

## **Grupos Balint-Paidéia: uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos\***

Balint-Paidéia Groups: a proposal for a pedagogical tool to practice supervision in the “Programa Mais Médicos” (More Doctors Program).

Grupos Balint-Paidéia: una propuesta de herramienta pedagógica para la supervisión práctica del “Programa Mais Médicos” (Programa Mas Médicos).

Thiago Figueiredo CASTRO<sup>1</sup>  
Paulo Navarro de MORAES<sup>2</sup>  
Aparecida Mari IGUTI<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este artigo propõe-se a construir uma possibilidade de utilização dos Grupos Balint-Paidéia como ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos para o Brasil, que incluiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Realizou-se uma breve revisão teórica sobre a metodologia Balint-Paidéia e construiu-se uma proposta de utilização adaptada às finalidades e tarefas da Supervisão Prática, que foi discutida à luz das necessidades de provimento e fixação de profissionais médicos para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde atrelado à necessidade de formação e educação permanente para estes profissionais.

**Palavras-chave:** Recursos Humanos em Saúde; Educação Permanente; Saúde Pública; Atenção Básica à Saúde.

**ABSTRACT:** This article proposes to build a possibility to use Balint-Paidéia Groups as a pedagogical tool to practice supervision in the “Programa Mais Médicos para o Brasil”, that include Professional Valorization Program of Primary Care (PROVAB) and More Doctors for Brazil Project (PMMB). Held a brief theoretical review of Balint-Paidéia methodology and constructed a proposal

---

1 Médico sanitário, mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP.

2 Médico sanitário, mestre e doutorando em Saúde Coletiva pela UNICAMP.

3 Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP.

to use adapted to the purposes and tasks of Practice Supervision, which was discussed in the light of the needs of providing and fixing of medical professionals for the Primary Care in the System National Health linked to the need for training and continuing education for these professionals.

Keywords: Health Manpower; Education, continuing; Public Health; Primary Health Care.

**RESUMÉN:** Este artículo tiene como propósito construir una posibilidad de utilización de los Grupos Balint-Paideia como herramienta pedagógica para la supervisión práctica en el “Programa Mais Médicos para o Brasil”, que comprende el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (PROVAB) y el Proyecto Más Médicos para el Brasil (PMMB). Se realizó una breve revisión teórica sobre metodología balint-paideia y se construyó una propuesta de utilización adaptada a las finalidades y tareas de la supervisión práctica que fue discutida a raíz de las necesidades de incorporar y dejar de forma fija profesionales médicos para la atención básica del sistema único de salud junto a la necesidad de formación y educación permanente para estos profesionales

Palabras Claves: recursos humanos en salud; educación permanente ; salud pública ; atención básica en salud.

## INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro enfrenta o desafio de efetivar um sistema público de saúde que seja universal, integral e resolutivo desde que se inscreveu na Constituição Federal que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”<sup>1</sup>.

As garantias constitucionais relacionadas à Saúde significaram um grande avanço nas intenções de construir um sistema público universal e integral de saúde no Brasil. Entretanto, uma ampla reforma se fez necessária para adequar o aparelho de Estado brasileiro aos novos (e inéditos) direitos conquistados, particularmente no tocante à Saúde. Para o Cebes<sup>2</sup>,

[...] O avanço das políticas e da ideologia neoliberal, frontalmente opostas à proposta do Sistema Único de Saúde, traduziu-se na prática em um paradoxo que até hoje, mais de 20 anos depois, ainda emperra a ampliação e consolidação do SUS: se, por um lado, temos a garantia constitucional da saúde como direito inalienável de cidadania, por outro, tivemos uma progressiva ‘contra-reforma’ do Estado Brasileiro, tornando-o cada vez mais incapaz de cumprir sua função constitucional na Saúde.

O Ministério da Saúde, no início dos anos 1990, reconhecia que: “[...] a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação [...]”<sup>3</sup>.

Ainda, a “Contra-Reforma” do Estado brasileiro, de que falam o Cebes e outros autores<sup>4,5,6</sup>, trouxe impactos importantes para estes dois gargalos – financiamento e recursos humanos. Sobre a política de Recursos Humanos, de especial interesse para esta pesquisa, o Cebes<sup>2</sup> cita alguns destes

impactos, como a limitação à contratação de trabalhadores imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal e os modelos privatizantes de gestão do trabalho, como as Organizações Sociais.

