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente tiveram indicação afirmativa por parte de 90,6%, 88,5% e 81,7% dos médicos das áreas mista, rural e urbana, respectivamente. Não sugeririam este recurso 18,3%, 11,5% e 9,4% dos supervisionados das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

A Discussão de temas sem leitura prévia foi sugestão de 65,1%, 71,2% e 71,8% dos supervisionados com exercício profissional nas zonas urbana, rural e mista, respectivamente. Não aconselhariam tal metodologia 34,9%, 28,8% e 28,2% dos médicos PMM-PB das áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

O Uso da Telessaúde (0800) foi sugerido por 64,2%, dos médicos PMM-PB da área urbana; 75%, da área rural e, 69,4% na área mista, ao afirmarem que gostariam que fosse utilizada pela supervisão acadêmica, enquanto que - nesta mesma ordem de locais de atuação profissional (urbana, rural e mista) – 35,8%, 25% e 30,6% não recomendariam este instrumento.

Os usos de Redes sociais foram metodologias recomendadas por 52,7%, 42,6% e 54,8% dos profissionais médicos com atuação nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente. Esta estratégia recebeu indicação negativa, por parte de 47,3%, 57,4% e 45,2% dos supervisionados que atuavam nas áreas urbana, rural e mista, respectivamente.

Disponibilização do contato telefônico por parte dos supervisores para informação e comunicação com os supervisionados recebeu recomendação de 97,3%, 96,3% e 97,6% das áreas urbana, rural e mista, respectivamente. Não foi sugerido por 2,7%, da área urbana; 3,7%, da área rural e 2,4%, da área mista.

4 CONCLUSÕES

Os resultados deste trabalho nos permitiram as seguintes conclusões:

- i) Quanto ao sexo, observou-se que esse parâmetro não sofreu influência de acordo com as áreas de atuação existindo um equilíbrio na participação de homens e mulheres nestas;
- ii) Os mais jovens foram alocados na área urbana e os mais velhos nas áreas rural e mista;
- iii) Quanto ao país de origem os brasileiros predominaram na área urbana, seguidos pelas áreas mista e rural; em contrapartida os estrangeiros, representados, na maioria pelos cubanos, atuaram nas três áreas, predominando na rural;
- iv) Em relação a maior experiência prévia na APS, Residência em Medicina de Família e Comunidade, além de Mestrado e os anos de experiência na APS refletiu-se tais características no médico da área rural, que apresentava-se mais qualificado e mais experiente;
- v) Quanto ao número de visita do supervisor, este visitou a unidade 3-4 vezes, em 3 meses, informação sinalizada pelos médicos, independente da área de atuação, se urbana, rural ou urbana/rural (mista);
- vi) Sobre reuniões do supervisor com as equipes das UBS, a maioria dos médicos quanto as áreas de atuação, referiu que houve reunião da supervisão acadêmica com as equipes multidisciplinares e que os supervisores realizaram reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas na APS;
- vii) O supervisor recebeu conceitos “muito bom e ótimo” atribuídos pela maioria dos médicos das áreas urbana, rural e mista;
- viii) Os médicos, independente da área de atuação – urbana, rural e urbana/rural (mista) - relataram que os instrumentos de informação e comunicação utilizados entre os supervisores e supervisionados foram o uso de grupos de *WhatsApp*, lista de *e-mails* e a disponibilização de telefone celular privado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Plataforma-Sucupira**: cursos avaliados e reconhecidos. 2019. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto "Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde", que entre si celebram a união, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Diário da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 ago. 2013c. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/3-TA.PDF>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. Portaria Normativa nº 14, de 9 de julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das Instituições Federais de Educação Superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Ministério da Saúde. **DOU** - Seção 1, nº 131, p. 18, 2013d. Disponível em: http://www.lex.com.br/LEGIS_24599144_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.ASPX. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Decreto nº 7.827**, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do **caput** do art. 159 da Constituição e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em: 28 dez 2018.

