



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

**NATALIA DE CAMPOS CARVALHO**

**UMA ANÁLISE DO GRUPO ESPECIAL DE SUPERVISÃO DO PROGRAMA  
MAIS MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E TERRITÓRIOS INDÍGENAS DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

**São Paulo**

**2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

**NATALIA DE CAMPOS CARVALHO**

**UMA ANÁLISE DO GRUPO ESPECIAL DE SUPERVISÃO DO PROGRAMA  
MAIS MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E TERRITÓRIOS INDÍGENAS DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Rosilda Mendes

**São Paulo**

**2021**

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237a Carvalho, Natalia de Campos.  
Uma análise do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal. / Natalia de Campos Carvalho; Orientadora Rosilda Mendes; -- Santos, 2021. 107 p.; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Supervisão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Zonas remotas. 4. Saúde de populações indígenas. 5. Consórcios de saúde. I. Mendes, Rosilda, Orient. II. Título.

CDD 610.969

NATALIA DE CAMPOS CARVALHO

**UMA ANÁLISE DO GRUPO ESPECIAL DE SUPERVISÃO DO PROGRAMA  
MAIS MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E TERRITÓRIOS INDÍGENAS DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 29/07/2021

**ORIENTADORA:**

Profa. Dra. Rosilda Mendes

**BANCA EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Daniele Pompei Sacardo

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto

Profa. Dra. Simone Aparecida Ramalho

*Permitida reprodução total ou parcial, desde que seja citada/preservada a fonte*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e companheiro de aventuras, o Wal, por estar ao meu lado sempre e de forma tão gentil e tão amável. Foi ele quem me incentivou, me encorajou e acreditou que seria possível, além de me inspirar sempre, como um guerreiro da saúde pública que nunca perde a ternura. Ele também me levantou nos momentos difíceis deste caminho. E, por último, me acompanhou em noites de tarefas com vinho, pesto e bom humor.

À minha família, por ter sido o berço da minha educação, ter apoiado sempre a minha formação e minhas andanças que me levaram até os territórios deste estudo. Meu pai, inspiração de médico competente, comprometido e humano. Minha mãe, tradução do amor e apoio incondicional, meu porto seguro. Meus irmãos, meus protetores, exemplos de coragem e inspiradores das andanças em busca de continuidade aos estudos.

Às minhas tias Cidinha, Lita e Celina, pelas orações, pelo amor e pelo carinho, e por existirem na minha vida.

Às tias Márcia e Jana, por serem grandes amigas e pelo acolhimento candango e pandêmico. Pelo cuidado e companhia sempre tão gostosa.

Ao meu grande amigo Pedro, por ter sido minha única aglomeração nesses tempos, sempre cheia de alegria e de cuidado.

Gratidão à minha família carioca, que esteve comigo em momentos decisivos nesta jornada e que os quilômetros nunca conseguiram nos afastar: Cesar, Evelin, Fabíula, Mari e Frida.

Um agradecimento especial à Harineide, peça-chave da minha inserção no GES, que acreditou no meu trabalho e com quem pude aprender muito sobre o PMM. Agradeço também por ela ter sido essencial no aprimoramento da supervisão acadêmica nestas áreas e lutar com afinco pelo Programa mesmo em tempos sombrios.

Agradeço aos tutores e supervisores do GES, pela troca sempre grandiosa e calorosa dos nossos encontros e por dividirmos empenho e esperança nas mesmas direções.

Agradeço à colega supervisora Ana Lígia, por nos presentear com seus cordéis e permitir que um deles desse a graça e melodia a este trabalho.

Agradeço à professora Rosilda pelos ensinamentos e dedicação e por estar ao meu lado em todo este percurso.

E, por fim, dedico esta pesquisa a todas as trabalhadoras e trabalhadores da saúde das áreas indígenas e remotas da Amazônia, que lutam pela construção de um SUS verdadeiramente universal. A elas e eles, todo o meu carinho e admiração. E aos profissionais supervisionados por mim, pela colaboração e por me ensinarem tanto sobre medicina e sobre esta relação.

## **Cordel do GES (Grupo Especial de Supervisão)**

*Vem do Sul e do Sudeste  
Do Nordeste e aqui do Norte  
Traz na mala os seus medos  
Mas se acha até bem forte  
Quer o mundo melhorar  
Sem contar tanto com a sorte*

*Não sabia que existia  
Tanto verde e imensidão  
Tanta água e tanta terra  
Lá de cima do avião  
E o juízo dá um nó  
E se enche de emoção*

*As fotos não registram  
O que os olhos podem ver  
E quando o pé bate na terra  
Até parece não entender  
Que aquele é seu país  
Com sua riqueza e seu sofrer*

*O barco é o novo transporte  
O rio é a nova estrada  
O sol quente na nuca  
Faz querer cair na água  
Mesmo sem ver o chão  
Naquela correnteza orquestrada*

*O encontro acontece  
Em meio à confusão  
São dois profissionais  
Com a mesma vocação  
Só que um pede socorro  
E o outro estende a mão*

*O objetivo é pedagógico  
Mas nem sempre isso acontece  
Há cansaço e desestímulo  
Mas a empatia prevalece  
Há troca de experiências  
E o saber se engrandece*

*A língua nem sempre é a mesma  
Mas os ouvidos se alargam  
E se adaptam de repente  
Àquela fala apressada  
E com ela os olhos dizem  
O que a boca se cala  
E se escutam muitas histórias  
Que parecem inverdades  
De travessia de rio a pé*

*Sem se ver a outra margem  
Aprendendo-se a rezar  
Suplicando piedade*

*O que dizer nessa hora  
De angústia e decepção  
Talvez um abraço conforto  
E acalme o coração  
De quem se vê sem saída  
Longe de sua nação*

*Mas nem tudo é tristeza  
Nessa difícil missão  
Tem muita história bonita  
E de muita gratidão  
De um povo esquecido  
Que precisava de atenção*

*Histórias compartilhadas  
Com os outros companheiros  
Que também trazem as suas  
Que viveram por inteiro  
Em lugares escondidos  
Num estado brasileiro*

*O Amazonas é assim  
Enorme e misterioso  
Que mexe com nossa alma  
E deixa a gente curioso  
Tentando sempre entender  
O viver daquele povo*

*Descobrir esse Amazonas  
De um jeito magistral  
Não seria tão possível  
Sem um grupo especial  
Que junta forças e se une  
Pra vencer um grande mal*

*O GES não é especial  
Apenas no seu nome  
Ele transforma e amadurece  
Quem faz dele sobrenome  
É uma família de guerreiros  
Que da luta não se esconde.*

## RESUMO

Com enorme extensão territorial e marcado por grandes desigualdades socioeconômicas, o Brasil enfrenta problemas na distribuição de profissionais de saúde em diversas localidades, como nos territórios indígenas e municípios de difícil acesso da Amazônia Legal. Apesar da criação do Programa Mais Médicos (PMM), o escasso número de médicos com formação específica para a Atenção Primária à Saúde na Região Norte e a falta de oferta regular de transporte para as localidades remotas da Amazônia têm limitado nos últimos anos a disponibilização de médicos supervisores para assegurar a permanência do PMM nestes cenários. Neste sentido, foi criado em dezembro de 2014 o Grupo Especial de Supervisão (GES) do PMM, em parceria interministerial, para viabilizar o provimento médico em áreas remotas e Distritos Sanitários Especiais de Saúde (DSEI) da Amazônia Legal. Após mais de seis anos de sua implantação, o GES acumula experiências inovadoras de supervisão acadêmica nos rincões do país, mas quase não é notado dentre as centenas de estudos desenvolvidos sobre o PMM. Esta pesquisa destinou-se a analisar a supervisão acadêmica do GES nestas localidades através de entrevistas semi-estruturadas com cinco médicos do PMM e da narrativa autobiográfica da pesquisadora. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo textual, que resultou em três categorias: o “ser médico” do PMM: trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho; a contextualização do trabalho médico nos áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal; e as características de funcionamento da supervisão acadêmica do GES/PMM que a tornam “especial” e fundamental para o país. A pesquisa, com isto, ajudou na compreensão da realidade da região, dos desafios enfrentados pelos profissionais e supervisores e das possibilidades de aprimoramento do suporte pedagógico para o PMM e outros programas de provimento médico. Por fim, discute-se o imperativo das questões estruturais de trabalho e vida nestes locais sobre o alcance real da supervisão, o que exige dela uma postura crítica e engajada na luta por melhorias para a região.

**Palavras-chave:** Consórcios de Saúde, Supervisão, Zonas remotas, Saúde de populações indígenas, Atenção Primária à Saúde



## ABSTRACT

With an enormous territorial extension and marked by great socioeconomic inequalities, Brazil faces problems in the distribution of health professionals in different locations, such as in indigenous territories and municipalities with difficult access in the Legal Amazon. Despite the creation of the Mais Médicos Program (PMM), the scarce number of physicians with specific training for Primary Health Care in the North Region and the lack of regular transport provision to remote locations in the Amazon has limited in recent years the availability of supervising physicians to ensure the permanence of the PMM in these scenarios. In this sense, in December 2014 the Special Supervision Group (GES) of the PMM was created, in an inter-ministerial partnership, to enable medical provision in remote areas and Special Sanitary Health Districts (DSEI) in the Legal Amazon. More than six years after its implementation, the GES has accumulated innovative experiences in academic supervision in the country's corners, but it is hardly noticed among the hundreds of studies carried out on the PMM. This research aimed to analyze the academic supervision of the GES in these locations through semi-structured interviews with five doctors from the PMM and the researcher's autobiographical narrative. Data were subjected to textual content analysis, which resulted in three categories: the “being a doctor” of the PMM: trajectories, expectations and work perspectives; the contextualization of medical work in indigenous and remote areas of the Legal Amazon; and the functioning characteristics of the academic supervision of the GES/PMM that make it “special” and fundamental for the country. The research, therefore, helped to understand the reality of the region, the challenges faced by professionals and supervisors, and the possibilities for improving pedagogical support for the PMM and other medical provision programs. Finally, it discusses the imperative of structural issues of work and life in these places over the real scope of supervision, which requires a critical and engaged posture in the fight for improvements in the region.

**Keywords:** Health Consortia, Supervision, Remote areas, Health of Indigenous peoples, Primary Health Care

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1.	Comparativo demográfico e de acessibilidade entre os municípios de Barueri e Caruaru ..... 30
Quadro 2.	Características das publicações entre 2013 e 2021 relacionadas à supervisão acadêmica no PMM ..... 99
Quadro 3.	Características das publicações entre 2013 e 2021 relacionadas ao trabalho do PMM em territórios indígenas e demais áreas remotas ..... 103

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1.	Número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade por unidade federativa .....	25
Figura 2.	Número de médicos participantes na primeira e segunda etapa do REVALIDA entre os anos de 2011 e 2017 .....	41
Figura 3.	Organização da rede de serviços em saúde do DSEI .....	48
Figura 4.	Representação do território e itinerário de deslocamento da EMSI .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESF – Estratégia Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Fiotec – Fundação de Apoio à Fiocruz

GES – Grupo Especial de Supervisão

IS – Instituição Supervisora

MAAv – Módulo de Acolhimento e Avaliação

MD – Ministério da Defesa

MEC – Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMpB – Programa Médicos pelo Brasil

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

RM – Região Militar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
1.1. Um panorama sobre o Programa Mais Médicos (PMM) .....	<b>20</b>
1.2. Supervisão na área da saúde, PMM e o Grupo Especial de Supervisão(GES) .....	<b>20</b>
1.3. PMM e a Saúde da População Indígena .....	<b>28</b>
1.4. PMM em áreas remotas da Amazônia Legal .....	<b>29</b>
1.5. Supervisão Acadêmica do PMM: aportes teóricos .....	<b>31</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1. Objetivo geral .....	<b>33</b>
2.2. Objetivos específicos .....	<b>33</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
4.1. Ser Médico do PMM: trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho .....	<b>38</b>
4.1.1. Medicina: por que as pessoas buscam formação fora do país? .....	<b>38</b>
4.1.2. Revalidação de diplomas e o PMM .....	<b>39</b>
4.2. Contextualizando o trabalho médico nos rincões do Brasil: áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal .....	<b>47</b>
4.2.1. Territórios Indígenas na Amazônia Legal: acesso e condições de trabalho .....	<b>47</b>
4.2.2. Municípios de pequeno porte do interior da Amazônia: “pelo céu ou pelo rio” .....	<b>59</b>
4.3. Supervisão acadêmica do GES/PMM: especial e fundamental .....	<b>64</b>
4.3.1. Desbravando a Amazônia: bastidores da supervisão, deslocamentos e imersão no cotidiano dos profissionais .....	<b>64</b>
4.3.2. A supervisão do GES sob a ótica dos profissionais do PMM .....	<b>74</b>

<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>78</b>
5.1. Desafios na continuidade do PMM e sua supervisão acadêmica .....	<b>78</b>
5.2. Contribuições da pesquisa para o suporte pedagógico de médicos em áreas indígenas e remotas .....	<b>80</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

## **APRESENTAÇÃO: O caminho até aqui**

Para falar das motivações desta pesquisa, se faz necessária uma detalhada apresentação, tanto para contextualizar o objeto dela na linha do tempo, quanto para dimensionar a implicação da pesquisadora neste estudo.

O ano é 2012 e se aproximavam as provas de residência médica. Faltava pouco para ter as “três letrinhas” tão almejadas, em formato de carteira e carimbo do Conselho Regional de Medicina (CRM). Já naquele momento, me incomodava o fato de que o emprego de médico recém-formado era, e ainda é em alguns lugares, trabalhar em emergência, com pouca experiência e nem sempre com algum apoio de colegas mais experientes. É comum entre jovens profissionais uma enorme gana pela autonomia financeira, ainda mais os que saíam de uma escola privada, cujas mensalidades naquela época já eram salgadas e indigestas para diversas famílias – muitas destas terminavam bancando, a custo de dívidas exorbitantes, o “sonho do filho doutor”. Eu considerava toda essa mistura bem perigosa e não me sentia segura para “surfar essa onda”. As ofertas iam de serviços particulares a pronto-atendimentos públicos em zona rural, ou até em complexos hospitalares. E isso começa a provocar a minha primeira reflexão: se na cidade grande, em uma capital, faltavam médicos a ponto de precisarem contar com tantos profissionais recém-formados, sem nenhuma garantia de expertise para cuidar de condições graves em uma emergência médica, o que pensar de localidades mais afastadas dos centros urbanos? Nesta época, discutíamos sobre a possibilidade de trabalho no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que tinha como objetivo melhorar a fixação de médicos em áreas de difícil provimento. Ofereciam-se então condições mais atrativas, como, por exemplo, o ganho de pontuação para programas de residência médica, apresentando-se na época como uma das experiências de interiorização que antecederam o Programa Mais Médicos (PMM).

Alguns meses antes da formatura eu já estava insegura e ansiosa. Formei-me em uma escola com uma bela história em nosso país, que foi responsável pela formação de centenas de excelentes médicos. Foi também uma das primeiras instituições privadas de ensino de medicina, que afundou “como um Titanic”

poucos semestres depois de minha conclusão do curso. E não cabe aqui atentar aos motivos deste triste fim, mas sim ao caos que um internato médico no meio de tantas crises financeiras e administrativas se tornou. Meus dois últimos anos, que talvez sejam os mais importantes da graduação, foram sucateados. E aí, em pouco tempo, eu teria o tal CRM...

É notório que o crescimento abrupto de faculdades de medicina nos últimos anos no Brasil (principalmente de escolas particulares) trouxe à tona a discussão sobre a qualidade destes cursos. Somaram-se denúncias de irregularidades na estrutura das faculdades, corpo pedagógico e oferta de campos de prática. Tudo isto culmina nesta preocupação que é pouco discutida, mas é importante ser lembrada aqui, sobre o quanto é comum a sensação de despreparo e insegurança neste contexto de uma formação insatisfatória entre um enorme contingente de médicos recém-formados no país. Tal inquietação aparece inversamente proporcional à dimensão da responsabilidade deste ofício, tornando esse abismo ainda maior.

Contudo, tive naquela ocasião uma tábua de salvação: nas últimas semanas antes da colação de grau, uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) foi até nossa universidade e pediu uma reunião com os alunos para divulgar a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC), que teria complementação de pagamento de bolsa, curso de *Advance Cardiac Life Support* (ACLS) e outras formações complementares. Pensei: resolvido! Se eu passar nesta prova, será meu “segundo internato” e ainda conseguirei a tão sonhada autonomia financeira. E me aventurei ali, sem “vocação pessoal” alguma, até porque naquela época não havia ainda um maior enfoque dos currículos e estágios para a Atenção Primária à Saúde (APS) – cenário bem diferente do atual com a reforma das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina de 2014. Além de tudo, em meio ao meu internato caótico, não tive vivência alguma na Estratégia Saúde da Família (ESF) durante a graduação.