Para Gilson Carvalho<sup>7</sup>

Neste componente (*recursos humanos*) reside o grande problema atual da saúde e de outro lado o único caminho para se chegar à solução. O quadro enfrentado é de profissionais insatisfeitos devido à má remuneração e falta de condições de trabalho. Muitos deles despreparados, com especialização precoce e inadequados ao desempenho de suas funções, principalmente nos serviços básicos de saúde. Ainda resta uma questão principal: o conhecimento de nossa realidade, das propostas do setor saúde, do seu inserir-se na sociedade, de seu comprometimento com as pessoas e com a sociedade.

O modelo liberal sonhado na infância, no vestibular e na faculdade nada tem a ver com a realidade do dia-a-dia de nosso país. Além da decepção, alguns se enchem de revolta que é descarregada no próprio exercício profissional. O novo modelo assistencial pretendido pelo SUS tem em seu bojo a proposta de envolvimento dos profissionais de saúde, valorizando seu trabalho através de um Plano de Cargos, Carreira e Salário justo, com *aprimoramento continuado não só no campo do conhecimento médico, mas na parte filosófica de um sistema de saúde e nas relações humanas* que levem ao comprometimento de todos com a sociedade” (*grifo nosso*).

Maciel Filho<sup>8</sup> assume os Recursos Humanos para a Saúde como temática central para consolidação do SUS. Ainda que caiba ao SUS, a partir do Ministério da Saúde, a tarefa de ordenamento dos recursos humanos em saúde<sup>1</sup>, não é o que se verifica na prática institucional<sup>9</sup>

A problemática da formação, provimento e fixação de profissionais de saúde antecede em muito o próprio SUS. Pierantoni<sup>10</sup> aponta que a área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de Saúde há pelo menos quatro décadas. Diversas iniciativas governamentais foram tomadas, ao longo deste período, seja em programas de transformação da formação em saúde, seja em políticas de provimento e fixação<sup>11</sup>.

O “Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade”, promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SEGETS/MS) em 2011, apontou para o diagnóstico de escassez de profissionais de saúde no SUS na maior parte dos municípios brasileiros. Mesmo em municípios em que a falta deste profissional não é estatisticamente notada, algumas áreas também têm dificuldade de acesso ao médico. “Faltam médicos em quantidade e qualidade para atuação no SUS e observa-se grande desequilíbrio na atual distribuição”<sup>12</sup>.

Com as diretrizes e o diagnóstico construídos no Seminário, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação lançaram, através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2087/2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Iniciado em 2012 para

Médicos, Odontólogos e Enfermeiros<sup>13</sup>, a partir de 2013 o PROVAB focalizou sua atenção ao provimento de médicos (BRASIL, 2013a).

Em junho de 2013, uma espiral de manifestações populares progressiva tomou o país, a partir de manifestações iniciais ocorridas em São Paulo contra o aumento no transporte coletivo que se ampliaram em termos de localidades, pautas e número de participantes. No dia 24 de junho de 2013, a presidenta Dilma Rousseff anunciou cinco pactos em resposta às manifestações de rua, entre as quais o ‘Pacto pela Saúde’, que previa a criação de novas vagas para médicos e a contratação de profissionais estrangeiros. Surgiu assim o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído em 8 de julho de 2013 por meio da Medida Provisória 621/2013, convertida posteriormente na Lei no. 12871, de 22 de outubro de 2013<sup>15</sup>.

Em janeiro de 2015, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Edital 02/2015, em que propõe a adesão aos dois Programas de forma unificada, indicando a unificação dos dois programas sob o guarda-chuva do Projeto Mais Médicos para o Brasil<sup>16</sup>.

Ambos os Programas, PROVAB e PMMB, propõem-se como instrumentos de provimento de médicos, em especial para as localidades com maior vulnerabilidade e carência destes profissionais. Em ambos, também, estão presentes um conjunto de medidas de formação para estes médicos, como a especialização à distância em Atenção Básica pelo sistema UNA-SUS e a supervisão prática feita por instituições parceiras do Ministério da Saúde.