_____. **Sinopse do Censo demográfico 2010**. IBGE, 2010.

CARDOSO JÚNIOR, R. **Supervisão Acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros**. 2019.

CAMPOS, F.E. *et al.* **Experiências exitosas da rede UMA-SUS**: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA: 2017, 283 páginas.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. v. 42, n.2, p. 347-368, 2008.

DIELEMAN, M. *et al.* Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Vietnam. **Hum Resour Health**. v. 1, p. 1-10, 2003.

DUFFRIN, C. *et al.* Factors Associated with placement of rural primary care physicians in North Carolina. **SMJ**. v. 107, p. 728-733, 2014.

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

IBGE. **Indicadores sociais mínimos – ISM**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17374-indicadores-sociais-minimos.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 06 nov. 2018.

_____. O Brasil em síntese. Brasil, 2019. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao>. Acesso em: 22 mar. 2019.

KOTZEE, T.; COUPER, I.D. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? **Rural Remote Health**. v. 6, n. 3, p. 581, 2006.

OLIVEIRA, L.L.S. Uma década do índice de desenvolvimento socioeconômico (idese) do Rio Grande do Sul: evolução no período 2000-09. **Indicadores Econômicos FEE**. V. 41, p. 119-134, 2013.

OPAS. Financiamento público de saúde. **ECOS**. v. 1, p.1-123, 2013.

SANTOS, L.M.P. *et al.* Mais médicos Program: na effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SASSI, A.P. **As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão**. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

_____. **As Instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão**. In: _____. Apêndice A - Questionário: Mais Médicos - Formulário de avaliação. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2018

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Cremesp: 2018, 286 páginas.

_____.; BIANCARELLI, A.C. **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: 2015, 284 páginas.

SCHÄFERHOFF, M. *et al.* Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. **Lancet**. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32389-4/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32389-4/fulltext#articleInformation). Acesso em: 13 nov. 2018.

STRALEN, A.C.S.V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**. v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017.

US-GAO. Health professional shortage areas: Problems Remain with Primary Care Shortage Area Designation System. **Highlights of GAO**. n. 07-84, 2006.

MAIS MÉDICOS - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO[✎ Editar este formulário](#)**Mais Médicos - Formulário de Avaliação**

*Obrigatório

**ORIENTAÇÕES**

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba, sendo de extrema importância sua resposta. Os dados serão analisados de forma agrupada e não individual, mantendo-se a confidencialidade de sua resposta na avaliação dos dados e na publicação dos resultados!

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**1. Nome do Médico ***

(Escreva seu nome completo)

2. Data de Nascimento * Mês Dia 2015 **3. Sexo *** Masculino Feminino**4. Raça ***

- Negro
 Branco
 Amarelo
 Pardo
 Indígena
 Não sei / Não quero informar
 Outro:

✓ **5. País de Nascimento ***

- Brasil
 Cuba
 Argentina
 Uruguai
 Venezuela
 Espanha
 Outro:

✓ **6. Registro Profissional ***
(CRM XXXX ou RMS XXXX)

7. Qual o seu telefone/celular? *
(0-XX-Código da Região-XXXX-XXXX)

8. Qual o seu e-mail? *

9. Você permitiria usar os seus contatos para criação de canais de comunicação mais rápidos como lista de e-mails ou grupo de Whatsapp? *

- Sim
 Não

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DO MÉDICO

✓ **10. Ano de Graduação em Medicina ***
(Digite o ano com 4 dígitos)

✓ **11. País onde fez o curso de graduação em medicina. ***

- Brasil
 Cuba

- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

✓ **12. Instituição onde fez a Graduação em Medicina ***

(Colocar o nome completo da instituição)

✓ **13. Você é Médico de Família e Comunidade(MFC)? ***

(Considera-se MFC somente quem tem residência em MFC - ou equivalente - ou título pela SBMFC, não valendo a especialização da UNASUS)

- Sim, tenho residência em MFC (ou residência equivalente em caso de estrangeiros)
- Sim, tenho prova de título pela SBMFC
- Não

✓ **14. Você tem alguma outra Residência Médica? ***

(Marque todas as residências já realizadas)

- Medicina Preventiva e Social
- Clínica Médica
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Não
- Outro:

✓ **15. Você tem alguma outra pós-graduação? ***

(Em caso negativo, pular a pergunta 16.)