Início a residência em março de 2013 e vivo intensamente a dor e a delícia do aprendizado em serviço na comunidade da Rocinha, no auge da reforma da APS do município do Rio de Janeiro. Ali começa a minha segunda reflexão, que também foi motivação nesta pesquisa: vivia a estrutura das relações hierárquicas no trabalho e no ambiente pedagógico, entre inseguranças, sentimento de



impotência, tristeza das histórias de sofrimento, proximidade com a pobreza e vulnerabilidades e despertar para as iniquidades. Também aprendizados, empatia, e êxitos. Tudo isso com uma carga horária exaustiva. Eu respirei fundo para conseguir concluir a residência. O fechamento deste ciclo se deu com um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre o tema do *Burnout* entre os residentes. A pergunta central deste período se torna: como promover saúde em um ambiente por vezes tão adoecedor?

Meus últimos meses da residência foram: quinze dias de estágio no campo da Saúde Indígena, no Parque Indígena do Xingu, e um mês de estágio em uma Unidade de Saúde Familiar em Lisboa. Ritmos, realidades culturais e níveis de tecnologia tão distintos... talvez na busca por respostas sobre as relações entre trabalho e sofrimento e se existiriam, desta forma, cenários de APS mais saudáveis para atuação profissional.

Após alguns meses descansando e viajando, em 2016 volto a trabalhar na APS do Rio em um Centro Municipal de Saúde (CMS) na área mais rica da cidade. E o perfil de pacientes passou a incluir pessoas de classe média/alta começando a acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) após as perdas de poder aquisitivo. Novo cenário de aprendizado. Tive a impressão de que neste local, com mais ciência que as pessoas tinham sobre seus direitos, os cuidados iam mais adiante. Não falo sobre as abordagens individuais dos profissionais – por exemplo, neste novo cenário era demandado fazer inúmeros relatórios para isenção de impostos ou para aquisição de medicamentos de alto custo. Um deles era o da injeção intraocular para tratamento de retinopatias: os pacientes vinham com pedidos de oftalmologistas de serviços privados e alguns já com algum tipo de documento jurídico impondo resolução imediata. Perguntava-me se na Rocinha as pessoas tinham menos retinopatias ou se demoravam mais para consultar um especialista e se este requeria tanta urgência no tratamento quanto o “Doutor de Ipanema”. Injustiças, desigualdades, pressão assistencial, terror gerencial, cobrança por produtividade, (“mas e o Novembro Azul?”), demandas burocráticas, complexidade da rotina do MFC – em uma mesma fila de espera de atendimentos do dia, temos gestantes com hemorragia, casos de insuficiência cardíaca descompensada, transtornos mentais, urgências hipertensivas, dar notícias de teste rápido de HIV positivo e iniciar tratamentos, pré-natal, curativos, tuberculose,

discutir casos e ainda ser auto-cobrada permanentemente, pois “o MFC resolve mais de 80% dos problemas de saúde”. E neste meio, cada encaminhamento para outras especialidades médicas me desfavorecia nesta conta. Por fim, após completar um ano neste local... *Burnout!* Desta vez, como o próprio objeto de meu antigo estudo.

Fiz um mergulho na consciência e pedi de demissão. Fui pensar na vida. Mudar de profissão? Desacelerar? Era falta maturidade profissional para lidar com as impotências? As impotências eram minhas ou do Sistema? Mas eu gostava do que eu fazia. Eu sentia estar lutando por algo que fazia sentido. Com a onda da reforma da APS eu vi, desde a época de estudante, de alguma forma o cenário da saúde se transformar naquela cidade. A residência de MFC da SMS-RJ chegou a contar com um total de 300 residentes, fora os outros programas da cidade. O verdadeiro sentido de qualificar a rede. Aqueles pacientes que citei, que vinham do ambulatório privado, se surpreendiam e elogiavam os atendimentos. Como podia ser tão bom? O sentimento de coletividade gerado nesses ambientes de ensino era contagiante e despertava o engajamento.

Logo após o pedido de demissão e ainda pensando por quais caminhos seguiria, recebi no mês seguinte um convite para ser professora do Eixo Saúde do Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) do Programa Mais Médicos (PMM). Além de ter feito uma formação específica para aquele campo onde os médicos cooperados iriam trabalhar, eu já tinha uma boa vivência na APS e em diferentes cenários daquele cotidiano. Pensei que seria uma experiência rica e que poderia ter mais a contribuir, além da simples apresentação de *slides* e temas pré-determinados. Desde então, começa minha história e meu estudo sobre este Programa que transformou o cenário da saúde em tantos lugares do Brasil e a minha própria vida, me dando combustível e motivos para pesquisar.

Da vivência como médica do SUS, dos esforços em tentar me encontrar como profissional em meio às lacunas do sistema e dos encontros que o Programa me proporcionou, carregados de empatia com colegas batalhando em trincheiras semelhantes às minhas, começaram a surgir incômodos que se traduziram nas perguntas que inspiraram esta pesquisa: como a experiência do GES pode contribuir com outras iniciativas de apoio pedagógico a profissionais em áreas de

difícil acesso? Como dividir com a comunidade acadêmica, a partir de um olhar diferenciado, as singularidades do trabalho em saúde nestas localidades?

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Um panorama sobre o Programa Mais Médicos (PMM)

O Brasil é um país de dimensões continentais, com grande variedade de características geográficas e disparidades socioeconômicas entre suas regiões. Seu processo de colonização, o fim tardio da escravidão, os fluxos de imigração, a industrialização tardia e uma urbanização explosiva são alguns dos fatores marcantes para tamanha desigualdade no país (NERI, 2019). Segundo a “Pesquisa Desigualdade Mundial 2018”, liderada pelo economista francês Thomas Piketty, o Brasil ocupa a 9ª posição de país mais desigual do planeta, com apenas 1% da população detendo quase 30% da renda nacional (ALVAREDO et al, 2018).

Da mesma forma, seguindo a lógica da desigualdade, os brasileiros usuários exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) – e até mesmo aqueles que podem pagar pelo acesso à medicina suplementar – historicamente enfrentam escassez de médicos em determinadas regiões (GIRARDI, 2011). Ao contrário do que alega parte da corporação médica, o problema não se encontra simplesmente na falta de infraestrutura e propostas de salários atrativas em certas localidades. Não se pode reduzir o problema do acesso à saúde do país apenas a estes aspectos (VAN STRALEN et al, 2017). Em estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) a média de médicos por habitantes da região Sudeste (2,81/1000 hab) é maior que o dobro da média da região Norte do país (1,16/1000 hab) (SCHEFFER et al., 2018). Somente o estado de São Paulo, com 21,7% da população nacional, concentra 28% do total de médicos do Brasil. Na mesma linha, a maioria dos centros de formação e centros de referência tecnológicos também se concentra majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste. Naturalmente essas regiões são mais atrativas para profissionais que necessitam de educação permanente e formações complementares. Movimento similar a este ocorre também nas capitais e regiões metropolitanas dos estados do Norte, Nordeste e Centro-oeste em relação às cidades do interior, aumentando ainda mais este deserto. Este fenômeno ocorre também em outros países como Canadá, Reino Unido, Portugal, Austrália, entre

outros que historicamente recorreram a programas de provimento (CRISP & CHEN, 2013).

No momento da divulgação da implantação do Programa Mais Médicos (PMM) houve polêmica acerca do número de médicos no Brasil e, ao contrário do que foi veiculado por algumas mídias, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não possui um parâmetro preciso para a proporção necessária entre médicos e número de habitantes (SILVA et al, 2018). O Governo Federal toma como referência a proporção de médicos encontrada no Reino Unido (2,7/1000 hab) que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção primária. A proporção brasileira em 2012 era de 1,8/1000 hab, índice menor que o da Argentina (3,2), do Uruguai (3,7), do Reino Unido (2,7), de Portugal (3,9) e da Espanha (4,0). Contudo, além da falta de profissionais, o país ainda sofre com a distribuição bastante desigual: 20 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional e cinco deles têm menos de um médico por mil habitantes; até 2015, cerca de 700 municípios não contavam com um médico sequer residindo no local (SCHEFFER et al., 2018; GIRARDI et al, 2016; OPAS, 2015).

A escassez de profissionais médicos em algumas regiões já é estudada desde a década de 1970, quando o sanitarista Carlos Gentile de Mello publicou os primeiros estudos sobre o tema (AGUIAR & MACEDO, 2019). Outros programas governamentais buscaram abrandar o problema, como alguns deles: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001 e o PROVAB em 2011.

A partir da necessidade constatada, o Governo Federal criou o PMM por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em oito de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela lei nº 12.871/2013, após debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional (BRASIL, 2013). O Programa compreendeu três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos (Eixo Provimento – “Projeto Mais Médicos para o Brasil”); a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada

para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica (Eixo Educação); e ações voltadas à melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (Eixo Infraestrutura). O propósito exposto na lei era de que o desenvolvimento desses três eixos ocorresse de forma simultânea (PINTO et al, 2019).

## **1.2. Supervisão na área da saúde, PMM e o Grupo Especial de Supervisão (GES)**

O conceito de supervisão é bastante descrito no campo da educação e seu entendimento tem sofrido transformações ao longo da história brasileira. Esses modelos têm se reproduzido em outras esferas, como na área da saúde, onde ganham características particulares em sua articulação com os serviços (NUNES, 1986; REIS, 2001).

No Brasil, a ideia de supervisão em saúde é retratada inicialmente nas décadas de 1920 e 1930 no bojo da criação dos centros de saúde no Rio de Janeiro, que teria aumentado a complexidade e o corpo organizacional dos serviços. Neste cenário, o crescimento da burocratização e a redução da eficácia da incipiente rede de saúde local trouxeram para a supervisão a demanda da extensão da capacidade gerencial, com o controle da aplicação do planejamento e a correção dos desvios administrativos. Prevalece, com isto, um entendimento tradicional da supervisão como elemento externo de inspeção e controle, com separação entre corpo de planejamento e equipe de execução (REIS, 2001).

A partir dos anos 1940 e 1950, cria-se o formato da supervisão por “*staff*”, diante da necessidade de coordenação das atividades de um maior número de serviços descentralizados no país. Com isto, passa a compor o *staff* uma ajuda especializada no nível da execução dos serviços, onde a autoridade passa a ser exercida com base no conhecimento funcional. A chefia destas unidades mantém a coordenação de processos mais amplos, mas delega-se o acompanhamento das atividades diárias dos demais membros da equipe ao *staff* (ALENCAR, 2018)

Com o processo de extensão da rede de serviços de saúde no país nos anos 1970 e ainda, de modo mais marcante, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), emerge um novo ciclo gerencial na administração pública sob o recente caráter democratizante do país. Trazia-se assim uma necessidade de

monitoramento das ações e programas de saúde que garantisse um maior destaque para as equipes e os usuários do sistema. Desta forma, surge um desenho de supervisão mais participativo, que aproximava as funções gerenciais das de execução, dando aos conteúdos e procedimentos de supervisão uma maior capacidade de se adaptar às necessidades da ponta dos serviços (NUNES, 1986).

A partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990) e o processo de municipalização e descentralização da saúde, começam a despontar iniciativas municipais de apoio matricial e educação continuada voltadas para a qualificação da APS. Passam a ser criados assim os primeiros cargos de apoio/articulação municipais e, posteriormente, estaduais para oferecer assessoria técnica a gestores e profissionais de saúde, responsabilizando-se pela análise da efetividade da APS e da proposição de mudanças baseadas nas necessidades de cada localidade (REIS, 2001).

A confluência destas iniciativas ganha corpo nacional quando o Ministério da Saúde (MS) passa a sugerir oficialmente a criação de espaços de apoio institucional com equipes e gestores da APS. Esta estratégia permitiria aos participantes a formação de uma aliança para a reflexão, aprendizado e transformação dos processos de trabalho cotidianos, reformulando assim o “modo tradicional” de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (ALENCAR, 2018).

Desta forma, percebe-se uma evolução progressiva das estratégias de supervisão em saúde (e em especial na APS) no Brasil: parte-se de um modelo mais rígido, verticalizado e externo ao *locus* de execução das ações em saúde (“supervisão-fiscal”) para um formato mais flexível, compartilhado e próximo às equipes e ao território de referência (“supervisão-apoio”) (ALENCAR, 2018).

A partir da criação do PMM, surgem novos desafios para a supervisão dos profissionais num contexto de grande dispersão dos serviços. Para tanto, constrói-se uma intrincada composição institucional: apesar da gestão do programa ser realizada prioritariamente pelo MS, são desenvolvidas parcerias com outras instituições, como o Ministério da Educação (MEC), que se encarregava da seleção e capacitação inicial dos médicos que aderiam ao programa através do Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv). Nesta atividade, foram lecionadas,

durante períodos de duas a três semanas, aulas dos eixos de português (para os estrangeiros e para brasileiros graduados no exterior) e saúde; e apenas eixo saúde para médicos brasileiros graduados no Brasil (habilitados no Conselho Federal de Medicina). Ao fim deste período, era aplicado um processo avaliativo que selecionava ou reprovava o profissional para a atuação no PMM. Além do MAAv, o MEC ainda se responsabiliza pelo processo de supervisão acadêmica dos médicos do Programa, de forma continuada durante toda a duração de seu contrato, e da especialização em Saúde da Família ou de Saúde Indígena no caso dos profissionais que atuam nesses territórios (AGUIAR & MACEDO, 2019).

A supervisão faz parte do planejamento de estratégias para um programa de provimento emergencial, que necessita tanto de capacitação para profissionais que atuam em cenários diferentes dos quais se formaram; quanto como incentivo para a fixação dos mesmos. Além disso, a supervisão faz parte do respaldo legal diante da proposta de exercício profissional sem a habilitação exigida (certificação do CRM), concedida após a graduação em uma instituição credenciada pelo MEC ou por meio de revalidação do diploma (BRASIL, 2015a). Após aprovados na seleção do MAAv eram concedidos aos médicos um Registro do Ministério da Saúde (RMS), conferindo autorização para atuar somente pelo PMM no escopo de ações da APS durante o tempo de contrato, inicialmente 3 anos, que poderia ser renovado pelo mesmo tempo.

Há ainda outras atividades pedagógicas que são estabelecidas como condição para permanência dos médicos no Programa. Essas ações de qualificação profissional são compostas por dois ciclos formativos: o primeiro é subdividido nos eixos educacionais “Especialização”, realizado nos dois primeiros anos de permanência no PMM, junto com a “Supervisão Acadêmica”; e o segundo subdivide-se em “Aperfeiçoamento” e “Extensão”, que são realizados à distância após o término da especialização (BRASIL, 2015a), mantendo-se a supervisão acadêmica durante todo o tempo de atuação do profissional.

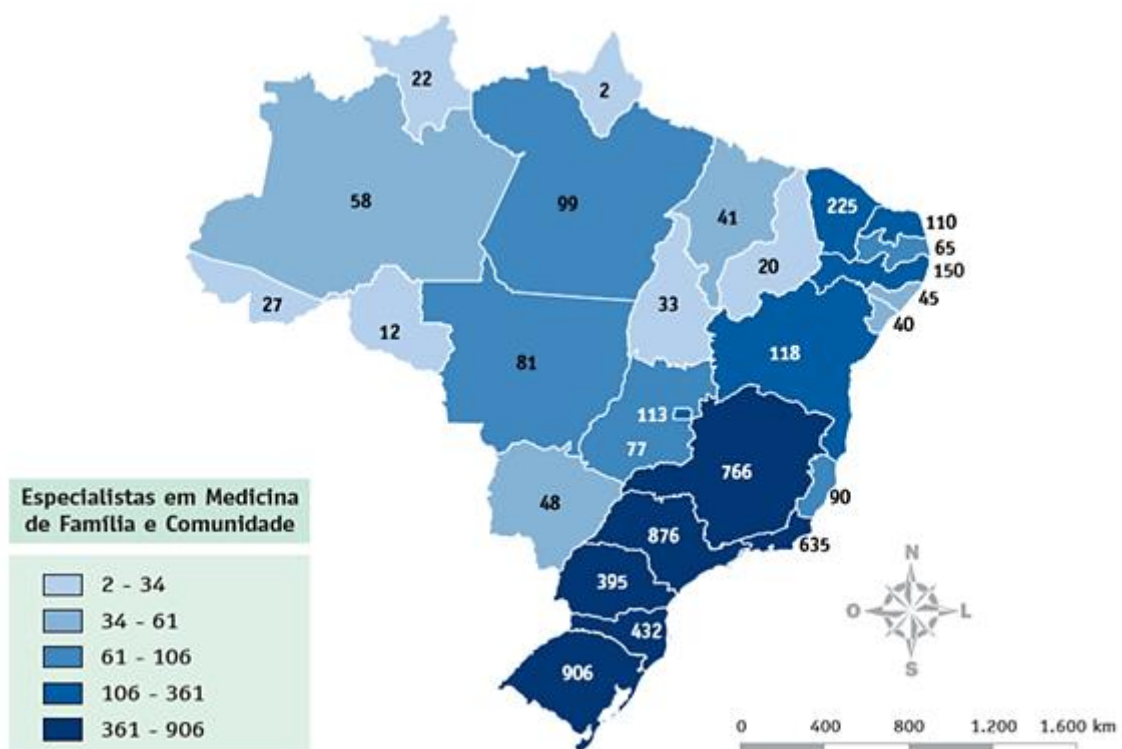
A supervisão do PMM é realizada usualmente através de encontros presenciais com os médicos ao menos uma vez por mês, de modo que o supervisor faz visita à(s) unidade(s) de saúde em que o profissional está alocado ou em espaços cedidos pela gestão local no caso de reuniões com mais de um médico. Por vezes também ocorre a participação de outros profissionais de saúde



das equipes e até mesmo gestores dos municípios, o que ajuda a incrementar políticas locais e capacitar a rede.