Um dos componentes pedagógicos do PROVAB e do PMMB é a Supervisão Prática, conforme inscrito nos dispositivos legais que regulamentam os programas. O supervisor – vinculado a uma instituição de ensino – fica responsável pelo contato direto com os profissionais vinculados aos Programas, fazendo a ponte entre a formação e a prática profissional.

A Portaria Normativa 14/2013<sup>17</sup>, do Ministério da Educação, determina em seu Art. 5o, parágrafo 2o, as atribuições dos Supervisores do Programa Mais Médicos:

I – realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes;

II – estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e internet;

III – aplicar instrumentos de avaliação presencialmente; e

IV – acompanhar e fiscalizar, em conjunto com o gestor do SUS, o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Programa.

O cotidiano do trabalho do supervisor se configura na ida às unidades mensalmente, e se registra em um relatório padronizado em formulário eletrônico. A partir da discussão dos elementos do

relatório, são identificados o perfil de atendimento dos profissionais, seja das diversas áreas de atenção (mulher, criança, adulto, idoso) ou do trabalho ambulatorial x grupo; como se dá seu trabalho em equipe; como que é feito o processo de educação continuado do profissional e da sua equipe; eventuais falhas estruturais e mudanças de/na unidade de saúde<sup>18</sup>.

Em nenhum momento, contudo, o discurso normativo dos Programas aponta para uma metodologia de supervisão, o que constitui uma importante lacuna em um eixo tão importante dos Programas. Visando contribuir para com o preenchimento desta lacuna, o presente estudo tem como **objetivo** propor os Grupos Balint-Paidéia<sup>19</sup> como uma possibilidade de ferramenta pedagógica para a Prática de Supervisão no âmbito do PROVAB e do PMMB.

## METODOLOGIA BALINT-PAIDÉIA

A metodologia Balint-Paidéia foi desenvolvida por Cunha<sup>19</sup> no contexto de uma pesquisa-intervenção, em que foi aplicada em um Curso de Especialização em ‘Gestão da Clínica para Atenção Básica’ promovido pela Unicamp em parceria com o Ministério da Saúde. Sua concepção teórica se inspira no método desenvolvido por Balint<sup>20</sup> e aplicado no contexto do National Health System britânico. Segundo Cunha<sup>19</sup>, os Grupos Balint-Paidéia (GPB) são uma “variação atualizada dos Grupos Balint” em que se buscou uma construção que recuperou a metodologia proposta por Balint em composição com a construção teórica da metodologia Paidéia<sup>21,22</sup>.

Balint desenvolveu seu trabalho vinculado à Clínica Tavistok, na Inglaterra. Como ressalta Cunha<sup>19</sup>, “Balint não estava na gestão direta do NHS britânico, mas assumiu, a partir da clínica Tavistok, uma responsabilidade que hoje consideramos típica dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais”.

A proposta de Balint, ainda segundo Cunha<sup>19</sup>, buscava três objetivos principais:

- a) Estudar as implicações psicológicas da clínica tradicional;
- b) Formar os clínicos para lidar com estas implicações;
- c) Criar um método de treinamento para lidar com estas implicações.

Para atingir esses objetivos, Balint formulou uma proposta de reunião periódica de grupos de 8 a 10 participantes, todos médicos generalistas (*General Practitioners*, em inglês) que atuavam na Atenção Básica britânica. A dinâmica dos grupos era centrada na apresentação oral de casos clínicos trazidos pelos participantes.

O foco dos grupos Balint era aumentar a capacidade dos médicos para lidar com as implicações psicológicas da prática clínica. Para tanto, buscava trazer elementos da clínica psicanalítica e proporcionar uma vivência grupal desses elementos, tendo como ponto de partida os casos clínicos trazidos pelos médicos participantes.

A proposta dos Grupos Balint continha, ao menos, um componente terapêutico, voltado para os médicos, e um componente pedagógico. Segundo Balint<sup>20</sup>, do ponto de vista pedagógico, era necessário criar condições para “que os médicos pudessem realizar, logo de início, a psicoterapia sob supervisão” e que lhes permitisse examinar com algum distanciamento os seus próprios métodos e as respostas que davam aos pacientes, reconhecer as características inerentes à sua abordagem pessoal que fossem úteis e susceptíveis de ser compreendidas e desenvolvidas, e outras que não eram tão úteis, tendo de ser modificadas ou abandonadas assim que seu significado dinâmico fosse entendido.