	Sim	Não
Especialização em Saúde da Família pelo UNASUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras Especializações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doutorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

✓ **16. Que outra pós-graduação você possui?**

(Especifique o foco de todas as pós-graduações realizadas)

✓ 17. Qual o tempo de duração da graduação em medicina no local em que você fez o curso? *

- 4 anos
 5 anos
 6 anos
 7 anos
 8 anos
 Outro:

✓ 18. Quanto tempo você dedicou a sua formação em residências médicas realizadas? *

(Para este tempo deve-se somar o tempo de cada uma das residências, não levando-se em conta o tempo de especializações, mestrado e doutorado)

- Não fiz ou não completei nenhuma residência médica
 2 anos
 3 anos
 4 anos
 5 anos ou mais

✓ 19. O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? *

- Sim
 Não

✓ 20. Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

- Sim
 Não

✓ 21. Quanto tempo você tinha de experiência como médico atuando na Atenção Primária antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Descreva a quantidade de anos completos, colocando 0 para menos de 1 ano de experiência)

✓ 22. Você já trabalhou como médico em alguma missão internacional? *

(Caso sua resposta for 'Não' pular as pergunta 23 e 24)

- Sim
 Não

✓ 23. Em que países você já trabalhou como médico em missões internacionais antes de

Social

Em outras
residências

28. Você já recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Marque sim caso tenha recebido alunos por pelo menos 3 meses)

Não

Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PROVIMENTO

29. Desde quando você ingressou no Programa Mais Médicos? *

Mês Dia 2015

30. Qual é a sua vinculação com o Programa Mais Médicos? *

Mais Médicos

Provab

Outro:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

31. Em que município você trabalha atualmente? *

32. Em que USF você trabalha atualmente? *

(Escreva o nome da unidade de saúde, conforme o cadastro no CNES)

33. Qual o CNES desta USF? *

34. Qual o caráter do imóvel em que está sua unidade de saúde? *

Imóvel próprio da prefeitura, unidade padronizada

Imóvel próprio da prefeitura, unidade não padronizada

Imóvel cedido/emprestado por organização social

Imóvel alugado

Outro:

35. Quantas equipes existem na sua unidade incluindo a sua? *

1 2 3 4 5 6



36. Se mais de uma equipe, qual o nome da sua? *

✓ 37. A população que você atende mora em: *

- Zona Urbana
 Zona Rural
 Mista

✓ 38. Você realiza regularmente consulta médica fora da unidade? *

- Sim
 Não

✓ 39. Com que frequência você precisa atender fora de sua unidade? *

- Não preciso atender fora da minha unidade
 Todos os dias
 2 a 3 vezes por semana
 1 vez por semana
 Quinzenalmente
 1 vez por mês
 Outro:

✓ 40. Qual o perfil dos locais em que você atende fora de sua unidade? *

(Se não atender fora da sua unidade, marcar apenas a primeira opção)

- Não preciso atender fora da minha unidade
 Prédio próprio da prefeitura com boa estrutura
 Prédio próprio da prefeitura com estrutura precária
 Associação de moradores
 Igrejas
 Escolas
 Casa de pacientes/funcionários
 Outro:

✓ 41. Qual a população cadastrada sob responsabilidade de sua equipe de saúde? *

(Apresentar o dado existente no cadastro da secretaria municipal de saúde)

✓ 42. Você já teve que trocar de unidade desde que ingressou no programa? *

- Sim
 Não

43. Por qual motivo você teve que trocar de unidade após o ingresso no programa? *

(Marque todas as opções que justifiquem a troca de unidade)

- Não precisei trocar de unidade
- Devido a problemas na estrutura física da unidade
- Devido a problemas com a equipe
- Devido a problemas de segurança
- Devido a uma população adscrita com mais de 4000 pessoas
- Devido a migração do Provab para o Mais Médicos
- Por decisão do gestor municipal
- Por descredenciamento do município
- Outro:

44. Desde quando você trabalha na USF atual? *

(Responder apenas em caso de já ter feito troca de unidade)

Mês Dia 2015

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA

45. Que recursos foram disponibilizados pela gestão para trazer conforto térmico no seu consultório? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Janelas com boa circulação de ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ar-condicionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Avalie as afirmativas abaixo em relação à Estrutura Física do seu Consultório Médico. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
O conforto térmico no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O conforto luminoso no seu consultório de atendimento é adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A acústica no seu consultório de atendimento é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

adequada.

A conservação de paredes e pisos no seu consultório de atendimento é adequada.

47. Quais recursos de mobília estão presentes em seu consultório de atendimento? *

(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas e critérios mínimos para seu funcionamento)

	Disponível e de boa qualidade	Disponível, porém de má qualidade	Não disponível
1 cadeira ou poltrona para o paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o acompanhante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 cadeira ou poltrona para o médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 mesa/birô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 colchão para maca revestido com material impermeável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 maca ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 local com chave para a guarda de documentos, livros, receituário especial e medicamentos sujeitos a controle especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 biombo ou divisória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 pia ou lavabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lixeiras com pedal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chave ou ferrolho para fechar a porta durante o atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persianas ou cortinas para fechar a janela durante o exame físico dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Os insumos abaixo são disponibilizados pela gestão em quantidade adequada em seu consultório de atendimento. *

(Para cada um dos insumos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade adequada)

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente

Lençol ou rolo de papel para a maca	<input type="radio"/>				
Toalhas de papel para secar as mãos	<input type="radio"/>				
Sabonete líquido/ Álcool em gel para a higiene das mãos	<input type="radio"/>				
Sacos de lixo para a lixeira	<input type="radio"/>				
Papel higiênico	<input type="radio"/>				

49. De forma geral o seu consultório lhe dá plenas condições de prestar um atendimento de qualidade. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente concordo totalmente

50. A estrutura física dos ambientes abaixo discriminados está adequada para sua função. *

Deve-se levar em conta os seguintes critérios: Conforto Térmico; Luminosidade; Acústica; Pisos e Paredes (conservação); Mobília (cadeiras e armários)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	espaço não existent
Recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório Odontológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultório de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Curativos/Procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de expurgo/esterilização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sala de Reunião/Grupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiro para Funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copa/Cozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Avalie as afirmativas abaixo em relação a sua unidade de saúde. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

discordo discordo nem concordo discordo discordo

	totalmente	parcialmente	nem discordo	parcialmente	totalmente
Há disponibilidade de água potável de boa qualidade para consumo.	<input type="radio"/>				
A limpeza da unidade de saúde é adequada.	<input type="radio"/>				

✓ 52. A unidade de saúde em que atua, de uma forma geral, tem uma boa estrutura física. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente concordo totalmente

✓ 53. Você acha que a sua unidade de saúde teria condições estruturais de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? *

- Sim
- Não

✓ 54. Desde o seu ingresso no Programa Mais Médicos, você percebeu alguma mudança estrutural induzida pelo programa? *

- Sim, para melhor
- Sim, para pior
- Não percebo mudanças

✓ 55. No caso de ter havido mudanças estruturais, descreva-as abaixo.

AVALIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO

56. Os equipamentos de trabalho abaixo discriminados estão presentes em quantidade e qualidade adequadas para o atendimento dos pacientes. *

(Para cada um dos equipamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

(N) (P)

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
---------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------	-------------

Esfigmomanômetro

Tiras reagentes para hemoglicoteste	<input type="radio"/>					
Espéculos vaginais (descartáveis ou não)	<input type="radio"/>					
Material para coleta de citologia do colo do útero	<input type="radio"/>					
DIU	<input type="radio"/>					
Material para curativo	<input type="radio"/>					

sim

Resolva

58. As classes de medicamentos abaixo discriminadas são disponibilizadas em quantidade suficiente a cada mês. *

(Para cada uma das classes de medicamentos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

chave

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Medicamentos para hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos/antitérmicos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflamatórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoncepcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiparasitários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicotrópicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para uso oftalmológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos injetáveis para urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzetacil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Os impressos abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com regularidade e em quantidade suficiente. *

(Para cada um dos impressos avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade regular do mesmo em quantidade adequada. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Folhas de Evolução	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Branco Especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receituário Azul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folha de solicitação de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atestado médico padronizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fichas de encaminhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carbono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Os recursos de internet e informática abaixo discriminados estão disponíveis na unidade com qualidade e quantidade adequadas. *

(Para cada uma dos itens avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em quantidade e qualidade adequadas. Em caso de indisponibilidade total que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prontuário eletrônico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telessaúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AValiação DE RECURSOS HUMANOS

61. Qual é o tipo de sua equipe? *

(Parâmetro da equipe mínima ESF: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Equipe mínima ESF
 Equipe ESF com saúde bucal

Outro:

62. Sua equipe está completa? *

(Parâmetro da equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

- Sim
 Não

63. Se não, quais profissionais estão faltando?**64. Qual a forma de contrato dos demais profissionais de sua equipe? ***

	Prestador de serviços	Regime CLT	Regime Estatutário	Bolsista	Outro
Enfermeira	<input type="checkbox"/>				
Técnica de enfermagem	<input type="checkbox"/>				
Odontólogo	<input type="checkbox"/>				
Técnico de Higiene Dental ou Auxiliar de consultório dentário	<input type="checkbox"/>				
Agentes Comunitários de Saúde	<input type="checkbox"/>				

65. Na sua unidade, tem alguma equipe em que esteja faltando médico? *

- Trabalho em unidade com uma só equipe
 Sim
 Não

66. Há profissional de segurança na sua unidade de saúde? *

- Sim
 Não

67. Há profissional para recepção na sua unidade de saúde? *

- Sim
 Não

68. Há profissionais do NASF no seu município que prestam algum tipo de apoio a sua unidade de saúde? *

(Considerar apoio na própria unidade ou através de encaminhamento)

- Sim
 Não

✓ 69. Há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

- Sim
 Não

70. Com que frequência há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

- Não há profissionais do NASF atuando na minha unidade
 Todos os dias
 3 a 4 vezes por semana
 1 a 2 vezes por semana
 Quinzenal
 Mensal

✓ 71. Quais papéis são desempenhados pelos profissionais do NASF no apoio a sua unidade? *

- Atendimento Clínico
 Apoio Matricial / Discussão de casos
 Apoio Gerencial
 Outro:

✓ 72. Qual a profissão/especialidade dos profissionais do NASF que apoiam a sua unidade? *

- Assistente Social
 Educador Físico
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo
 Nutricionista
 Pediatra
 Psicólogo
 Psiquiatra
 Terapeuta Ocupacional
 Outro:

AVALIAÇÃO PROCESSO DE TRABALHO

✓ 73. Qual o modo de funcionamento de sua unidade de saúde? *

- 1 turno
 2 turnos
 Horário corrido

✓ 74. Qual o tempo diário de funcionamento de sua unidade de saúde para o atendimento dos

*acervo
P/
paes*

pacientes? *

(Coloque um número entre 0 e 8 horas considerando o que ocorre na maior parte dos dias)

✓ **75. Além dos pacientes cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regular a pacientes de outras áreas? ***

- Sim
- Não

Exploração do Trabalho

✓ **76. Que outros paciente, além dos cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regularmente? ***

- Pacientes de áreas descobertas
- Pacientes de área de influência
- Pacientes de outras unidades
- Pacientes de outras equipes na minha unidade
- Não faço atendimento de pacientes não cadastrados na minha equipe
- Outro:

✓ **77. Quais dos serviços abaixo são oferecidos à população pela sua equipe de saúde? ***