Na vastidão do território brasileiro, contudo, em muitos locais de atuação dos médicos não têm sido possível realizar a visita da supervisão todos os meses, sobretudo por obstáculos geográficos. Esta é a realidade da maioria dos municípios da Amazônia Legal, que não apresentam rota de voos comerciais regulares e que o transporte usual é realizado pelos rios, com deslocamentos que chegam a durar mais de 20 dias. Além disso, os elevados custos financeiros para viabilizar o transporte aéreo avulso para estas localidades e até mesmo a falta de segurança em algumas regiões, como as de garimpo no estado do Pará, impedem a realização das supervisões nos moldes tradicionais previstos inicialmente pelo Programa (AGUIAR & MACEDO, 2019). Outro dado importante é a proporção menor de médicos com formação específica para atuação na APS nestes locais comparado às regiões Sudeste e Sul, como pode ser observado na - **Figura 1** (SCHEFFER et al., 2018), o que limita tanto a oferta de profissionais para a assistência quanto para o cargo de supervisor do PMM.

**Figura 1. Número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade por unidade federativa.**



Fonte: SCHEFFER et al (2018)

Partindo desta necessidade de adequação à realidade dos rincões brasileiros, foi criado o Grupo Especial de Supervisão (GES) em 2014, para atuação em quatro estados na região Norte: Acre, Amazonas, Pará e Roraima (BRASIL, 2015b). No restante do país, cada estado tem uma Instituição Supervisora (IS) à qual são vinculados os docentes-Tutores Acadêmicos, que orientam e coordenam o trabalho dos Supervisores. Em alguns casos esta IS também é responsável por ministrar o curso de especialização. O GES surge, então, pela dificuldade das ISs da região Norte de manter regulares as visitas para supervisão acadêmica dos profissionais vinculados. Houve colaboração dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) destes estados e das Forças Armadas por meio de pactuações firmadas pelo núcleo gestor do MEC, vinculado à Universidade de Brasília (UnB), pelo Ministério da Defesa (MD) e pelo próprio gabinete da Presidência da República, mesmo antes de sua regulamentação institucional (AGUIAR & MACEDO, 2019; LUNA et al, 2019). A partir de então, o GES passa a ser amparado pela Portaria 28/2015, que formaliza e normatiza os objetivos deste grupo:

I – Realizar Supervisão Acadêmica, de forma permanente ou temporária, a profissionais atuantes no PMM, em área de difícil deslocamento de supervisores das IS; II – Reestabelecer o contato do médico participante com as ações pedagógicas do PMM; III – Estabelecer parceria com a IS local sobre as informações da situação dos médicos acompanhados perante o PMM; IV – Realizar diagnóstico situacional da Supervisão Acadêmica com devolutiva ao gestor local ou seu representante legal; V – Fortalecer os processos avaliativos da Supervisão Acadêmica perante os médicos participantes; VI – Fortalecer a parceria intersetorial, no âmbito do PMM (BRASIL, 2015b, p.1).

Em dezembro de 2014 iniciaram as atividades do GES e, desde então, o grupo e suas estratégias vêm sendo aperfeiçoados com a expertise adquirida nas localidades de difícil acesso. Além disso, foram sendo incorporadas novas áreas supervisionadas pelo grupo, remanejadas de outras IS, o que resultou, em 2019, na integração de quase todos os DSEI do estado do Amazonas ao GES. O grupo de Tutores e Supervisores do GES também aumentou em número devido à complexidade logística exigida para o planejamento das missões.

Hoje o GES é chamado de “especial” também pela característica de ser composto, em sua grande maioria, por Médicos de Família e Comunidade com marcante atuação na ABS ou na docência (graduação/residência médica), além

de parcela significativa com mestrado nesta área. O estado com o maior grupo, o do Amazonas, conta hoje com dois tutores e 32 supervisores (AGUIAR & MACEDO, 2019; LUNA et al, 2019).

O cronograma do trabalho presencial do GES-Amazonas, por exemplo, é feito da seguinte maneira: os supervisores chegam a Manaus, onde é feita reunião de alinhamento, depois seguem com apoio do MD em voos fretados e rotas planejadas a partir de macrorregiões para os locais de atuação dos médicos que serão supervisionados. Lá passam cerca de dois dias fazendo atividades como observação direta dos atendimentos, interconsultas, reuniões, oficinas e aulas expositivas. Após isto, retornam então à Manaus onde é feita reunião de repasses, aperfeiçoamento e planejamento das próximas ações. Isso ocorre, via de regra, a cada dois meses e, no mês consecutivo, em que se realiza a supervisão “longitudinal” (não-presencial), o grupo se reúne através de webconferências por programas como *Skype/Google Meet*.

Diversas atividades valiosas para o PMM foram desenvolvidas pelo GES, como a confecção de Cartilha sobre a Supervisão, para melhoria do diálogo com médicos supervisionados e gestores, e os Grupos de Trabalho (GT) sobre comunicação, saúde indígena, ferramentas pedagógicas e linhas essenciais de cuidado. Além disso, a imersão periódica dos supervisores nos territórios de difícil acesso tem permitido o reconhecimento de situações particulares para intermediação junto aos gestores locais e estaduais além da construção de estratégias pedagógicas de apoio aos profissionais que atuam nessas localidades. Em evento realizado em Manaus em outubro de 2018, as atividades desenvolvidas pelo GES foram reconhecidas como “inovadoras e primordiais para a garantia do provimento médico nos rincões do país” por integrantes do alto escalão das Forças Armadas brasileiras, na presença de técnicos do MEC e MS (UNA-SUS, 2018).

Nas áreas de atuação do GES, grande parte dos médicos supervisionados encontra-se em territórios indígenas, o que exige um olhar ainda mais atento para as demandas destes profissionais e suas comunidades.

### **1.3. PMM e a Saúde da População Indígena**

Segundo o Censo 2010, 896.917 pessoas se declararam indígenas no Brasil (cerca de 0,4% da população), dentre as quais 517.383 viviam em Terras Indígenas (TI) oficialmente reconhecidas. Esta população se divide em 305 etnias e se distribui ao longo de 672 territórios pelo país, estando presentes em todos os estados e no Distrito Federal (BRASIL, 2011).

As comunidades indígenas encontram-se entre as populações de maior vulnerabilidade do Brasil, sofrendo historicamente com iniquidades de saúde e problemas graves de ordem socioeconômica. Questões como a alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, desnutrição, doenças preveníveis por vacinas, alcoolismo, violência e suicídio evidenciam um quadro sanitário grave e de complexo enfrentamento (BRASIL, 2019b).

Desde 1999, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), foram organizadas unidades gestoras descentralizadas para a viabilização do cuidado em saúde nestes territórios. Batizados de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), estas unidades possuem orientação para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, ordenando a rede de saúde e as práticas sanitárias locais. O Brasil conta hoje com 34 DSEIs que abrigam 351 pólos-base, onde se referenciam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. A Região Norte é a que possui maior número de habitantes em TI: são 251.891 indígenas que residem em territórios adscritos a 21 DSEIs (BRASIL, 2019b).

Com a implantação do PMM, 339 médicos foram incorporados aos DSEI durante os dois primeiros anos da iniciativa (incremento de 79% no quantitativo de médicos anterior a 2013), chegando a cobrir 100% dos distritos. Apesar da considerável ampliação da cobertura médica, houve diferenças importantes na distribuição dos profissionais entre os distritos – em 2013, o DSEI Mato Grosso do Sul apresentava razão de 0,04 médico/1000 hab enquanto o DSEI Altamira possuía taxa de 2,02. Com a saída dos médicos cooperados em 2018, a distribuição dos profissionais se tornou ainda mais dispare (GONDIM, 2018).

Além da ampliação do acesso a partir do provimento médico, o PMM nos DSEI tem se destacado pela satisfação dos usuários indígenas, pela ampliação do escopo de ações na ABS e pelo diálogo com os saberes tradicionais da população (FONTÃO & PEREIRA, 2017).

#### 1.4. PMM em áreas remotas da Amazônia Legal

Diversas localidades brasileiras, para além dos territórios indígenas, enfrentam dificuldades pelo isolamento geográfico, como os municípios de pequeno porte da Amazônia. Segundo as normativas de implantação do GES e de regulamentação da supervisão acadêmica do PMM (BRASIL, 2015a; 2015b), estas cidades seriam marcadas por não possuírem transporte comercial terrestre, aéreo, hidroviário ou ferroviário com oferta regular, estarem situadas na Amazônia Legal, não serem capitais ou pertencerem a regiões metropolitanas e possuírem menos de 80.000 habitantes.

Estes municípios, em sua grande maioria, possuem baixíssima densidade demográfica (menos de 10 habitantes/km<sup>2</sup>), grande extensão territorial, baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e encontram-se isoladas de centros urbanos de médio/grande porte, dependendo do transporte fluvial por pequenas embarcações e estradas vicinais não-pavimentadas para o deslocamento em seu entorno. Também são comuns a escassez na oferta de profissionais e serviços de saúde, a precária articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a dificuldade na remoção de pacientes para unidades de referência regional (AGUIAR & MACEDO, 2019; LUNA et al, 2019; ROCHA et al, 2020).

De forma ilustrativa, comparamos a realidade demográfica e de acesso aos municípios de Carauari (29<sup>o</sup> cidade mais populosa do Amazonas) e Barueri (29<sup>o</sup> mais populoso do estado de São Paulo), ambas beneficiárias do PMM (**Quadro 1**).

**Quadro 1. Comparativo demográfico e de acessibilidade entre os municípios de Barueri e Carauari**

	<b>BARUERI – SP</b>	<b>CARAUARI – AM</b>
<b>População</b>	274.182 habitantes	28.294 habitantes
<b>Área territorial</b>	65 km <sup>2</sup>	25.767 km <sup>2</sup>
<b>Densidade demográfica</b>	3.665,21 hab/km <sup>2</sup>	1,00 hab/km <sup>2</sup>
<b>Distância da capital do estado</b>	34 km (via terrestre)	Não há acesso via terrestre 780 km (via aérea) 1.676 km (via fluvial)
<b>Principais vias de acesso</b>	Terrestre – Rodovia Pres. Castelo Branco (SP-280)	Fluvial – Rio Juruá
<b>Tempo de deslocamento para a capital do estado</b>	28 minutos (carro)	3:30h (via área) 4 dias (via fluvial / período de cheia do Rio Juruá) e 15 dias (período de seca)
<b>Acesso à zona rural/entorno do município</b>	Não possui zona rural. Entorno acessado principalmente através da rodovia SP-280 e avenidas de grande porte	Embarcações de pequeno porte (“voadeiras”) no período de cheia dos igarapés e pequenas estradas vicinais. Muitas localidades se tornam inacessíveis nos períodos de seca.
<b>IDH-M</b>	0,786	0,549

Fonte: IBGE/PNUD (2019).

De modo semelhante, as áreas remotas não apresentavam regularmente candidatos ao cargo de supervisores do PMM, o que inviabilizava o provimento de médicos pelo programa (AGUIAR & MACEDO, 2019; LUNA et al, 2019). Com a implantação do GES, foi possível organizar a oferta de supervisão acadêmica em grande parte dos municípios de difícil acesso da Amazônia e qualificar o aporte pedagógico oferecido aos profissionais.

Em termos de semântica, percebe-se a expressão “áreas remotas” com um sentido muito mais abrangente, que envolveria desde territórios indígenas até localidades isoladas dos rincões do país. Neste trabalho, no entanto, utilizaremos o termo para expressar os municípios de pequeno porte em situação de difícil acesso na Amazônia Legal, em conformidade com o 2º perfil de territórios de atuação da supervisão acadêmica do PMM (2015a).

### 1.5. Supervisão Acadêmica do PMM: aportes teóricos

É perceptível o acúmulo teórico trazido pelos muitos estudos sobre o PMM nos últimos anos, sobretudo no eixo provimento (SILVA & CECÍLIO, 2018; RIOS & TEIXEIRA, 2018). No entanto, poucas pesquisas foram realizadas sobre a supervisão acadêmica e sua relação com o cotidiano de trabalho dos médicos do programa até o momento. Além do eixo pedagógico, poucas foram as publicações que abordavam as singularidades do PMM na Região Norte do Brasil e, em particular, nos territórios indígenas. Com a saída dos médicos intercambistas no final de 2018, pouco se pesquisou sobre situação dos DSEIs e do processo de trabalho dos novos profissionais do PMM que preencheram estas vagas.

Tomando por base a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e os descritores “Programa Mais Médicos”, “supervisão acadêmica”, “população indígena” e “áreas remotas”, encontram-se disponíveis 33 publicações sobre o assunto entre novembro de 2013 e junho de 2021 (**Anexo 1**). Foram descartadas publicações que não apresentavam conteúdo a respeito do tema. Nesse total, apenas quatro estudos tiveram temática voltada para o GES (AHMADPOUR et al, 2020; AGUIAR & MACEDO, 2019; LUNA et al, 2019; DIAS, 2017) e somente 12 abordaram o trabalho de profissionais do PMM em territórios indígenas e demais áreas remotas (SANTOS et al, 2019; SANTOS, 2018; GONDIM, 2018; MARQUEZAN & GIRALDIN, 2017; FONTAO & PEREIRA, 2017; ALMEIDA et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2016; SOUZA, 2015; SILVA et al, 2015). Nesta relação, destacam-se os trabalhos de Dias (2017), pioneiro no estudo e na divulgação acadêmica do GES, e de Almeida e col. (2017) que sintetizou as principais evidências do PMM nos territórios indígenas. Levando em consideração as cinco dissertações de mestrado (CARDOSO JUNIOR; GONDIM, 2018; DIAS, 2017; VIEIRA, 2017; CASTRO, 2015) e a tese de doutorado (PAULA, 2017) deste grupo, todas apontam para a necessidade de realização de mais pesquisas sobre a supervisão acadêmica em programas de provimento médico e suas formas de potencializar o trabalho, sobretudo nos municípios e regiões mais vulneráveis do país. Além disto, as 21 publicações que abordavam a supervisão acadêmica convergiam sobre a necessidade de se aperfeiçoar o suporte pedagógico oferecido aos médicos do Programa, com vistas ao aprimoramento do processo de trabalho destes profissionais e de sua prática clínica.

Por outro lado, o “Eixo Educação” do PMM, que entre suas metas previa a expansão em larga escala de vagas de residência médica, vem enfrentando dificuldades para se desenvolver de forma efetiva nos pequenos municípios da Região Norte brasileira (BARRÊTO et al, 2019). Apesar do avanço com o aumento de 408 vagas na região entre os anos de 2013 e 2018, quase sua totalidade se deu nas capitais e apenas 17,4% eram de MFC, especialidade prioritária para a APS no país. Neste cenário, a região carece de estratégias de formação complementar para os médicos em localidades de difícil acesso, como territórios indígenas e comunidades ribeirinhas da Amazônia Legal. Estas localidades, em sua grande maioria, acabam sendo assistidas por médicos do “Eixo Provitamento” do PMM, que dependem da supervisão acadêmica como principal recurso pedagógico de apoio (PEREIRA & PACHECO, 2017).

Neste sentido, percebe-se a necessidade, seja por programas de residência em MFC ou estratégias de provitamento médico emergencial, de haver incremento no suporte educacional oferecido aos médicos das localidades de difícil acesso do Brasil. Os formatos tradicionais de ensino, focados em encontros presenciais e estrutura física fixa, não são viáveis em realidades tão disparees como a dos pequenos municípios da Região Norte (PEREIRA & PACHECO, 2017). Em se tratando dos DSEIs, as singularidades de ensino se tornam ainda mais complexas (AHMADPOUR, 2020; GONDIM, 2018). Com isto, experiências como a do GES possuem grande valor e podem dar suporte para outras iniciativas em realidades semelhantes pelos rincões do país.