Ao buscar compor a metodologia Balint com o método Paidéia, Cunha inicialmente apresentou parâmetros de comparação entre os métodos, que podem ser visualizados no QUADRO 1. É importante ressaltar que, enquanto os Grupos Balint tradicionais têm vocação terapêutica e pedagógica apenas, o Paidéia se propõe a ser um método para análise e co-gestão de coletivos organizados para a produção, e envolve diferentes dispositivos como Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência, Apoio Matricial e Institucional. Assim, reforça Cunha, os GBP são a proposta de “um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o método Paidéia para cogestão”<sup>19</sup>.

Quadro 1: Características comparadas dos Grupos Balint Tradicional e do Método Paidéia

<b>Grupo Balint Tradicional</b>	<b>Método Paidéia</b>
Discussão de Caso.  (quase) sem ofertas teóricas. Busca aumentar a capacidade para lidar com as implicações psicológicas da clínica geral. Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum). Clínica do Médico GP - com clientela adscrita (continuidade e coordenação). Análise da contra-transferência. Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a “suportar o fardo”). Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal. Tende a reduzir discussões às relações individuais.	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido ampliado.  Com ofertas do apoiador. Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia). Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente). Equipe Interdisciplinar.  Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos. Sujeitos singulares co-produzidos. Desejo faz parte do Sujeito.  Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização.  Assume a tríplice finalidade das organizações (o trabalho para produzir valor de uso para terceiros; o trabalho para o sujeito, assegurando a própria existência social e construindo significados para a vida; o trabalho para reprodução das condições de trabalho e das próprias organizações).

Fonte: Adaptado de Cunha (2009), p.59.

Na formulação deste dispositivo, Cunha procurou construir uma síntese em que fosse possível ampliar o escopo de possibilidades do método proposto por Balint, além de produzir algumas adaptações em função da aplicação do método como base de um Curso de Especialização, com objetivos e público (médicos e enfermeiros) distintos dos propostos por Balint. O Quadro 2 resume as principais adaptações metodológicas produzidas por Cunha.

Quadro 2: Características metodológicas dos Grupos Balint e dos GBP.

<b>GRUPO BALINT</b>	<b>GRUPO BALINT PAIDEIA</b>
<b>8 a 10 participantes</b>	16 a 20 participantes (8 a 10 duplas)
<b>Médicos</b>	Médicos e enfermeiros (com abertura para outras composições de duplas dependendo da composição das equipes de Saúde da Família).
<b>Apresentação e discussão de casos clínicos. Temas centrados na relação clínica.</b>	Apresentação e discussão de casos clínico-gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.
<b>Sem ofertas teóricas explícitas.</b>	Com ofertas teóricas diversas (metade do tempo para discussão, metade para aulas ou leitura de textos).
<b>Duração de 2 anos ou mais</b>	Duração de 1 a 2 anos.
<b>Atividade voluntária desvinculada da gestão do serviço ou sistema de saúde.</b>	Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde.
<b>Coordenadores do grupo externos à gestão dos serviços.</b>	Coordenadores participantes (ou não) da gestão.
<b>Tempo de duração de cada encontro: 1h até 1h30min.</b>	Tempo de duração de cada encontro: um período de 4h, sendo 2h para discussões de casos e duas horas para atividades teóricas.
<b>Encontros semanais.</b>	Encontros semanais ou quinzenais.
<b>Grupos fechados nos mesmos participantes.</b>	Grupo semi-aberto (multirreferencial). Possível presença <input type="checkbox"/> quando demandados de outros profissionais e gestores.
<b>Sem associação com outros recursos pedagógicos.</b>	Possível associação com cursos de especialização.
<b>Apenas encontros presenciais.</b>	Utilização de recursos de Ensino a Distância.
<b>Possível utilização em pesquisa participante, com dimensões pedagógica e afetiva.</b>	Possível utilização em pesquisa participante, com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva.

Fonte: Adaptado de CUNHA, 2009, p. 62.

## **APLICAÇÃO DOS GRUPOS BALINT-PAIDÉIA NA SUPERVISÃO PRÁTICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

O desafio deste trabalho consiste em adaptar a metodologia dos Grupos Balint-Paidéia às necessidades e especificidades da Supervisão Prática no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Seguindo a proposta dos GBP, “trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população”<sup>19</sup>.