	Sim, mas eu não participo	Sim, e eu participo	Não
Acolhimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento à demanda espontânea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento de consultas agendadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ Pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puericultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pequenas cirurgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocação de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos educativos/terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

✓ **78. Há aplicação de Benzetacil na sua equipe quando este medicamento está disponível? ***

- Sim

profissionais

Discussão de casos/projetos terapêuticos	<input type="radio"/>					
Planejamento de atividades	<input type="radio"/>					
Atividades de grupo	<input type="radio"/>					
Discussão de indicadores	<input type="radio"/>					

✓ 85. Há reunião de equipe? *

- Sim
 Não

✓ 86. Qual a frequência da reunião de equipe? *

- Não há reunião de equipe
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal
 Sem regularidade definida

✓ 87. O que funciona na unidade de saúde durante a reunião? *

- Nada, a unidade fica fechada
 Atendimento a demanda espontânea
 Farmácia
 Vacinação
 Marcação de exames
 Outro:

✓ 88. Você participa da reunião de equipe? *

- Sim
 Não

✓ 89. Com que frequência você participa da reunião de equipe? *

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente
 Sempre

✓ 90. Quais dos elementos abaixo estão presentes nas reuniões de equipe? *
(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

Sim

Não

Maternidade	<input type="radio"/>					
Casas de parto	<input type="radio"/>					
Unidade de pronto-atendimento (UPA)	<input type="radio"/>					
SAMU	<input type="radio"/>					
Ambulância para transporte de pacientes	<input type="radio"/>					
Serviço de Atendimento Domiciliar	<input type="radio"/>					
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	<input type="radio"/>					
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	<input type="radio"/>					
Academia da Saúde	<input type="radio"/>					

✓ 95. Você tem dificuldade para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

Sim

Não

✓ 96. Se sim, descreva abaixo de forma resumida as principais áreas/especialidades em que tem dificuldade para o encaminhar os pacientes.

✓ 97. Quais os principais motivos de dificuldades para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

(Marque todas as alternativas que representarem problema para encaminhamento na sua unidade)

Falta de outros profissionais no município

Longa fila de espera

Resistência de outros profissionais a atender pacientes encaminhados por médicos do Programa Mais Médicos

Indisposição dos pacientes por dificuldades de transporte

Indisposição dos pacientes por mau atendimento dos especialistas

Não tenho dificuldades para encaminhar os pacientes

Outro:

98. Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede.

(Para cada um dos tipos de retorno avalie o seu grau de concordância em relação à disponibilidade do mesmo em frequência adequada. Em caso de indisponibilidade total destes retornos que impeça a avaliação marcar INEXISTENTE)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	inexistente
Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nota de alta (internação hospitalar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contra-referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exames realizados nestes serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Você acha que a rede de saúde de seu município teria condições de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? *

- Sim
- Não
- Outro:

AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO

100. Quantas visitas seu supervisor fez na sua unidade de saúde nos últimos 3 meses? *

(Considerar visita somente a atividade realizada na sua unidade de saúde)

0 1 2 3 4 5 6

101. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas visitas à unidade? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo imediato em livros ou outras recursos bibliográficos junto com o supervisionado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão de temas sem leitura prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso do Telessaúde (0800)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

R * 103. Seu supervisor já participou de alguma reunião de equipe em sua unidade? *

- Sim
 Não

104. Qual o objetivo da participação do seu supervisor na reunião de equipe em sua unidade? *

- Ele nunca participou
 Apoiar na resolução de conflito entre profissionais
 Apoiar na qualificação do processo de trabalho
 Apresentar o programa e seu funcionamento

Outro:

105. Avalie as afirmativas abaixo em relação ao apoio do seu Supervisor. *

(Para cada um dos itens avalie o seu grau de concordância)

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Meu supervisor apoia na minha qualificação clínica de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do meu processo de trabalho de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia na qualificação do processo de trabalho da equipe de maneira satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu supervisor apoia nas demandas clínicas e de processo de trabalho com boa disponibilidade e rapidez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

106. Seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

- Sim
 Não

107. Com que frequência seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

(Não considerar neste item a reunião locorregional)

- Mensalmente
 Trimestralmente
 Raramente
 Nunca

108. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas reuniões de educação permanente? *

(Marque todas as opções já utilizadas)

- Não há reunião de educação permanente
 Role-playing/simulação de consultas

- Simulação de situações do processo de trabalho
- Discussão de casos
- Discussão sobre processo de trabalho
- Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente
- Discussão de temas sem leitura prévia
- Aula expositiva
- Seminários
- Escuta qualificada com apoio coletivo / Grupo Ballint
- Outro:

109. Seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? *

- Sim
- Não

110. Com que frequência seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? *

- Não há reuniões regulares com a gestão
- Eventualmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Não sei

*** 111. Que outras ofertas pedagógicas ou de apoio são oferecidas pelo seu supervisor? * X**
(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Grupo de Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lista de E-mails	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes Sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade para contato telefônico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

112. Como você avalia seu supervisor de forma geral? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo Excelente

113. Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão.

realizado na Atenção Primária.	<input type="radio"/>					
Estou satisfeito com minha equipe de trabalho.	<input type="radio"/>					
Estou satisfeito com a Gestão do município no qual trabalho.	<input type="radio"/>					
Estou satisfeito com a Comissão Coordenadora Estadual.	<input type="radio"/>					
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Saúde.	<input type="radio"/>					
Estou satisfeito com o Apoiador do Ministério da Educação.	<input type="radio"/>					

✓ 116. Avalie a sua satisfação geral com o Programa Mais Médicos. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito insatisfeito Muito satisfeito

✓ 117. Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente? *

- Sim
 Somente se houver mudança de município
 Não

✓ 118. Que elementos foram importantes para sua permanência no programa até este momento? *

(Marque 'Sim' ou 'Não' para cada um dos itens)

	Sim	Não
Bonificação de 10% para residência (Provab)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio da supervisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio do Telessaúde (0800 ou plataforma escrita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor da remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho em equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com os pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valorização pela gestão municipal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afinidade com o trabalho na	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atenção Primária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vínculo diretamente com o governo federal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atuação em grande centro ou na proximidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de vida do município	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros fatores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

✓ 119. Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos? *

- Sim
 Não

✓ 120. Você desejaria atuar como preceptor/tutor da Residência de Medicina de Família, recebendo residentes em sua equipe de saúde? *

Está previsto na Lei do Mais Médicos disponibilidade de vagas de residência de forma universal para todos os egressos do curso de medicina. Para isso, será necessário uma quantidade enorme de preceptores na Atenção Primária.

- Sim, se for remunerado
 Sim, de qualquer jeito
 Não

INFORMAÇÕES FINAIS

✓ 121. Você permitiria usar os dados de sua resposta, preservando o sigilo de sua identidade e dados pessoais, para análise e elaboração de publicações científicas? *

(Para mais informações sobre esta pesquisa consultar abaixo)

- Sim
 Não

Caro Colega,

Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba.

OBJETIVO GERAL

- Tem como objetivo geral avaliar o programa Mais Médicos na Paraíba em suas várias dimensões.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil do médico do mais médicos da Paraíba, incluindo sua formação e experiência;
- Traçar um panorama da estrutura física, insumos, equipamentos, medicamentos, recursos humanos e do processo de trabalho das unidades onde atuam os médicos do programa;
- Traçar um panorama da rede de serviços disponível para os médicos do programa;
- Avaliar o processo de supervisão;
- Avaliação do programa em relação aos demais aspectos pedagógicos;
- Avaliação sobre a capacidade do programa de induzir mudanças estruturais e de processo de trabalho na APS da PB;
- Avaliação de fatores associados com a fixação de médicos na APS;

- Identificação de potenciais municípios e unidades para receber a residência de medicina de família na PB;
- Identificar potenciais preceptores para a residência em MFC.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

- A participação nesse estudo envolve somente o preenchimento deste formulário online com o consequente envio das respostas.