A supervisão acadêmica que consiste em um acompanhamento periódico e sistemático dos médicos do PMM deve fazer a interlocução entre os saberes e as práticas destes profissionais, facilitando o aprendizado em serviço e ressignificando as experiências adquiridas no trabalho nestas localidades para a busca de novos conhecimentos. Desta forma, pensar em inovações nos processos de ensino-aprendizado nos DSEI e áreas remotas abre janelas de oportunidade para a qualificação do cuidado em parte importante do território nacional.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral:**

- Analisar a supervisão acadêmica do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal

### **2.2. Específicos:**

- Compreender a realidade das áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal em que se inserem os profissionais do Programa Mais Médicos e os desafios enfrentados
- Apontar possibilidades de suporte pedagógico para médicos em áreas remotas e territórios indígenas para iniciativas já existentes ou a serem implantadas

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa (MINAYO, 2010), de caráter exploratório, que buscou compreender o desenvolvimento da supervisão acadêmica do GES/PMM em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal. Para tanto, foi necessária uma metodologia que conseguisse aprofundar os significados e representações dos atores envolvidos e que leve em conta a reflexão do pesquisador-objeto como parte integrante do conhecimento a ser produzido. Por outro lado, em virtude da pandemia de COVID-19, os recursos disponíveis para a condução da pesquisa de campo, seja para uma possível coleta presencial de entrevistas ou uma observação com realização de diários de campo, foram limitados consideravelmente. A falta de previsões concretas para a realização de novas visitas aos municípios isolados e DSEIs na Amazônia Legal nos próximos meses nos levou a adaptar a proposta original deste estudo e buscar fontes de dados sobre a supervisão acadêmica que pudessem ser extraídas sem a presença física da pesquisadora nestas localidades. Desta forma, valorizar recursos virtuais e as vivências prévias da autora como meios de informação sobre o objeto de estudo e assim elaborar uma proposta compatível com o momento de exceção vivido na atualidade.

Assim, optou-se pela realização de entrevistas por videoconferência e produção de narrativas como estratégia de apresentação da interação sujeito-objeto e seus desdobramentos. Os dados foram produzidos das seguintes formas:

- a) **entrevistas** com médicos do PMM que tenham trabalhado há pelo menos um ano em áreas remotas ou DSEIs na região da Amazônia Legal; que sejam supervisionados pela pesquisadora; e que possuíssem motivações distintas para o trabalho nestas localidades. Segundo Fraser e Gondim (2004), as entrevistas na pesquisa qualitativa possibilitam a compreensão dos significados, valores e opiniões dos atores sociais sobre situações e vivências, sendo apropriadas para investigações cujo objetivo é conhecer as percepções humanas sobre o mundo circundante. Por outro lado, flexibilizam a condução do processo de pesquisa e a avaliação dos resultados, dando ao entrevistado papel ativo na produção das

interpretações do pesquisador e produzindo assim um “texto negociado”. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (**Anexo 2**), modalidade que favorece a livre manifestação de opiniões dos entrevistados e que permite o surgimento de novos aspectos sobre o tema, dando ao pesquisador a possibilidade de redefinir seu roteiro ao longo da entrevista para obter mais informações e assim ampliar a compreensão sobre o fenômeno pesquisado (FRASER & GONDIM, 2004). A escolha dos entrevistados foi intencional, garantindo pertinência ao meio social pesquisado e permitindo explorar as variadas representações sobre a supervisão acadêmica nestas localidades. No contexto da COVID-19, optou-se pela realização de entrevistas com cinco médicos(as) por videoconferência, através da plataforma *Google Meet*, com gravação para posterior transcrição das falas. Após sua reconstrução textual, serão excluídos os arquivos de vídeo. As entrevistas foram realizadas somente após a autorização expressa dos entrevistados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mantendo o anonimato das informações e buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa (**Anexo 3**). Entre estes, estão presentes duas mulheres e três homens com idades entre 25 e 45 anos. Mesmo mantendo o sigilo dos nomes, optamos por não discriminar as características dos entrevistados no texto para preservação de suas identidades, dado o teor das informações compartilhadas e o risco de retaliação;

- b) **narrativa autobiográfica da pesquisadora**, que possui trajetória singular e emblemática do fenômeno estudado. Atuando como supervisora do GES/PMM desde 2017, a descrição, reflexão e introspecção intelectual/emocional da autora foram utilizadas como recurso para compreender a supervisão acadêmica e as subjetividades envolvidas. Segundo Hutto (2008), a narrativa é um caminho para a compreensão dos outros e do mundo, viabilizada através da interação real no contexto pragmático e social. De modo semelhante, Marques e Satriano (2017) apontam a pesquisa narrativa autobiográfica como uma fonte/ferramenta metodológica viável e válida no campo das ciências sociais, bem como uma alternativa rica no estudo do ser humano. O constructo desta narrativa

deverá assumir a implicação da pesquisadora (MERHY, 2004) e buscar sua contraposição dialógica com o conteúdo das entrevistas e da bibliografia levantada sobre o tema da supervisão. Por fim, os trechos identificados como relatos/narrativas serão destacados em itálico, iniciados e finalizados com elemento gráfico (\*\*\*) e dispostos com verbos em primeira pessoa.

Para a sistematização dos dados, foram cumpridas as seguintes etapas: inicialmente foram identificados trechos das entrevistas que se relacionassem com questões da supervisão acadêmica e das condições de vida e trabalho nos territórios indígenas; em seguida, foram produzidas as narrativas que complementassem estes tópicos e que agregassem informações sobre o funcionamento das atividades do GES e sobre a realidade das áreas remotas.

Após o levantamento destes materiais, foi realizada a leitura geral dos textos para seu agrupamento em diferentes unidades de análise. Com o material ordenado, foi feita sua leitura exaustiva para a análise de conteúdo textual (BARDIN, 1979) e a construção da síntese interpretativa, possibilitando a comunicação dos dados resultantes com os objetivos da pesquisa.

A partir deste refinamento do texto, emergiram três categorias de análise: o “ser médico” do PMM: trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho; a contextualização do trabalho médico nos áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal; e as características de funcionamento da supervisão acadêmica do GES/PMM que a tornam “especial” e fundamental para o país. Desta forma, foram divididos três capítulos principais neste trabalho que abarcassem o conteúdo destas categorias e permitissem um encadeamento lógico do texto. Com isto é possível transitar desde a graduação destes profissionais até a sua entrada nestas localidades e as questões sobre o futuro do Programa. Ao longo do texto os médicos entrevistados foram identificados pela letra “E” e por números de 1 a 5 para a garantia do seu sigilo.

O período pesquisado foi entre os anos de 2017 a 2020 e os locais de estudo foram os territórios adscritos ao DSEI Parintins e à APS do município de Caruari-AM, além de breve relato sobre a entrada em área no DSEI Alto Purus, onde a pesquisadora realiza ou já realizou a supervisão acadêmica. Foram excluídos os profissionais que atuam em serviços sem relação direta com o GES

ou em DSEIs e áreas remotas fora dos estados selecionados ou em período anterior ao ano de 2017.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado sob o parecer de número 4.227.686.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Ser Médico do PMM: trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho**

#### **4.1.1. Medicina: por que as pessoas buscam formação fora do país?**

A medicina no Brasil é o curso de nível superior que oferece mais vantagens profissionais quando considerados aspectos como salário, jornada de trabalho, oferta de empregos e cobertura previdenciária (IPEA, 2013). O rendimento médio da categoria ultrapassa a dos empregados do setor militar e de segurança e a dos profissionais em serviços de transporte, como engenheiros de trânsito, especialistas em logística, pilotos de aviação e administradores de portos e aeroportos. Entre 2003 e 2011, os postos de trabalho formais criados para médicos no Brasil ultrapassaram em 54 mil o número de graduados, gerando uma realidade de pleno emprego não vista entre as demais profissões de nível superior do país (BRASIL, 2013).

A realidade profissional, desta forma, tem gerado repercussões na escolha de estudantes por todo o Brasil: em 2020, o Sistema de Seleção Unificada (SISU) – base informatizada do MEC utilizada na oferta de vagas para candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) – contou com 274.190 candidatos para 4.220 vagas em medicina, mantendo-se assim como o curso mais disputado do país (BRASIL, 2020). A crescente concorrência tem feito a idade média dos ingressos elevar-se em universidades como a UNIFESP, a Estadual de Campinas (UNICAMP) e a Estadual Paulista (UNESP), com grande parte dos aprovados permanecendo por mais de dois anos em preparação para o vestibular (GONÇALVES, 2015). Este cenário tem dificultado o acesso de estudantes de baixa renda que não possuem condições de custear períodos tão prolongados de afastamento do mercado de trabalho, mesmo com o crescimento de políticas afirmativas de ingresso universitário como as cotas raciais.

Diante desta concorrência, grandes grupos privados da educação expandiram fortemente seus negócios na abertura de faculdades de medicina no país. O mercado destes cursos chegou a movimentar, entre mensalidades,

fomento e renúncias fiscais, cerca de R\$ 18 bilhões em 2020 – sem contar os custos familiares “invisíveis” como roupas, livros, materiais e a manutenção da subsistência dos estudantes. Entre 2012 e 2017, as mensalidades nas escolas médicas subiram em média 29%, com reajustes bastante superiores à inflação do período, alcançando valores medianos de R\$ 7,8 mil (KOIKE, 2019).

O crescimento dos custos e a grande concorrência dos vestibulares têm feito muitos brasileiros buscarem cursos de medicina no exterior. O número de estudantes neste quadro já ultrapassa 65 mil, concentrados em sua maioria no Bolívia, Paraguai e Argentina. Nestes países, instituições privadas cobram em média entre R\$ 700 e R\$ 2.000 e possuem maior facilidade de ingresso no curso, quase nenhuma com aplicação de vestibular nos moldes do Brasil (CAMBRICOLI). A procura por faculdades de medicina fora do país tem chegado até a Rússia, cujas mensalidades giram em torno de R\$ 1.900 (dependendo da cotação do Real). A Universidade Médica Estatal de Kursk, onde estudam mais de uma centena de brasileiros, possui concorrência média de cinco candidatos por vaga, realidade bastante inferior à da faculdade de medicina da USP (1/135) (COELHO, 2018).

Esta trajetória é compartilhada com os médicos entrevistados:

“(...) minha mãe é professora, meu pai é funcionário público, não teve estudo, então não tinha como fazer um cursinho e estudei em escola pública, e a única opção que eu tinha em estudar medicina, que é o curso dos meus sonhos, era indo embora de Rondônia e indo para Bolívia, que era onde meu pai conseguia pagar para mim.” (E3)

#### **4.1.2. Revalidação de Diplomas e o PMM**

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (REVALIDA), criado em 2011 em articulação do MEC e MS, é o instrumento avaliativo que subsidia o processo de revalidação brasileiro. O exame é dividido em duas etapas eliminatórias: prova escrita com 100 a 110 questões de múltipla escolha e cinco discursivas; e prova de habilidades clínicas subdividida em 10 estações. A aprovação nas duas fases, desta forma, é pré-requisito para o livre exercício da medicina no Brasil. O REVALIDA padronizou assim a avaliação sob um formato nacional, substituindo o

modelo anterior de revalidação que era realizado de forma independente por universidades públicas de acordo com os critérios de cada comissão local (BRASIL, 2021).

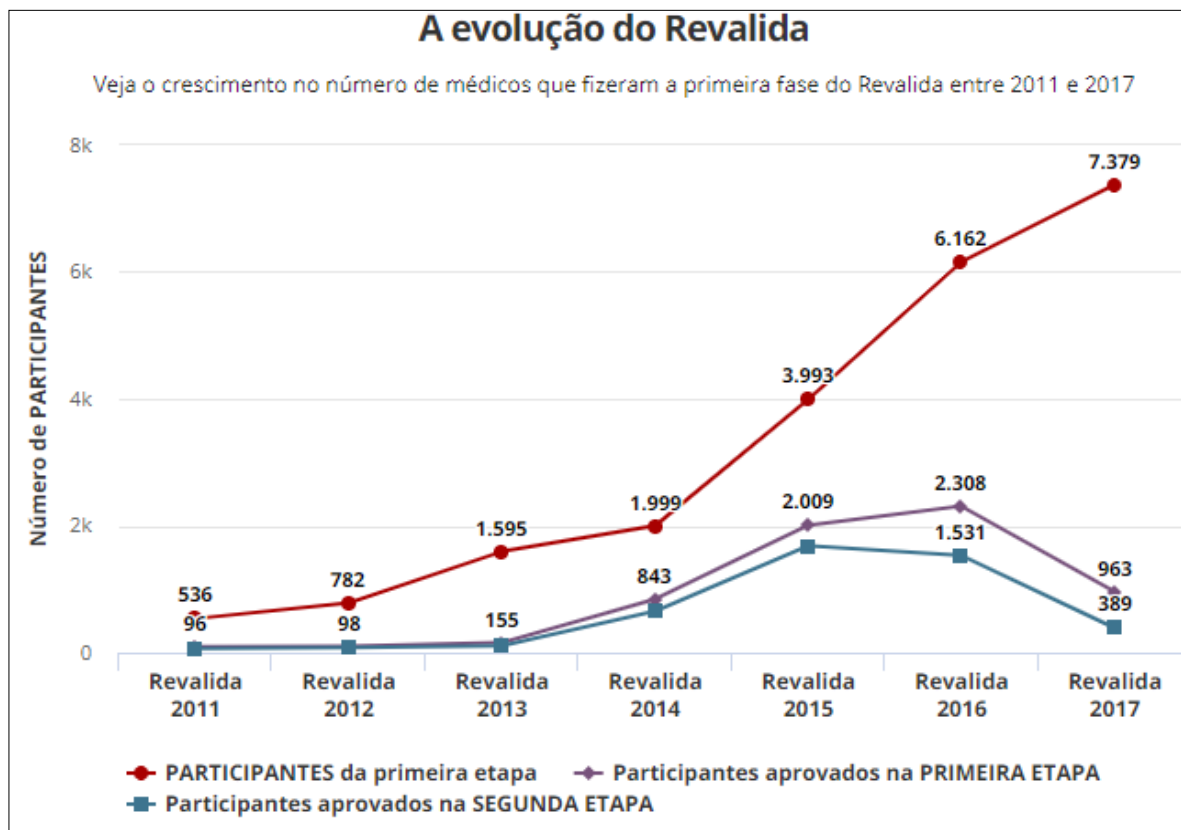
O REVALIDA, em seu desenho atual, possui taxas de aprovação consideravelmente baixas. Entre os anos de 2011 e 2016, o índice de reprovação do exame foi de quase 80% e em 2017 obteve o pior nível de aproveitamento de sua história, com cerca de 95% dos candidatos reprovados em pelo menos uma das etapas (MORENO, 2019). O rigor do exame foi relatado por um dos entrevistados

“(...) o REVALIDA é uma bomba justamente para acabar com a gente. Eles não fazem REVALIDA para ninguém aprovar, eles fazem o REVALIDA para falar mal do ensino lá de fora e achar que a gente não está preparado para isso. Mas eu lhe digo, como que a gente não tá preparado para isso se o Programa Mais Médicos fez a saúde fluir de uma forma bem melhor? E, de forma verdadeira, diminuir o caos da Saúde nas cidades?” (E1)

O número de inscritos no exame apresentou forte crescimento desde sua implantação, saindo de 536 participantes em 2011 para 7.379 em 2017 (**Figura 2**). Neste ano, o MEC se deparou com 1.337 ações judiciais de candidatos cujas inscrições haviam sido indeferidas, em grande parte por atrasos na emissão de diplomas das instituições de origem. Em meio a grande tensão jurídica e com sobrecarga de inscritos, o exame de 2017 abriu uma crise no processo de revalidação nacional marcada por atrasos e problemas técnicos (MORENO, 2019; CAMBRICOLI, 2019).



**Figura 2. Número de médicos participantes na primeira e segunda etapa do REVALIDA entre os anos de 2011 e 2017.**



Fonte: MORENO, 2019.