Especificamente, trata-se de um grupo de médicos, que estejam atuando no atendimento direto à população via Programa Mais Médicos para o Brasil. Por definição normativa do Programa, esses

médicos já estão submetidos à ‘Supervisão Prática’. Também por definição normativa, eles estão vinculados a um processo de formação à distância, via curso de especialização a cargo da UNASUS.

Para utilizar os GBP como instrumento de supervisão prática, o primeiro passo necessário é firmar um contrato envolvendo a gestão local do SUS, o(s) supervisor(es) envolvidos e, evidentemente, os médicos. Usa-se a expressão contrato tomando-a no sentido que lhe é dado na Psicanálise, para designar o conjunto de regras acordadas explicitamente entre analista e paciente, que vão reger a relação entre ambos e, portanto, contém as diretrizes do ‘*setting*’ terapêutico<sup>23</sup>.

Neste contrato, propõe-se que o número de participantes seja de 10 a 20, que podem se organizar em duplas – dando preferência a médicos que estejam atuando na mesma Unidade de Saúde para sua formação. Pela característica do Programa Mais Médicos, esses participantes seriam necessariamente médicos vinculados ao Programa. Preferencialmente, médicos que estejam atuando no mesmo município ou, pelo menos, em municípios com grande proximidade geográfica.

É preciso contratar também que o grupo funcionará como um espaço protegido, em que haja liberdade para os participantes falarem tanto das situações clínicas quanto das relações institucionais (que envolvem relações de poder). Assim, precisa ser negociado com os médicos e com a gestão local do SUS que o que for falado no âmbito do grupo tem caráter sigiloso, protegendo eticamente os médicos participantes.

Pela proposta aqui apresentada, os encontros teriam periodicidade mensal e duração de 3 a 4 horas. Duas destas horas seriam destinadas à discussão do caso clínico ou gerencial trazido pelo médico ou dupla de médicos, e o tempo restante seria utilizado para discutir situações outras que envolvem o escopo da supervisão prática do Mais Médicos e do PROVAB – como, por exemplo, o acompanhamento do desempenho dos médicos na especialização à distância, aplicação de instrumentos de avaliação, entre outros.

O local de reunião – a depender das condições estruturais de cada lugar – devem preferencialmente ser as Unidades de Saúde em que os médicos atuam, em sistema de rodízio: a cada reunião, em uma unidade diferente (desde que existam espaços nas Unidades para reunir com privacidade o conjunto de participantes). Esse sistema de rodízio permite ao supervisor, fora da reunião do Grupo, ter contato com o a equipe e com a gerência local das Unidades.

A coordenação do grupo ficará, a princípio, a cargo do Supervisor (ou dos supervisores) responsável(is) pelo conjunto de médicos reunidos no grupo. É importante que este supervisor tenha alguma experiência na coordenação de grupos. Com a dinâmica do grupo, fica a critério do supervisor a possibilidade de rodiziar a coordenação entre os participantes. Caberia ao(s)

---

4 Campos<sup>21</sup> entende que determinados espaços coletivos podem ser entendidos como *setting*, ampliando este termo psicanalítico. Na psicanálise, o termo designa “a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico”<sup>23</sup>



supervisor(es) envolvidos, também, a produção de ofertas teóricas pertinentes ao caso apresentado, e outras que julgue necessárias a partir de seu conhecimento do grupo.

No mesmo sentido, ficaria aberta a possibilidade de, a depender do desenvolvimento do grupo, o supervisor contratar a participação eventual de outros profissionais ou gestores do SUS e do Programa Mais Médicos, na lógica do Apoio Matricial e do Apoio Institucional<sup>21</sup>..

É importante destacar que, embora o GBP – pela proposta apresentada – ocupe um lugar central na prática de Supervisão, ele não substitui a supervisão. Assim, os supervisores devem continuar disponíveis para o contato remoto (telefônico ou via internet) com os médicos e com a gestão do SUS local, bem como para encontros presenciais que se façam necessários à resolução de problemas pontuais. Também devem seguir responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento de carga horária, participação em encontros loco-regionais, aplicação de instrumentos de avaliação e outras atividades afins.