BENEFÍCIOS/RISCOS DO ESTUDOS

- A sua participação é de fundamental importância para a avaliação do programa no estado da Paraíba, contribuindo para o planejamento das ações que venham a qualificar a sua atuação no programa no ano de 2016 e a Atenção Primária no estado como um todo.
- A participação no estudo não envolve qualquer risco associado,

CONFIDENCIALIDADE

- Todas as informações coletadas são armazenadas e analisadas por um sistema computadorizado, mantendo a confidencialidade de acordo com a legislação aplicável nacional. A informação é analisada sem o seu nome. As respostas irão receber um tratamento puramente estatístico e serão processados em geral, tendo em conta todos os participantes. Os resultados do estudo são apresentados sempre de uma forma abrangente e nunca, em hipótese alguma, individualmente. O tratamento dos dados será completamente anônimo.

ÉTICA EM PESQUISA

- Este formulário faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA", tendo aprovação do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

DÚVIDAS E OUTRAS INFORMAÇÕES

- Em caso de dúvidas e/ou maiores informações favor contactar o Tutor Alexandre José de Melo Neto pelo email halemao_jp@hotmail.com.

AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Powered by
 Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

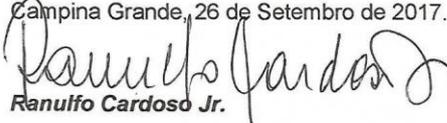
Eu, **Ranulfo Cardoso Júnior**, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título "**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA – Avaliação da Supervisão Acadêmica**", vinculado ao Programa PROFSAUDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFPB/ENSP/ABRASCO/FIOCRUZ) comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Banco de Dados do **Questionário Programa Mais Médicos – Formulário de Avaliação**, vinculado à pesquisa ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188, e também a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à utilização dos seguintes conteúdos do Questionário: 1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO (09 primeiros itens); FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DO MÉDICO (itens 10 a 23) e AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO (itens 100 a 113).

Caso pretenda utilizar outras variáveis, farei nova solicitação e assinatura de novo Termo de Compromisso.

Por fim, comprometo-me a referenciar a origem do questionário em nossas publicações, bem como encaminhar os trabalhos escritos e artigos publicados ao Pesquisador Principal da pesquisa cujo questionário está vinculado.

Campina Grande, 26 de Setembro de 2017.


Ranulfo Cardoso Jr.

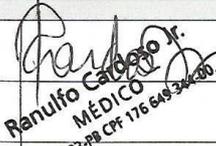
Professor do Magistério Superior – UFCG/CCBS/UAMED

Supervisor do PMMB-PB

Mestrando do PROFSAUDE (UFPB) – 2017.

Ranulfo Cardoso Jr.
MÉDICO
CRM 7993-PB CPF 176 649 344-00

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura	Telefone
Ranulfo Cardoso Júnior	176649344-00	 Ranulfo Cardoso Jr. MÉDICO CRM 7993-99 CPF 176 649 344-00	(83)98603-3192

SUBMISSÃO DO ARTIGO 1**SUBMISSÃO DO ARTIGO 1**

**Comprovante de recebimento do Artigo 1, pela Coordenação Editorial da
Revista “Trabalho, Educação e Saúde”, Fiocruz-RJ**

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) RANULFO CARDOSO JÚNIOR

Informamos que o original intitulado: SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS BRASILEIROS E ESTRANGEIROS foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde. Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc. Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista. Atenciosamente,

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.

SUBMISSÃO DO ARTIGO 2**SUBMISSÃO DO ARTIGO 2**

**Comprovante de recebimento do Artigo 2, pela Coordenação Editorial da
Revista "Trabalho, Educação e Saúde", Fiocruz-RJ**

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) RANULFO CARDOSO JÚNIOR

Informamos que o original intitulado: PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO SOBRE A SUPERVISÃO ACADÊMICA PELOS MÉDICOS QUE ATUAM NAS ÁREAS URBANA, RURAL E URBANA/RURAL (MISTA) foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde. Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc. Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.