Até 2016, o REVALIDA foi realizado de forma regular, com periodicidade anual e resultados disponibilizados com pequenas margens de atraso frente aos cronogramas ministeriais. Em 2017, apesar da aplicação da primeira etapa ainda no mês de setembro, a segunda etapa, prevista para novembro do mesmo ano, acabou sendo adiada por duas vezes para março e novembro de 2018 (MORENO, 2019). O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), autarquia do MEC responsável pela aplicação do REVALIDA no país, respondeu na época que o motivo de tamanho atraso:

“(…) é o excessivo número de demandas judiciais que precisaram ser individualmente tratadas e, obviamente, antes da divulgação dos resultados da primeira etapa. Os questionamentos jurídicos afetaram o calendário de execução em função dos trâmites adicionais, de ordem judicial, impostos ao processo. Os participantes entram na justiça porque não têm, no momento da inscrição, o diploma de médico requerido para a revalidação. O objetivo é fazer a prova sem o referido diploma e, caso atinjam a pontuação, querem que já fique valendo para quando ele tiver

atingido o grau. Entretanto, a legislação diz que a prova é para revalidar o diploma.” (MORENO, 2018)

Após os atrasos, o INEP ainda apresentou problemas técnicos em 2018 na filmagem das provas de habilidades clínicas de 46 dos 947 médicos inscritos para a segunda etapa do REVALIDA de 2017. Com isto, as provas foram remarcadas para março de 2019, o que atrasou novamente a divulgação do resultado final do exame. A revalidação de diplomas médicos no Brasil permaneceu, assim, interrompida durante os anos de 2018 e 2019, enquanto vigorava o impasse sobre o exame de 2017, só sendo aplicadas novas provas em 2020 em desfecho ainda incompleto (PEREIRA, 2021). Como exemplo, um médico graduado no exterior em 2017 e que não tenha conseguido emitir as certificações e carimbo da instituição no diploma a tempo da inscrição para o REVALIDA daquele ano, teve de permanecer durante pelo menos quatro anos impedido de atuar no Brasil. Esta realidade foi compartilhada pelos entrevistados:

“Eu comecei a concorrer quando eu tinha 26 anos. Eu fiquei de 2017 até 2019 sem trabalhar, aí ficava lá na casa do meu pai, tentando estudar. (...) E aí eu tive que fazer comida para vender pra poder permanecer lá esse restante de tempo, né, esperando a documentação. Então foi muito difícil.” (E3)

“Eu não tenho condições... o REVALIDA não abria... (...) eu falei: ‘eu vou para o Rio de Janeiro como enfermeiro’, porque eu tinha feito enfermagem também. E aí vou trabalhar e estudar para quando surgir oportunidade, eu fazer a prova e ver o que acontece... Porque eu não podia ficar parado. Porque a sua vontade é de sumir! Porque parece que você perdeu o seu tempo, a sua vida... Você se sente impotente na verdade. Depois de tanto tempo de dedicação, e o que você passa, o que você sofre lá...” (E1)

Após as turbulências verificadas entre 2017-2019, o REVALIDA ainda não concluiu a edição subsequente referente a 2020. Com a primeira etapa (teórica) aplicada em dezembro de 2020, a prova de habilidades clínicas (prática) ainda se encontra com inscrições abertas até o mês de junho de 2021 e não possui até o momento data confirmada para sua realização – desta vez sob o argumento de problemas operacionais relacionados à pandemia (PEREIRA, 2019). A situação torna-se ainda mais dramática com o agravamento da COVID-19, quando o sistema de saúde entra em colapso em praticamente todo o país e os serviços dos três níveis de atenção passam a amargar escassez de profissionais. Cidades de grande porte como Belém-PA chegaram a fechar hospitais destinados ao atendimento de COVID-19 por falta de médicos enquanto cerca de 15 mil

profissionais graduados no exterior se encontram no Brasil sem possibilidade de atuação e sem previsão de novas provas do REVALIDA (MÍDIA NINJA, 2020; LAZZERI, 2021).

Diante deste cenário, os estados do Amazonas, Pará, Acre, Sergipe e Santa Catarina, além de um pedido coletivo de governadores do Nordeste, vêm recorrendo à justiça para tentar contratar em regime emergencial médicos sem revalidação de diplomas. Em contraponto, o CFM tem obtido sucessivas vitórias judiciais contra a contratação destes profissionais sob o argumento da proteção da população e garantia da qualidade da medicina no país. Entre 2020 e 2021, o Conselho conseguiu barrar mais de 210 ações que pediam flexibilização do REVALIDA e desde o início de 2021 vem conduzindo campanha de mobilização parlamentar para barrar projetos de lei que permitam a contratação destes profissionais (LAZZERI, 2021).

Situação semelhante foi visualizada no país entre 2013 e 2014, no início da implantação do PMM, quando diversas entidades médicas (conselhos, associações de especialidades e sindicatos) se posicionaram veementemente contrárias ao programa, reforçando em seu discurso a suposta suficiência de médicos do país e o receio pela baixa qualificação dos profissionais que ingressariam no Brasil sem aprovação no REVALIDA. Durante a chegada dos médicos intercambistas, explodiram casos de xenofobia e racismo proferidos por conselheiros regionais e outros médicos nos aeroportos brasileiros, que acabaram repercutindo internacionalmente. Supervisores médicos do PMM chegaram a ser perseguidos em alguns estados por “estarem corroborando com a vinda de mais profissionais para o país”, sendo ameaçados por processos éticos e tendo seus nomes expostos para linchamento da categoria (LAZZERI, 2021; VIDEVERSUS, 2013).

Apesar dos embates, o PMM consolidou-se como importante estratégia de provimento médico no país, com impacto na APS nacional e gozando de grande popularidade entre os usuários do SUS. Entre 2013 e 2017, o PMM ampliou a cobertura de médicos em mais de 70% dos municípios, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade; impulsionou a expansão das vagas de graduação médica e de residência em MFC; e contribuiu para um maior aporte de recursos para a APS do país (MACEDO & FERREIRA, 2020). Em estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com cerca de 14 mil usuários, a população

atribuiu nota 9 ao PMM (numa escala de 0 a 10) e 85% disseram que a qualidade da assistência médica se tornou melhor ou muito melhor após a chegada dos profissionais do Programa. Além disto, 87% afirmaram que a atenção dos médicos durante as consultas melhorou e 82% apontaram que houve melhora da resolutividade dos atendimentos (UFMG & IPESPE, 2015).

Por outro lado, a ruptura do convênio Brasil-OPAS-Cuba no final de 2018 provocou grande repercussão no país, sendo percebida de forma mais sensível entre as populações de municípios de pequeno porte e da periferia dos grandes centros. Mesmo com o preenchimento parcial das vagas deixadas pelos médicos cubanos por brasileiros, graduados no Brasil ou no exterior, a saída de mais de 8.000 profissionais comprometeu 1/5 do número de vagas do Programa (FERNANDES, 2019). Em estudo realizado por pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Imperial College de Londres e Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, apontava-se que o comprometimento do PMM, no contexto das políticas de austeridade fiscal do Brasil, poderia levar a um aumento de até 50 mil mortes prematuras por condições sensíveis à APS em 12 anos (2019-2030) (RASELLA et al, 2019).

Outro aspecto relevante se refere à rotatividade profissional na APS no contexto do Programa – em diversas localidades, médicos do PMM (sobretudo os cooperados) mantiveram-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por períodos mais duradouros do que os demais (UFMG & IPESPE, 2015). Um exemplo marcante deste processo ocorreu no Centro Municipal de Saúde (CMS) Hélio Smidt, no complexo da Maré, Rio de Janeiro-RJ, em que médicos cubanos do PMM que trabalhavam há cerca de três anos neste serviço foram transferidos para outras localidades para a implantação do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Passados apenas seis meses, o campo de prática acabou sendo fechado e levado para outros CMSs. O mesmo tem acontecido em áreas remotas e indígenas da Amazônia Legal assistidas previamente por médicos cubanos, quando em apenas três meses (janeiro a março de 2019) mais de mil profissionais brasileiros desistiram do PMM, fazendo o Programa migrar ainda mais para as cidades de maior porte (POTTER, 2019).

Mesmo com todos os resultados do PMM, as entidades médicas mantiveram-se focadas na oposição ao Programa durante mais de meia década.

Enquanto os holofotes se voltavam para os médicos cubanos, o CFM (e suas sucursais regionais) tem permanecido quase que indiferente às irregularidades crônicas do trabalho de muitos médicos brasileiros na ESF – tais como descumprimento de carga horária mínima na Estratégia e sobreposição de vínculos, com atuação em outros serviços durante o expediente da APS (Ex.: médicos contratados para 40h/semana na ESF que efetivamente atuam 20h e dão plantões no hospital ou no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – durante a carga horária da Estratégia sob acordo das prefeituras). Ou ainda à contratação irregular de médicos graduados no exterior (sem revalidação de diplomas e fora do PMM) durante anos nos rincões do Brasil, como municípios de pequeno porte do sertão baiano e do interior do Amazonas. Nestas localidades, o sentimento é de que os conselhos demonstram negligência na fiscalização de irregularidades éticas e profissionais, desapercibendo situações que não perturbem o mercado da saúde dos grandes centros do país (LAZZERI, 2021).

Os embates entre as entidades médicas e o PMM persistiram em alto tom até a saída dos milhares de médicos cooperados em 2018 (LAZZERI, 2021). O presidente recém-eleito à época chegou a afirmar que iria “expulsar com o REVALIDA os cubanos do Brasil”, reforçando o discurso extremo destas instituições (JUCÁ, 2020). A nova configuração tomada pelo PMM, desta forma, passa a contar com uma presença marcante de brasileiros graduados no exterior nas áreas remotas e indígenas da Amazônia Legal (ainda que persista grande vacância nos serviços anteriormente ocupados pelos médicos cubanos). Estes profissionais passam a atuar sem uma pressão política exacerbada de bastidores, mas tornam a apresentar uma grande taxa de desistências diante da realidade de trabalho nestas localidades (FERNANDES, 2019; JUCÁ, 2020; LAZZERI, 2021).

O cenário se desenha, a partir de então, com um aumento exponencial do número de médicos brasileiros buscando graduação em medicina no exterior, um conflito persistente na execução do REVALIDA (cada vez mais atrasado) e uma redução progressiva do número de vagas disponíveis pelo PMM – uma vez que as vagas não preenchidas ou abandonadas sem ocupação subsequente acabam sendo deslocadas para outros municípios (BARBOSA, 2020). Com isto, o PMM se torna a principal opção para os profissionais brasileiros graduados no exterior e passa a apresentar grande concorrência por suas vagas, gerando um excedente semelhante ao dos vestibulares brasileiros. Um grande número de médicos chega

a passar dois ou mais anos sem conseguir ingressar no Programa sendo preteridos por critérios de seleção como a idade. Este processo é compartilhado por um dos entrevistados:

“(…) desde 2017 eu venho tentando o Mais Médicos, é minha quarta tentativa. Mas eu nunca consegui entrar pela minha idade, porque eu era muito jovem, não tinha experiência, e todas as vezes que eu tentei, veio alguém mais velho do que eu e pegou a vaga, porque na época era por idade. (…) Então a única coisa que eu tinha era o REVALIDA e não teve, e o Mais Médicos também.” (E3)

Apesar das questões de mercado se sobressaírem sobre a escolha do trabalho nas áreas indígenas e remotas, trago o relato sobre uma médica do PMM que apresentava motivações distintas para esta decisão

\*\*\*

*Dentre as diversas motivações que levam profissionais a trabalharem em áreas remotas e com tantas dificuldades vivenciadas, uma das que mais me chamou atenção foi a de uma médica do PMM que tinha se formado no exterior, mas que já havia conseguido revalidar o diploma e queria trabalhar com comunidades ribeirinhas por causa de uma promessa. Essa motivação religiosa a levou até uma cidade que não tinha voo comercial regular e que ficava a mais de 10 horas de barco da capital do estado. Ali tentava sempre fazer o melhor que podia, acessava as plataformas educacionais apresentadas pela supervisão, discutia casos com frequência e dividia as experiências com entusiasmo. Durante certo tempo, chegou a articular com a gestão o apoio de um barco de uma entidade religiosa que poderia ajudá-la a visitar, com regularidade mensal, comunidades ribeirinhas distantes da sede do município. Estas localidades recebiam esporadicamente visitas das equipes de saúde da cidade apenas para campanhas de vacinação, normalmente uma ou duas vezes por ano. Esta profissional contribuiu muito com este local, ficou o tempo que se propôs e passou na prova de residência na cidade de São Paulo, onde foi se especializar em Pediatria.*

\*\*\*

É neste contexto que se inserem os profissionais do PMM sobre os quais se debruça a supervisão acadêmica do GES – trajetórias de grandes dificuldades e insegurança no início de suas carreiras e que irão se chocar com toda a complexidade de trabalho dos rincões do Brasil.

#### **4.2. Contextualizando o trabalho médico nos rincões do Brasil: áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal**

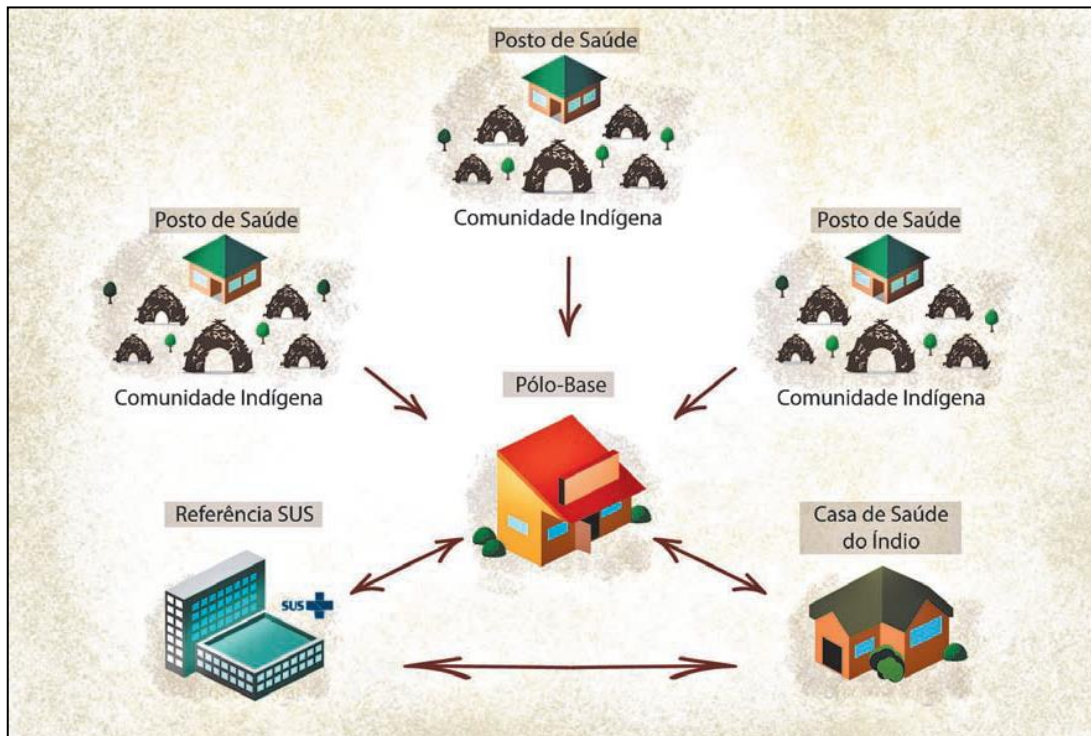
##### **4.2.1. Territórios Indígenas na Amazônia Legal: acesso e condições de trabalho**

Os DSEIs são unidades de responsabilidade sanitária federal e que se estruturam de modo peculiar a partir de determinada hierarquização de serviços. Suas ações diretas são desenvolvidas no nível primário, articulando-se com o restante da rede de serviços do SUS – em cidades do entorno e nas referências regionais – para a garantia dos cuidados secundários e terciários às populações indígenas (BRASIL, 2016).

A rede de saúde do DSEI (**Figura 3**) é composta por: Postos de saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena – UBSI, postos avançados, pontos de apoio, etc.), localizados em algumas aldeias onde ocorre a atuação direta dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), além do atendimento itinerante dos demais profissionais de saúde; Polos Base, situado nas aldeias (tipo I) ou em áreas urbanas (tipo II) e que possuem as EMSIs (compostas essencialmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, AIs, odontólogos e técnicos/auxiliares de saúde bucal), são responsáveis pela organização administrativa e execução dos serviços de saúde nas aldeias – muitas vezes o próprio Polo Base é estruturado como uma UBSI, realizando atendimentos em seu espaço físico; Casas de Saúde Indígena (CASA), localizadas nas áreas urbanas, realizam o apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS (pacientes em trânsito para a realização de exames, procedimentos, consultas especializadas ou tratamentos específicos nas cidades); e unidades de referência do SUS (laboratórios,

hospitais, clínicas especializadas, etc.) integradas ao SASI-SUS, situadas em municípios próximos ou distantes e até mesmo em outros estados (BRASIL 2016).