O Quadro 3 resume as principais características dos GBP aplicados à supervisão prática do PMMB/PROVAB.

Quadro 3: Características dos GBP aplicados à Supervisão Prática do PMMB/PROVAB

<b>Características</b>	<b>GRUPO BALINT PAIDEIA MAIS MÉDICOS/PROVAB</b>
Número de participantes	10 a 20 participantes (podendo organizar-se em duplas)
Perfil dos participantes	Médicos participantes do PMMB/PROVAB, preferencialmente atuando no mesmo município.
Metodologia de trabalho	Apresentação e discussão de casos clínico-gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.
Ofertas teóricas	Com ofertas teóricas diversas.
Duração do Grupo	Até 3 anos (período de duração do contrato do PMMB).
Vinculação da Atividade	Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde e do PMMB/PROVAB.
Coordenadores dos Grupos	Supervisores do PMMB/PROVAB.
Tempo de duração de cada encontro	Um período de 3 a 4h, sendo 2h para discussões de casos e o tempo restante para discussão de outros aspectos relacionados à supervisão.
Periodicidade	Encontros mensais.
Tipo de grupo	Grupo semi-aberto (multirreferencial). Possível presença quando demandados de outros profissionais e gestores.
Associação a outros recursos pedagógicos	Associação com o curso de especialização EAD promovido pela UNA-SUS, durante a vigência do mesmo.
Encontros	Presenciais associados à utilização de recursos de Ensino à Distância.
Utilização do material produzido nos grupos em pesquisas.	Possível utilização em pesquisa □ participante com dimensões pedagógica, gerencial (política) e afetiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta aqui apresentada não tem a pretensão de constituir-se numa receita ou prescrição do modo de realizar a Supervisão Prática prevista no PMMB/PROVAB. Constitui-se, contudo, em uma possibilidade concreta de dispositivo pedagógico-gerencial para a realização da mesma, apresentando algumas vantagens importantes.

A primeira delas é uma aproximação da prática de supervisão prevista no PMMB/PROVAB da prática de supervisão de cunho mais psicanalítico, conforme a proposta de Balint<sup>20</sup> – lembrando que a supervisão constitui um dos principais recursos pedagógicos para a formação psicanalítica<sup>24</sup>. Mais do que isso, a utilização da contribuição de Cunha<sup>19</sup> à proposta metodológica de Balint, busca-se uma aproximação com a ideia de Apoio (matricial e institucional), ampliando o escopo da proposta inicial.

A aplicabilidade da proposta é sobremaneira mais fácil em municípios maiores, que tenham pelo menos 10 médicos participando do PMMB. Municípios menores, especialmente os de grande distância geográfica entre si, constituem um desafio – de ordem logística e de características territoriais e culturais – à aplicação dos GBP, e constituem evidente fragilidade da proposta apresentada.

A despeito desta e de outras fragilidades não previstas até aqui – e que certamente terão lugar na passagem da teoria à prática – considera-se que a proposta tem o mérito de efetivamente preencher uma lacuna metodológica na previsão normativa da supervisão prática dos médicos participantes do PMMB. Sua aplicação certamente trará novos desafios, que precisarão ser assimilados e superados.

Considerando que o PMMB é um projeto complexo, e que a participação de médicos voluntários – brasileiros e estrangeiros – é apenas uma parte do mesmo, tem-se também a expectativa de uma contribuição mais a longo prazo com relação a um dos principais desafios do PMMB: a formação qualificada e em número suficiente de médicos aptos a atuarem na Atenção Básica brasileira.

Quando do lançamento do PROVAB, Moraes<sup>25</sup> já alertava desta necessidade, em que, mais do que um programa de bônus em provas de residência médica ou de provimento provisório de médicos em áreas de maior vulnerabilidade e/ou difícil acesso, era necessário um projeto de formação em larga escala de médicos preparados para atuar na Atenção Básica.

Com o advento do PMMB, à estratégia de provimento provisório de médicos para essas áreas – bastante ampliada em relação ao PROVAB – uniu-se uma proposta de ampliação importante de vagas de graduação e Residência Médica até 2018, na expectativa de substituir esse provimento provisório. Sem dúvidas, um notável avanço.

Entretanto, a problemática trazida por Moraes<sup>25</sup> persiste: como ampliar as vagas, especialmente em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, mediante a falta desses profissionais

em número suficiente sequer para ocuparem as funções de preceptores dessas Residências?