**Figura 3. Organização da rede de serviços em saúde do DSEI**



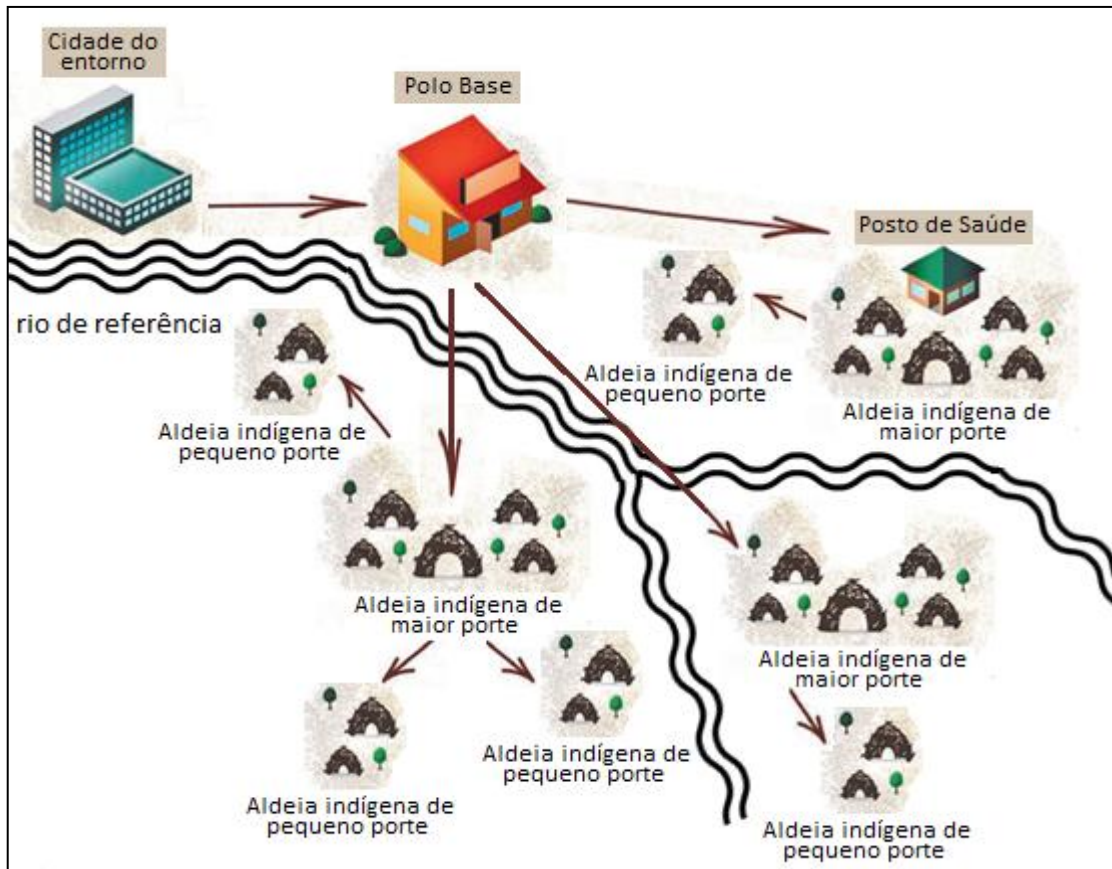
Fonte: BRASIL (2016)

Com exceção dos AISs, que residem diretamente nas aldeias, os demais membros da EMSI realizam escalas de trabalho em regime de dois dias de serviço (incluindo o tempo de viagem) para um dia de “arejo” (folga) em ciclos passíveis de alteração conforme a necessidade dos DSEIs – no geral, em escalas de 30 dias de trabalho e 15 de arejo. O período de trabalho das equipes é alternado entre atividades assistenciais nos Polos Base e nas aldeias, deslocando-se de acordo com as características geográficas das localidades. Na Amazônia são comuns os deslocamentos fluviais dos profissionais das cidades do entorno para o Polo Base de referência de uma região, que concentra insumos como vacinas e medicamentos, e sua posterior entrada nas aldeias de maior porte, de onde se dirigem (por via fluvial ou terrestre) para as aldeias menores (**Figura 4**). Os Polos Base possuem variados números de EMSIs para que ocorra a cobertura alternada



das aldeias pelos profissionais, garantindo um mínimo de longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2016).

**Figura 4. Representação do território e itinerário de deslocamento da EMSI**



**Fonte: Elaboração própria**

**\*Nota-se que a maioria das aldeias não possui unidade de saúde e que, em grande parte das vezes, o Polo Base acaba assumindo esta função**

Neste itinerário, o transporte para os territórios indígenas têm sido um dos pontos críticos das EMSIs na Amazônia. Nestas localidades, a principal forma de acesso se dá por via fluvial, sobretudo por pequenas embarcações (TAMBUCCI, 2014). Embora qualquer profissional que se disponha a trabalhar com populações indígenas reconheça previamente as particularidades do acesso a áreas isoladas, a insegurança no transporte e a falta de infraestrutura de grande parte dos veículos têm causado dificuldades às equipes e também é fator importante quando falamos em fixação de profissionais. São frequentes os relatos de acidentes com os barcos e da ausência de equipamentos sobressalentes – gerando episódios de grande perigo como, por exemplo, quando um motor acaba sendo danificado no

meio do percurso e a equipe tem que esperar, em meio ao rio, sem nenhum meio de comunicação e sem nenhuma previsão de resgate, outra embarcação aparecer no trajeto para pedir socorro (DAVID, 2019). Além disto, os longos trajetos, alguns alcançando de 08 a 12 horas de viagem, são realizados na maioria das vezes com voadeiras (embarcação de pequeno porte com motor de popa, de tamanho semelhante ao de uma canoa) sem cobertura (com exposição direta ao sol), sem encosto nos assentos e carregando excesso de peso, pois junto com os profissionais são levados ainda todos os alimentos e insumos em geral para longos períodos de estadia no Polo Base. Há relatos ainda de que as mesmas embarcações chegam a carregar galões de combustível que abastecem os geradores dos Polos junto aos passageiros. As falas dos entrevistados ilustram estas situações:

“A gente entra com um barco minúsculo, que é um 15, que é um motor dos mais leves que existem, e a gente entra para dentro dos Igarapés por 4 horas. Dependendo do ano, da época do ano, até 5 horas para chegar no alto da primeira aldeia. E daí lá, a depender, tem um lado de uma das cabeceiras que a gente ainda anda mais uma hora para dentro do mato para achar comunidade lá dentro.” (E5)

“Da última vez que entrei, agora em novembro, nosso barco estragou e a gente teve que remar. Só que a gente não tinha remo. Teve que ser no pau. A gente ficou 2 horas remando com pau. Eu fiquei toda machucada, fiquei com roxo na perna e tal, de mais ou menos 15 cm por causa do barco. Então é super tenso.” (E5)

“(…) quando eu cheguei na Saúde Indígena eu imaginei alguns desses meus colegas de profissão numa situação daquela. A hora que você falasse para ele que ele teria que entrar num barco e viajar 4 horas até chegar na aldeia, ele simplesmente ia falar: ‘olha, desculpa, mas estou indo embora’.” (E4)

“Nós fomos na última aldeia mais longe de todas e quebrou o motor. (...) Nós remamos o barco por 6 horas até chegar no lugar onde nós íamos ficar, já no escuro. (...) E o remo foi a uma tábua que eu achei no meio da mata e foi a única coisa que nós conseguimos para remar lá.” (E4)

Outra queixa grave e frequente dos profissionais tem sido a falta de equipamentos de segurança, como salva-vidas. Segundo relato dos entrevistados:

“Fazem a gente viajar até lá num barco que não tem segurança nenhuma, a gente vai sentado todo troncho, entendeu? A gente não tem nem colete, se você não levar seu próprio colete você não tem nem colete. Com a cara no sol, entendeu? Com roupa, com comida, com combustível. Da última vez (...) foi a equipe, o motorista, todos os combustíveis, as roupas, as compras, e a gente demorou lá (...) porque a gente vai devagarzinho, na beira do rio. Até o motorista achou que ia afundar, que o barco não ia suportar o peso que a gente tava viajando.” (E3)

“Para os profissionais, por exemplo, não tem colete salva-vidas. Se eu quiser um colete, eu preciso comprar o meu colete. Então, assim, todo

mundo tem tudo próprio. Eu ando com minha mochila cheia de coisa, de equipamentos que eu comprei. Um colega de trabalho ele anda com remo na bolsa. Como que isso é possível? Você andar com um remo?" (E5)

Em situação semelhante, pude vivenciar a questão do transporte fluvial entre os Polos durante uma visita de supervisão:

\*\*\*

*Para contextualizar estas discussões sobre a insegurança nos deslocamentos, trago o relato de quando estive em viagem ao Acre para supervisão no município de Santa Rosa do Purus, onde vivenciei plenamente a situação de perigo que os profissionais são submetidos todos os meses a cada entrada em área pelos rios adentro. Como já exposto anteriormente, sou vinculada ao GES/Amazonas, mas em setembro de 2018 foi autorizada pelos tutores uma permuta para que eu pudesse fazer a prova de seleção deste mestrado, que coincidia naquele mês com a viagem ao Amazonas. Tive as orientações do colega que habitualmente fazia supervisão naquele local e da tutora do Acre. Santa Rosa do Purus é um município que possui uma das maiores taxas de mortalidade infantil do Brasil, num contexto de extrema pobreza e abandono social. A cidade conta com cerca de 6.700 habitantes, dentre os quais 1.800 residem em terras indígenas do DSEI Alto Rio Purus. Situado na fronteira com a Amazônia peruana, conta com um Pelotão Especial de Fronteira do exército brasileiro, onde fui orientada a pedir auxílio para visitar a aldeia mais próxima. Além disso, tinha o objetivo de me reunir com os médicos, com o secretário municipal de saúde e com o coordenador do DSEI para colher o máximo de informações a respeito do problema que se arrastava por meses no local: havia médicos do PMM lotados nos Polos Base, mas que não iam para área indígena porque o barco cedido pelo MS havia quebrado (por falta de cuidados adequados quando estava ancorado na margem do rio). As duas gestões culpavam-se mutuamente. Os médicos não iam atender há mais de três meses e as aldeias iam aumentando o número de casos de tuberculose, que permaneciam sem tratamento e sem previsão de retorno das equipes, entre outros problemas.*

*Com o apoio institucional do MD, busquei ajuda no pelotão e fui prontamente atendida – nos dirigimos então eu, um dos médicos e três oficiais (dois cabos e*

um soldado) em uma viagem curta de cerca de duas horas e meia de voadeira pelo Rio Purus até a aldeia mais próxima. Lá pude conversar com as lideranças, fotografar listas de crianças, de portadores de tuberculose, entre outras questões, e colher as informações solicitadas pela tutora do Acre. Nosso retorno não foi tão bem-sucedido: na metade do caminho, a hélice do motor da voadeira se partiu, pois o rio estava baixo e havia muitos tocos de árvores com os quais nos chocamos. Como era um percurso pequeno, levei apenas uma mochila com capa de chuva, um lanche, celular e um bloco de anotações. Os oficiais tinham uma hélice reserva e logo a consertaram. Seguimos, mas alguns minutos adiante nos deparamos com um barco bem maior que estava virado e afundando, com dois homens tentando salvar suas mercadorias, colocando tudo na margem do rio. Era um barco que levava suprimentos de alimentos e outros produtos de uma cidade maior até Santa Rosa do Purus. Os oficiais se dispuseram a ajudar, mergulharam no rio para resgatar o motor que já estava no fundo, ajudaram a carregar as mercadorias até a margem e prometeram chamar resgate ao chegar no pelotão.

Seguimos de novo e já começava a escurecer. A hélice quebrou novamente. Desta vez, não tinham outra reserva. Tentaram consertar, sem sucesso. Não tínhamos nenhum tipo de comunicação para pedir ajuda. Eles, por conhecerem bem a região, estimaram que não muito distante daquele ponto haveria uma fazenda onde poderia pegar sinal de celular. Os oficiais entraram no rio e nadando puxaram o barco até um pouco mais a frente na outra margem, onde subimos a pé um morro. Já no alto e subindo em tocos de árvores, erguendo os celulares, eles conseguiram sinal telefônico e pediram o resgate – mas o resgate só conseguia chegar numa outra margem. Desta forma, os oficiais foram buscar o barco e em seguida o motor, subiram o morro carregando-o e depois desceram pelo outro lado. Descemos já no escuro. No princípio acendi a lanterna do celular, mas via tantos insetos enormes voando que preferi ficar com ela apagada. Estava de calça, bota e capa da chuva e alguns me picavam mesmo por cima da roupa. Tentei passar repelente por cima dos tecidos, em vão... Nesta outra margem do rio, dois dos oficiais foram dentro do rio puxando o barco por mais um percurso até chegar do outro lado, onde subimos novamente e caminhamos até uma fazenda onde conseguiram chegar de caminhonete para nos resgatar depois de algumas horas. Estávamos no meio da floresta no curso do Rio Purus e eu vi que nesses

*locais de fazenda tinham clareiras de desmatamento, perguntei se era para criação de gado, e eles disseram que sim, também outras roças. Perguntei se era possível aquilo naquele local, se ali não era área de proteção, e um dos oficiais me respondeu: “Dra, aqui pode tudo. Só não pode ver...”*

*Resumo dos sentimentos e reflexões: eu só conseguia pensar que se eu sumisse ali, minha tutora e colegas de supervisão teriam apoio institucional do exército para dar conta de mim. E que eu, inclusive, estava amparada por profissionais experientes e corajosos para lidar com as situações adversas daquele contexto. Mas pensava também nos pobres médicos, tão longe de suas famílias, vivenciando cotidianamente situações de perigo como aquela e sem contar com o apoio que eu contava.*

\*\*\*

Retornando à descrição do trabalho das EMSIs – uma vez instaladas no Polo Base, as equipes organizam a logística para a sua permanência durante longos períodos que chegam a alcançar, em alguns casos, até 45 dias. Neste espaço, os profissionais providenciam questões básicas como o preparo das refeições e a higienização de todo o Polo (partes de habitação e de atendimento). A partir dele, as equipes se deslocam para as demais aldeias para viagens de menor tempo, onde realizam atendimentos em postos de saúde, espaços comunitários ou residências de indígenas. Em algumas aldeias de maior necessidade sanitária ou com importante dificuldade de acesso, as EMSIs chegam a permanecer mais de um dia no local.

Sabe-se que a estrutura dos Polos Base e postos de saúde nos territórios indígenas apresentam limitações tanto no aspecto físico quanto em seu suporte logístico. As dificuldades de acesso, muitas vezes por via fluvial e distante da sede dos municípios, têm dificultado a construção e a manutenção de unidades em lugares ermos da Amazônia. Não se espera, desta forma, que os Polos e os pontos de apoio nas aldeias ofereçam condições análogas aos serviços de saúde dos centros urbanos – contudo, os desafios apresentados no cotidiano destas unidades têm sido determinantes para o trabalho dos seus profissionais, como descrevem os entrevistados:

“(...) a equipe dorme numa casinha de madeira velha, que as portas nem fecham. (...) A bomba (da caixa d’água) é antiga, já tem mais sete anos de uso e ela tá falhando, então ela só funciona o dia que ela quer. (...) ela quebrada, ficamos 15 dias sem água. (...) Daí lá eles ficaram usando aquelas latrinas, que é aquele buraco no chão, e eu não consegui ir, fiquei cinco dias sem ir no banheiro. E ainda tava no meu ciclo menstrual, não tinha como tomar banho de rio. (...) E o quê que a gente vai fazer de almoço se não tem água, né? Comia comida enlatada, né? (...) E aí o gestor falou pra mim que isso era Saúde Indígena, que eu tinha que me adaptar, que ele não podia fazer nada. Tipo assim, eu ainda fiquei como a errada. Se você não tá acostumada, se não gosta, vá embora.” (E3)

“A gente, na verdade, trabalha no limite. A gente passou muito do limite! O limite está muito atrás. A gente já avançou do limite muito. (...) Na maioria dos lugares a gente fica assim, num lugar completamente inóspito. Um lugar completamente desestruturado. Por exemplo, chove. Como assim?! Chove e molha a gente. (...) Tem um lugar (ponto de apoio) que a gente dorme no primeiro andar em uma casa de um AIS. A gente dorme na parte de baixo, só que, tipo, é muito movimentado. A gente dorme com criança batendo, criança brincando, gente passando toda hora. (...) Na maioria dos pontos não tem luz, não tem água encanada e não tem saneamento básico. Cocô vai para o meio do mato. Faz um buraco, um buraco grandão, uma fossa séptica péssima.” (E5)

Além da estrutura física, o fornecimento de medicamentos e insumos tem mostrado limitações que comprometem o desempenho das EMSIs nestas localidades. Apesar da aprovação desde 2015 do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena (ENMSI), relação que norteia a terapêutica medicamentosa do SASI-SUS (BRASIL, 2015c), na prática muitos Polos Base têm trabalhado com uma oferta bastante reduzida de suprimentos, o que é ilustrado na fala dos entrevistados:

“O meu maior desafio é a estrutura mesmo, de não ter oxigênio, de não ter medicação. (...) A gente muitas vezes não tem quase nada! Na última entrada foram 10 unidades de Dipirona, Amoxicilina assim, contado... Não tinha esparadrapo, não tinha gaze, não tinha material de sutura. Tem uns cinco meses que eu tô entrando, a gente faz acompanhamento do pré-natal que é só avaliar, para conhecer elas, vai só com exame físico, que não tem sulfato ferroso, não tem ácido fólico. (...) Assim, a gente não tem uma maca, a gente vai fazer coleta de preventivo (do câncer de colo uterino) tem que ficar segurando a perna da paciente. (...) Eu entrei em outubro, no ‘Outubro Rosa’ eles não mandaram nem espécuro para a gente poder trabalhar com nosso preventivo, entendeu?” (E3)

“Então, assim, para ir levar e buscar profissional de helicóptero, tem dinheiro, mas para comprar uma Dipirona não tem. Então é, assim, muito mal administrado.” (E5)

Um ponto retomado com frequência entre os entrevistados tem sido o desgaste físico durante as viagens às aldeias devido ao deslocamento,

alimentação e logística de abastecimento. Dois médicos relataram perda ponderal importante ao longo dos períodos de entrada nos territórios indígenas:

“E o que realmente é difícil é você comprar e levar os alimentos. Então você levar para a área, na hora que o gelo vai acabando você perde, estraga e você tem que jogar fora. (...) Junta isso com a água... Na viagem de buscar 20 vezes a água... Desce, enche o balde de água, sobe e volta. Eu geralmente me peso e entro, na saída eu peso também, né, até pro controle. Para a entrada no (Polo Base) Nova Esperança, de 15 dias, eu entrei com 77,5 kg e saí com 71 kg.” (E4)

“Toda vez que eu desço da cabeceira (do Polo Base para a cidade) eu já vejo que emagreci. São três dias que eu perco 3kg. Olha só que loucura! Exaustão física mesmo! (...) Eu preciso estar mais centrada, menos cansada, eu preciso comer bem. Tem dia que a gente come super mal. Tem dia que eu como uma batata doce e uma tapioca e acabou... Tudo o que eu comi no dia. E emagrecer 3kg em três dias era, assim, muito mesmo. Eu pegava e ficava com o olho muito fundo, preto, e aí um dia uma psicóloga falou comigo e perguntou: ‘você dormiu algum dia nessa cabeceira?’ Aí eu falei: ‘não dormi.’ Porque, sei lá, você tá fora da sua casa, dormindo numa malquinha, na chuva.” (E5)

Outra questão ressaltada tem sido as escalas de trabalho das EMSIs, que permanecem nas terras indígenas durante 15, 30 ou até 45 dias seguidos disponíveis à população em tempo integral. Este desenho se adapta à realidade logística das aldeias, que se apresentam de modo disperso pelo DSEI e muitas vezes em situação de difícil acesso, o que exige das equipes verdadeiras imersões no território. Habitualmente as EMSIs mantêm os serviços em atendimento-padrão durante os turnos matutinos e vespertinos e colocam-se à disposição para o cuidado de urgências e emergências à noite. Apesar da adaptação às características do local, as escalas provocam grande desgaste nos profissionais, que acabam mantendo um ritmo de pronto-atendimento ininterrupto durante semanas, além de se colocarem em sobreaviso noturno.

O PMM, em virtude da exigência de 1/5 da carga horária para a realização das atividades da Especialização em Saúde Indígena, vem organizando uma escala diferenciada para os médicos do programa nos DSEIs, com períodos de trabalho iguais aos de arejo, por exemplo, 15 dias de serviço para 15 dias de descanso. Ainda com esta diferença em relação aos demais profissionais da EMSI, os entrevistados destacaram as dificuldades com este regime de trabalho:

“Na verdade, assim que a gente acorda, a gente já está trabalhando. Geralmente a gente acorda às 6:30h (...) e às vezes aparece (paciente) e a gente está no meio do café... E aparece, aí a gente vai atender. Às vezes aparece no meio do almoço. (...) Mas a gente tá disponível para o trabalho 24 horas. Às vezes a gente tá dormindo e 3 horas da manhã

chega alguém, e a gente tem que ir fazer um atendimento, às vezes em outro lugar e pelo rio, no escuro, só com uma lanterna. (...) Então acontece isso, assim, a gente não pode falar que a gente trabalha de tal hora a tal hora. Na verdade, a gente trabalha 24 horas. Se aparecer, a gente tem que ir, a gente tem que atender.” (E1)

“Isso é um ponto muito crucial pra gente, quando a gente vai tomar uma conduta médica, principalmente à noite, que a gente fica tentando mediar. Vou levar agora? E o risco de essa ambulância sair de madrugada? Se tiver chovendo também, o risco é grande. Então a gente fica tentando driblar as dificuldades pra tentar fazer o que é de melhor pro paciente, e a gente começa a se preocupar muito. A conduta tem que ser tomada, a vida do paciente tá em jogo. Se a gente for agora será que vai não ser perigoso? Se essa ambulância bate no meio do rio, ou algo assim.” (E2)

Quando questionados à cerca de questões que poderiam tornar mais atrativo o trabalho nos territórios indígenas, houve consenso entre os entrevistados sobre a necessidade de melhorias estruturais nestes serviços:

“São coisas básicas, entendeu? O calor é muito grande! Imagina você tá sentada, sem mover nada no seu corpo e escorrem as gotas de suor pelo seu corpo todo por causa do calor. (...) Aí, tipo, você vai fazer um procedimento, você pinga suor em cima do paciente, entendeu? (...) chega um paciente à noite, você tem que fazer uma sutura, aí tem que ficar um com a lanterna e outro ajudando com os materiais enquanto está fazendo a sutura. Então, assim, eu acho que hoje se tivesse energia elétrica, o trabalho seria bem melhor de se fazer, entendeu? A gente faz o possível, mas seria bem melhor.” (E1)

“É um lugar onde você não tem energia, onde você não tem como conseguir gelo e, acabou a sua proteína, você tem que se virar com comida enlatada. Porque se você não tem gelo, você conseqüentemente não tem como conservar para comer proteína, carne animal. No caso, se você leva ovos para consumir, por conta de ser muito quente o local, eles acabam estragando também.” (E2)

“A estrutura de trabalho. Todo mundo merece um lugar digno para trabalhar. (...) Simplesmente qual profissional quer ir para um lugar remoto, entendeu? Que já não tem energia, tem problemas com água, né, no calor você não tem uma cama para você dormir, você não tem nada, porque a realidade na Saúde Indígena é outra. (...) Então, assim, eu acho que nenhum profissional tem que realizar a sua profissão trabalhando dessa forma. Então se eles (gestores) melhorassem... Mas eles não fazem isso...” (E3)

“Em um ano e pouco de programa, eu não fiz uma única entrada que não faltou ou água ou energia nos momentos que a gente precisava. (...) Da minha última entrada no (Polo Base) Nova Esperança eu fiz 15 dias sem água. Tinha que ir buscar. Ele tem uma escadaria enorme, famosa pelo tamanho. (...) Eu tive que fazer o meu papel de buscar água. Sem brincadeira, tinha dias que eu chegava a ir 20 vezes.” (E4)

“Eu acho que a água potável, água corrente é o mínimo que a gente precisa para garantir higiene, sabe? Eu me sinto numa condição de trabalho completamente desumana. (...) Isso para mim é o limite mesmo. Passa de insalubridade. ‘Como assim eu vou limpar o sangue no Igarapé?’ Eu fiz uma sutura: como é que eu limpo isso? É no nível que não tem jeito! Eu acho que saneamento é o básico mesmo. Tem coisas que seriam mais fáceis de se resolver... A gente não tem luz 24 horas, mas tem para



caixa de vacina, tem umas placas solares. O DSEI poderia comprar placas solares para gente, por exemplo, ter refrigeração para nossas coisas, não só para a vacina. Porque a gente tá ali, a gente come comida, né? Aí a gente não precisaria levar tanta coisa. Nós levamos hoje caixas e caixas de coisas não-perecíveis. Assim, tudo que eu como não estraga rápido. Tudo que estraga rápido eu não posso comer... é tudo muito pensado. Isso ia ajudar muito na alimentação se eu tivesse a placa solar para refrigeração. O DSEI precisava garantir algumas coisas, assim, que ele não garante, que eu acho que seria... Tipo assim, os utensílios, materiais de limpeza, fogão, gás. Que a hora que o gás acaba, como é que faz? Tem que fazer fogueira no meio da aldeia... é nesse nível! Chega a passar sete dias pra você ter um gás.” (E5)

Outro ponto bastante destacado pelos entrevistados e que poderiam ser decisivas na atração de profissionais são as dificuldades de comunicação nos Polos Base:

“A comunicação é super precária. Assim, o meu Polo não tem nem rádio. Então para acessar rádio eu preciso ir para outra comunidade, que são uns 15 minutos dali, para poder passar um rádio. Eu tô completamente isolada e isso é um problema. (...) Então, tá na portaria também (MS/GM 254/2002) (BRASIL,2002), na Saúde Indígena preconiza que a gente precisa de um meio de comunicação e a gente não tem nenhum. Isso é o mínimo e não tem um mínimo. (...) Por exemplo, a internet. Tem vários Pólos que tem conexão com a internet. Eu acho que isso seria um grande atrativo. Você vai ficar na aldeia, mas você não vai ficar sem falar com sua família por 15 dias, um mês. Por exemplo, tem gente que passa metade da vida sem conversar com ninguém e a outra metade na cidade. Então, assim, são duas vidas completamente diferentes. Então eu acho que a internet seria um bom atrativo.” (E5)

Dialogando com estas questões, trago um relato sobre os problemas vivenciados nos territórios indígenas e que afetam diretamente a vida e o trabalho destes profissionais:

\*\*\*

*Já é bastante discutida a precariedade geral e a falta de recursos essenciais nestas localidades, como também o quanto isto impacta na qualidade do trabalho das EMSIs. Na minha vivência, tenho presenciado profissionais relatando estratégias variadas para contornar o “caos”, que são assustadoras e merecem destaque. As soluções vão desde os enfermeiros utilizando seu próprio salário para arcar com custos de conserto das embarcações, até “gambiarras prescritivas” para gerir a falta de medicamentos básicos. No primeiro caso, soube de relatos de que membros da equipe chegavam a gastar do próprio bolso até 1.000 reais num mês para estes consertos e que um dos motivos levantados seria o medo da*

*demissão. Esta ameaça é constante para os profissionais não-médicos, em especial na Saúde Indígena. Segundo os médicos do Programa, os salários dos demais profissionais são acima da média da capital e dos municípios do entorno, além de haver concorrência pelas vagas mesmo nessas áreas. Jargões como “não gostou, tem gente querendo seu lugar” e “é Saúde Indígena, é assim mesmo” têm sido reportados como corriqueiros. A própria justificativa para os trabalhadores consertarem o barco, ao invés da gestão do DSEI, é que sem o meio de transporte os atendimentos diminuiriam, pois não conseguiriam visitar as cabeceiras dos rios. Isto inevitavelmente se refletiria em queda na produção, o que agravaria a ameaça de demissão.*

*No segundo caso, com relação à falta de medicamentos, as estratégias que têm sido elaboradas pelos médicos envolvem prescrição de anti-hipertensivos ou anti-convulsivantes em dias alternados, quando os mesmos deveriam ser de uso diário. Foram apontados até mesmo espaçamentos maiores à medida que o racionamento se torna mais grave (Ex.: Losartana 50mg 1 dia sim, 3 dias não, para garantir o mínimo até a próxima entrada no Polo, torcendo para que a oferta de medicações melhore nos próximos meses). Além dos fármacos de uso contínuo, foram descritas a prescrição de antibióticos com tempo de tratamento bastante reduzido (Ex.: Amoxicilina 500mg 08/08h durante 2 dias). Existem ainda relatos frequentes de perda de medicamentos, como anti-parasitários, por vencimento do prazo de validade. A situação de desperdício de determinadas medicações contrasta com a falta, por exemplo, de Ácido Fólico, que é utilizado pelas gestantes ao longo do Pré-Natal. Desta forma, a supervisão também tem se esforçado para discutir as condutas não convencionais, tentando adequá-las ao limite da coerência clínica, além de reportar nos relatórios mensais de supervisão estas deficiências e ainda dialogar com a gestão, questionando o direcionamento dos recursos*

\*\*\*

#### 4.2.2. Municípios de pequeno porte do interior da Amazônia: “pelo céu ou pelo rio”

Uma segunda realidade acompanhada pelo GES são os municípios situados em áreas remotas da Amazônia Legal. Estas cidades apresentam grandes dificuldades no provimento e fixação de médicos e foram bastante beneficiadas com a implantação do PMM. Mesmo após o encerramento da cooperação Brasil-OPAS-Cuba em 2018 os profissionais do Programa, sobretudo brasileiros graduados no exterior, ainda continuam sendo grande parte do efetivo médico destas localidades.

As áreas remotas têm nas águas um papel preponderante na vida de sua população. A água se dispõe por todas as partes e unifica os planos da cultura e da natureza, configurando as habilidades e formas de se viver tradicionais em palafitas e flutuantes. As embarcações de transporte misto, cargas e pessoas, de grande porte ainda são a principal via de integração regional, utilizando a calha de rios importantes como o Amazonas, Madeira e Maues-Açu. Nas localidades mais afastadas da sede destes municípios, predomina o transporte por voadeiras nos igarapés, fortemente dependentes da condição de cheia dos rios. Apesar disto, as motocicletas ainda são o principal meio de transporte no centro destas cidades e fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, tanto no deslocamento para os serviços quanto para as visitas domiciliares.

Para ilustrar esta realidade, trago o relato da visita que fiz a um destes municípios para a supervisão *in loco*:

\*\*\*

*O primeiro contato já é impactante no quesito segurança ainda visto do céu: a pista de pouso, muitas vezes de terra, tem buracos, algumas vezes animais, outras vezes crianças. Andando pela cidade observo valas de esgoto correndo junto às calçadas, urubus andando pelas ruas como se fossem os cachorros viralatas. As casas são suspensas por conta dos períodos de cheia do rio, a maioria delas no formato de palafitas de madeira. A floresta em volta é densa. Os vizinhos da pousada onde me instalava criavam uma arara convivendo entre os cachorros e as crianças barrigudas. Dentro da casa destes vizinhos quase não havia móveis. Nada tem um aspecto muito moderno, parece que estou viajando no tempo para*

*minha cidade no interior de Minas Gerais nos anos 1980. Quase não têm carros na cidade, bicicletas e motos dominam as ruas. Capacetes? Quase não se vê. Eu mesmo, para me locomover até as UBSs em diferentes bairros, pegava carona com funcionários da secretaria de saúde na garupa sem capacete. Na primeira visita, havia trocado a gestão política há pouco tempo e me contaram que não tinham quase nenhum dado da saúde disponível, pois a gestão anterior, que era de oposição ao atual grupo, “sumiu com tudo”. E me diziam que aquilo era comum de acontecer. No restaurante em que almoçava, conversava com algumas pessoas perguntando o que achavam da saúde no município – sempre teciam elogios a alguns médicos estrangeiros que ali estavam há muitos anos (não se sabe se com CRM ou não). Também relatavam que lá havia clínicas particulares, mesmo num lugar tão isolado. E, por fim, contavam da melhora do acesso à saúde com a chegada de médicos do Programa.*

\*\*\*

A associação das longas distâncias amazônicas com a sinuosidade dos rios e a dependência do modal de transporte fluvial faz com que as viagens entre suas as cidades sejam bastante demoradas, variando de acordo com os períodos de cheia/vazante dos rios (DAVID, 2019). Como exemplo, um trajeto entre Manaus-AM e Eirunepé-AM (1.159km) numa embarcação mista pode delongar mais de 30 dias durante a época de seca do Rio Juruá. A aviação doméstica ainda é realizada de modo bastante limitado, em aeronaves pequenas e com voos comerciais restritos a poucas cidades, destacando-se os trajetos entre as capitais da Região Norte e cidades de médio porte como Parintins-AM. Nas áreas remotas, são comuns aeródromos pequenos, sem rotas regulares e dependentes de vôos fretados de alto custo, inacessíveis para a grande maioria de seus moradores. Durante a pandemia de COVID-19, as restrições sanitárias e a crise econômica afetaram ainda mais o transporte aéreo nestas regiões, aumentando o seu isolamento (SANTIAGO & HENKES, 2021).

O quadro sanitário nas áreas remotas é bastante deficiente, sobretudo em aspectos como infraestrutura de saneamento básico e disponibilidade de serviços de saúde. A região é identificada pela grande dispersão geográfica e pela baixa cobertura do sistema de saúde, com serviços concentrados na sede dos municípios e que esporadicamente realizam ações nas comunidades do entorno

rural. Além disso, soma-se um rol de doenças infecciosas endêmicas da região, como a malária, à precariedade socioeconômica marcante nestas localidades (GONÇALVES & DOMINGOS, 2019; GAMA et al, 2018).

A média de cobertura de ESF dos nove estados que compõem a Amazônia Legal é de 69,06%, com maiores valores no Tocantins (95,06%), Maranhão (84,22%) e Acre (78,39%); e menores no Amapá (49,40%), (Amazonas 55,41%) e Pará (58,95%). A extensão desta cobertura acaba mascarando barreiras de acesso geográfico, já que grande parte da população rural se encontra em condições econômicas desfavoráveis e não consegue se deslocar por longas distâncias até a região urbana destes municípios. Mesmo as equipes encarregadas do atendimento às populações rurais, por exemplo, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas – ESFR, acabam sendo alocadas nas UBSs do espaço urbano, deixando aos usuários o ônus do deslocamento (ALMEIDA et al, 2019). Em pesquisa realizada na cidade de Coari-AM, Gama e colaboradores (2018) identificaram que os ribeirinhos navegavam em média 60,4km e demoravam cerca de quatro horas para acessar a zona urbana do município, agravando as iniquidades em saúde destas localidades.

Por outro lado, Almeida e colaboradores (2019), em estudo sobre a APS no contexto amazônico, apontam para avanços importantes na rede básica dos estados da Amazônia Legal, especialmente na última década. Os autores destacam o financiamento federal – sobretudo a partir da implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 – de ESFR e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e, posteriormente, da expansão do PMM na região, mas reiteram as fragilidades das redes de saúde locais e a necessidade da manutenção de políticas de indução específicas para estas localidades.