Entende-se que a experiência de supervisão prática associada a programa de especialização à distância pode apontar um caminho promissor. Se essa associação conseguir-se demonstrar, até 2018, suficientemente boa na formação dos médicos do PMMB, é possível pensar em um modelo semelhante para a formação dos futuros médicos no âmbito da Atenção Básica, garantindo uma formação de qualidade mesmo com a presença destes médicos nas áreas de maior vulnerabilidade e difícil acesso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Seção II - DA SAÚDE. [Internet]. Brasília, DF; 1988. [Acesso em 2014 nov. 10]. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf)
2. CEBES. É hora de a sociedade brasileira abraçar o SUS. Editorial da Revista Divulgação em Saúde para Debate 2012;48:4-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. [Internet]. Brasília, DF; 1993. [Acesso em 2014 nov. 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_02.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.PDF).
4. Behring ER. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª Edição. São Paulo: CORTEZ; 2008.
5. Mendes AN. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: HUCITEC; 2012.
6. Rizzoto MLF. Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: HUCITEC; 2012.
7. Carvalho GCM. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde e Sociedade. São Paulo, 1993;1(2):9-24.
8. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro; 2007. Doutorado [Tese] - UERJ.
9. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2001; 2(25):53-9.
10. Pierantoni CR. Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos

Problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. Rio de Janeiro; 2000. Doutorado em Saúde Coletiva [Tese] - UERJ

11. Pierantoni CR, França T, Magnago C, Vieira SP, Nascimento DN, Miranda RG. Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo. Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. [Internet]. Belo Horizonte, MG; 2013. [Acesso em 2014 out. 25]. Disponível em [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/10\\_2\\_2014\\_0\\_Políticas\\_de\\_recursos\\_humanos.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/10_2_2014_0_Políticas_de_recursos_humanos.pdf).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade - Relatório Síntese. [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Acesso em 2014 dez. 02]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_escassez\\_profissionais\\_areas\\_remotas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf).

13. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [Internet]. Brasília, DF; 2011. [Acesso em 2014 dez 03]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html).

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Edital nº 3, de 9 de Janeiro de 2013. Processo de adesão dos médicos ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [Internet]. Brasília, DF; 2013. [Acesso em 2014 nov. 25]. Disponível em <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/02/Edital-PROVAB-com-destaque-para-Acolhimento-ao-profissional-selecionado.pdf>.

15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 2013. [Acesso em 2014 dez. 01]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm).

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Edital nº 2, de 15 de Janeiro de 2015. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [Internet]. Brasília, DF; 2015. [Acesso em 2015 jan. 25]. Disponível em <http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-INSCRICAO-PROFISSIONAIS-SGP-2015.pdf>.

17. Brasil. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. 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. [Internet]. Brasília, DF; 2013.

[Acesso em 2014 nov. 27]. Disponível em [http://www.lex.com.br/legis\\_24599144\\_PORTARIA\\_NORMATIVA\\_N\\_14\\_DE\\_9\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2013.aspx](http://www.lex.com.br/legis_24599144_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_9_DE_JULHO_DE_2013.aspx).

18. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. Brasília; 2013. Mestrado em Saúde Coletiva [Dissertação] - UnB.

19. Cunha GT. Grupos Balint Paidéia : uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP; 2009. Doutorado em Saúde Coletiva [Tese] - Unicamp.

20. Balint M. O médico, o seu doente e a doença. Tradução de José Nunes de Almeida. 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES; 1998.

21. Campos GWS. Saúde Paidéia. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

22. Campos GWS. Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

23. Zimerman, DE. Manual de Técnica Psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

24. Brito LC. A formação do psicanalista. Rio de Janeiro; 2007. Mestrado [Dissertação] - UERJ.

25. Moraes PN. Além dos bônus na residência médica: O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica pode se tornar um mecanismo de formação em larga escala de médicos qualificados para a Atenção Básica? Blog Saúde Brasil. [Internet]. 2011. [Acesso em: 2014 out. 19]. Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/11/06/alem-dos-bonus-na-residencia-medica/>.

Artigo apresentado em 11-10-15

Artigo aprovado em 02-12-15

Artigo publicado no sistema em 30-12-15