Apesar disto, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) vêm se consolidando como um serviço estratégico na assistência a populações ribeirinhas da Amazônia e Pantanal Sul-Matogrossense. Estas unidades funcionam em média 20 dias/mês, acompanhando o deslocamento fluvial até as comunidades para atendimento direto à população. As UBSFs foram implantadas como política federal desde 2011 e contam com recursos para construção (editais específicos, convênios e emendas parlamentares) e custeio (valor de incentivo mensal, variável de acordo com a presença de equipes de saúde bucal e profissionais do

PMM). Mesmo com os subsídios, gestores municipais apontam problemas para a manutenção das embarcações, que possuem custos reais mais altos do que a contrapartida federal, além da dificuldade de provimento profissional. O resultado deste desequilíbrio tem sido a tímida adesão dos municípios quando levado em conta o potencial número de equipes/unidades previstas pelo MS, tornando as UBSFs um modelo ainda limitado na região (ALMEIDA et al, 2019).

A fixação e o provimento de profissionais de saúde na Amazônia são temas complexos e que têm esbarrado em questões como a carência de recursos materiais, humanos e financeiros. Diferente de outras regiões do país, que nas últimas décadas se beneficiaram com a implantação de universidades públicas e privadas em cidades interioranas, as áreas remotas amazônicas se encontram muito distantes dos centros formativos, ainda fortemente concentrados nas capitais, chegando em alguns casos a mais de 1.000km por via fluvial da faculdade de medicina mais próxima. Mesmo profissões como enfermagem e odontologia, que dispõem no Brasil de uma proporção profissional/habitante superior à média recomendada pela OMS, encontram-se em número insuficiente nestas localidades, sendo atraídas em sua maioria para os grandes centros urbanos do país (DOLZANE & SCHWEICKARDT, 2020; GAMA et al, 2018).

Em estudo realizado com profissionais de saúde de municípios do interior do Amazonas, Dolzane e Schweickardt (2020) identificaram que os médicos são os profissionais que menos se fixam, têm menos parentes, residem em grande parte em outros municípios e são oriundos de outras localidades. Os enfermeiros possuem mais pós-graduações e assumem mais cargos de gestão. As regiões de saúde Madeira, Triângulo, Juruá e entorno de Manaus são as que dispõem de menos profissionais na APS, ao passo que os municípios de Parintins, Itacoatiara e Tabatinga, de maior porte populacional, apresentam maior oferta de profissionais. Como exemplo, podemos citar o município de Itacoatiara contrasta com as áreas remotas do estado: distante apenas 270km de Manaus, a cidade possui ligação por estrada (AM-010) para a capital, infraestrutura de porto e aeroporto, serviços de saúde de nível primário e secundário e instituições de ensino superior como as universidades Federal (UFAM) e do Estado (UEA) do Amazonas – refletindo assim a oferta de profissionais no local (DOLZANE & SCHWEICKARDT, 2020).

Sobre o processo de trabalho das equipes, são descritas experiências pontuais como as da UBSF de Coari-AM e a das ESFRs de Porto Velho-RO, que desenvolvem atividades educativas em comunidades ribeirinhas e de formação profissional em áreas remotas da Amazônia (SCHWEICKARDT et al, 2019). Contudo, ainda prevalecem importantes contradições entre as premissas da ESF e sua operacionalização nestes cenários. Estudos realizados na APS de municípios do interior do Amazonas indicaram alta rotatividade de profissionais; organização fragmentária do cuidado a condições crônicas; atendimento rápido e direcionado às necessidades mais imediatas dos usuários em livre demanda; e limitado planejamento e programação das ações por risco e vulnerabilidade da população. Além disto, o trabalho multiprofissional mostra-se fragilizado, colocado muitas vezes como sobreposição de especialidades num mesmo espaço de atuação e restrito a simples encaminhamentos. Este cenário se reflete em baixa longitudinalidade e integralidade do cuidado, pautando a assistência na demanda espontânea e às queixas clínicas individuais (DOLZANE & SCHWEICKARDT, 2020; GAMA et al, 2018).

Os estudos apontam ainda para uma atuação no território bastante restrita ao ACS, com concentração dos demais profissionais no interior das UBSs mesmo nos casos das ESFR. A chegada de profissionais do PMM, apesar de ter incrementado o número de consultas e procedimentos, não modificou substancialmente o trabalho em equipe e a imersão na vida comunitária destas localidades – com raras exceções, ligadas principalmente aos médicos cubanos durante a cooperação Brasil-OPAS-Cuba entre 2013-2018. Além disto, profissionais acabam rodando de unidade em unidade para suprir a falta de profissionais nas áreas remotas, comprometendo ainda mais o vínculo com os usuários (DOLZANE & SCHWEICKARDT, 2020; GAMA et al, 2018).

Apesar destas questões, o cotidiano dos profissionais do PMM nas áreas remotas amazônicas apresenta-se com condições estruturais bastante superiores à dos territórios indígenas. A regularidade de habitação, abastecimento de água, energia elétrica e escala/expediente de trabalho trazem maior segurança para as equipes, mesmo diante de outros aspectos de isolamento.

A partir destes apontamentos sobre o contexto de trabalho dos médicos do PMM, trataremos maiores detalhes sobre como se dá a supervisão acadêmica do

GES nestas localidades, suas perspectivas futuras e os desafios a serem transpostos.

### **4.3. Supervisão acadêmica do GES/PMM: especial e fundamental**

Como exposto anteriormente, a supervisão se coloca como estratégia de capacitação e incentivo à fixação dos médicos do PMM, além de compor o respaldo legal para o exercício de trabalho dos profissionais graduados no exterior que ainda não tenham revalidado seus diplomas no Brasil. O GES surge como uma modalidade diferenciada de supervisão do programa para realidades de difícil acesso na Amazônia dadas as dificuldades de provimento médico e de oferta regular de supervisores nestes locais.

Com mais de seis anos de experiência, o GES vem passando por transformações nas suas práticas educacionais e já conta com um acúmulo teórico-prático significativo, mas ainda pouco divulgado no meio acadêmico. Neste trabalho, serão trazidas de forma interligada a narrativa autobiográfica da autora sobre o funcionamento prático da supervisão, com as reuniões operativas do grupo, capacitações internas, produtos dos GTs, trabalho virtual e a imersão in loco nas áreas remotas e indígenas; e as falas de médicos do PMM sobre o processo de supervisão e sua correlação com o trabalho nestas realidades; conectando seu conteúdo com os apontamentos das poucas (mas relevantes) publicações sobre o tema.

#### **4.3.1. Desbravando a Amazônia: bastidores da supervisão, deslocamentos e imersão no cotidiano dos profissionais**

O GES é composto por quatro núcleos estaduais – Acre, Amazonas, Pará e Roraima – cada um destes dotado de Tutor Acadêmico e de supervisores. Os grupos do Amazonas e Pará, em virtude da extensão territorial e número de supervisores, permaneceram durante longo período com dois tutores. Cada grupo possui autonomia sobre seu formato de organização, mantendo em comum a presença das reuniões de alinhamento e o deslocamento até as localidades mediado pelo MD. Neste trabalho será dado maior detalhamento sobre o funcionamento das atividades do GES-Amazonas, ao qual me vinculo desde 2017.



As viagens de supervisão do GES-Amazonas são realizadas a cada dois meses e possuem duração de cinco dias (“semana-padrão”), que envolvem os deslocamentos (cidades de origem – Manaus – cidades/Polos Base de destino – retorno), os momentos de reuniões (preparatórias e de fechamento) e as atividades de supervisão presencial. Os supervisores chegam até Manaus habitualmente na segunda-feira por via aérea oriundos de várias partes do Brasil – o grupo já chegou a contar com profissionais de todas as regiões do país. Como exposto anteriormente, uma das características que faz o GES ser “especial” é que ele conta com profissionais com qualificação no campo da MFC, muitos destes com experiência na docência (residência/graduação). Isso faz com que os encontros sejam muito interessantes, trazendo ao grupo uma mistura de vivências na APS e na educação em saúde em contextos bastante distintos.

Nossa primeira reunião com supervisores e tutores acontece logo no início da semana de supervisão, na segunda-feira no período da tarde, contando com a presença de oficiais da 12ª Região Militar (RM) do Exército brasileiro que esclarecem os detalhes das rotas aéreas para as localidades. As rotas são realizadas por meio de voos fretados pelo MD com empresas locais e são acompanhadas por dois oficiais em cada grupo/aeronave. Nesta reunião também são feitos repasses do MEC pelos tutores e orientações sobre temas relevantes da supervisão presencial. Há ainda espaço para discussão de questões trazidas pelos supervisores sobre problemas e demandas dos médicos supervisionados. Os locais das reuniões se dão na sede da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) ou no auditório da 12ª RM.

Na terça-feira pela manhã, os supervisores saem do aeroporto ou do aeroclube de Manaus rumo ao interior do estado em diferentes grupos de acordo com as rotas de voo. Os aviões são de pequeno porte, normalmente monomotores turboélice do modelo “Caravan”, e levam até sete supervisores, além dos dois oficiais do exército, piloto e copiloto. Uma destas rotas utiliza a aeronave “anfíbia” para pouso fluvial, já que algumas localidades não contam com pistas de pouso. Antes de existir o acordo interministerial e o apoio das Forças Armadas, colegas supervisores chegaram a relatar que as aeronaves fretadas muitas vezes apresentavam danos aparentes em janelas e portas ou viajavam sem a presença

do copiloto, apesar dos trâmites de contratação dos serviços aéreos serem os mesmos. Houve ainda o relato de que, numa viagem em que esteve presente um oficial do alto escalão do exército, ocorreram imprudências do piloto no momento da aterrissagem (tais como aconteciam anteriormente). A partir deste incidente, muitas coisas melhoraram nas viagens dos supervisores, que passaram a ser pautadas no apoio direto do MD.

Para exemplificar o funcionamento de uma semana-padrão de supervisão do GES, segue um breve relato:

\*\*\*

*Durante mais de dois anos fiz parte da rota de voo sobre o Rio Juruá, que transportava supervisores para os municípios de Juruá, Itamaraty, Carauari, Eirunepé e Envira, até ingressar no DSEI-Parintins em 2019. Embarcando na terça-feira pela manhã, chegava a Carauari ou a Parintins próximo de meio-dia; andava da pista de pouso/aeroporto até alguma pousada onde me instalava e almoçava nas proximidades; e já tinha agendado meu primeiro encontro com o gestor (municipal ou do DSEI) ou com algum dos médicos supervisionados na tarde do mesmo dia. Além deste turno, tinha ainda o dia inteiro da quarta-feira e o início da manhã na quinta-feira para executar todo o trabalho presencial, com a aeronave chegando para me buscar por volta do meio-dia. Portanto, o tempo urgia! Tinha uma média de 16 horas (pouco menos de quatro turnos) para fazer as atividades da supervisão, visitar algumas unidades de saúde, Polo Base ou ponto de apoio, avaliar as condições de trabalho destes lugares e mediar diálogos entre os profissionais e gestão.*

\*\*\*

Sobre o deslocamento para o DSEI Parintins e as impressões sobre o cotidiano de um de seus Polos, trago o relato de uma experiência vivenciada em 2019 após a saída e retomada ao trabalho da supervisão:

\*\*\*

*Quando iniciei o mestrado em Saúde da Família, estava trabalhando 40 horas semanais na assistência numa UBS no município Ilhabela-SP e achei que*

*continuar com a supervisão seria um acúmulo de funções que prejudicaria o bom desempenho de alguma delas ou mesmo da minha saúde. Por isso decidi pedir o desligamento do GES...Mas alguns meses depois, acabei optando por me mudar de Ilhabela e assim consegui retornar para o trabalho da supervisão. Infelizmente eu já havia sido substituída por outro colega na supervisão de Carauari, mas por sorte naquele momento estavam agregando ao GES territórios que antes eram da instituição supervisora do estado e terminei sendo encaminhada para o DSEI Parintins. Minha primeira viagem para lá seria no mês de Junho de 2019, mas devido ao contingenciamento de recursos do MD algumas rotas de voo foram canceladas, entre as quais a minha. A primeira visita ao DSEI aconteceu em Novembro de 2019 e, na organização das rotas, eu ficaria no município de Maués-AM visitando assim os Polos que fossem possíveis no período de dois dias nas proximidades da cidade. Nesta viagem, quando chegamos a Manaus tínhamos a informação de que teriam recursos financeiros disponíveis do MD para o deslocamento de barco da cidade até os Polos ou aldeias. Na manhã da viagem para o interior, já no aeroporto fomos informados de que “não havia mais este recurso” e o tutor orientou que fizéssemos “o que fosse possível” para visitar os médicos, como pedir carona em algum barco do DSEI que tivesse feito alguma remoção de pacientes e fosse voltar para o Polo ou ainda comprar o próprio combustível e alugar um barco para ir até os lugares sem garantia de reembolso por parte da Fiotec (Fundação de Apoio à Fiocruz – órgão que executa a aquisição de passagens do MEC para os supervisores do PMM), já que teoricamente o acordo firmado com o MD arcaria com essa logística.*

*Fui pela primeira vez para lá com esta missão do improviso e consegui! Segui os dois conselhos do tutor e, por sorte, consegui uma carona com um funcionário do DSEI que iria para um dos Polos para arrumar a bomba d’água que estava quebrada e no retorno talvez me coubesse no barco que levaria os médicos até a cidade no fim da escala de trabalho. Mas, se não me coubesse no barco ou não conseguisse chegar a tempo do dia que eu precisaria estar de volta em Maués para retornar a Manaus, eu não ganharia uma carona. Além disso, ainda me pediram para comprar um pouco de combustível para meu retorno caso precisasse.*

*Embarquei no mesmo dia em que cheguei à cidade para o primeiro Polo, a cerca de 3 horas de barco dali. Aproveitei para levar minha rede com mosquiteiro, pois iria pernoitar por lá. Pude, ainda no final da tarde, conhecer o Polo e a aldeia ao redor; acompanhar os atendimentos do profissional que estava lá e ainda respondemos o questionário de primeira visita de supervisão, que compreende questões a cerca das primeiras impressões do profissional e condições de trabalho oferecidas. Num dos atendimentos era preciso drenar um pequeno abscesso de uma criança e não havia material estéril adequado. Ali eu presenciei coisas das quais já tinha ciência, mas que tomaram outro impacto ao vivo: vi o médico da equipe com rodo e pano de chão ajudando a limpar a casa para sua EMSI que chegaria; vi-o cozinhando junto com a equipe; e, ao sairmos dali em direção a outro Polo no dia seguinte, o médico carregou a sua mala de 15 dias, na qual levava ainda grande parte dos alimentos, por centenas de metros abaixo do calor escaldante da Amazônia e, em seguida, ribanceira abaixo até a margem do rio. Observações que parecem banais até se imaginar quantos colegas médicos fariam algo parecido em seus locais de trabalho.*

*No segundo Polo, chegamos após algumas horas e o profissional que ali estava atendia uma criança – estava pegando um acesso para medicação intravenosa para ganhar tempo, pois removeria a paciente para a cidade por conta do agravamento de um quadro de pneumonia e a viagem seria bem longa. Voltamos então os dois profissionais, a criança com sua mãe, o motorista da “Ambulancha” e eu. Chegamos já ao escurecer em Maués e no dia seguinte ainda pude me reunir com o gestor do DSEI. Quantas informações importantes coletei para preenchimento dos relatórios! E quantas outras vivências que não caberiam nos espaços dos formulários e nem em palavras, ainda que tivesse muitas linhas para escrever.*

\*\*\*

No contexto das visitas, os supervisores sofrem com diversos estranhamentos tanto com os profissionais quanto com as gestões locais, sobretudo pelo papel de agente externo à região. O relato a seguir ilustra um pouco desta sensação junto aos sujeitos do local:

\*\*\*

*Em muitos casos, surjo como uma “estranha” que aparece por lá de vez em quando e que, pela correlação que fazem a um cargo do MS/MEC, associam à imagem de uma fiscal. Para ter um encontro honesto, é preciso investir em empatia e confiança nessa relação que pode ir muito além de um choque hierárquico onde um é avaliado e outro avalia e julga. Por exemplo, em minha primeira visita de supervisão, me preocupei bastante em me apresentar e tentar desconstruir a figura de fiscal/algoz, me colocando como um personagem de apoio. Ao pedir para acompanhar as consultas dos médicos do PMM, me coloquei de forma delicada e, durante os atendimentos, ajudava no exame físico. Além disso, íamos conversando sobre as condutas e, quando via algo que podia ser melhorado, tentava sugerir alternativas ao invés de enfatizar algum erro do profissional. O ato de pedir para ver um prontuário pode parecer uma coisa simples, mas em alguns profissionais chega a causar enorme desconforto. Atentar para esses detalhes sem constranger o colega que tem a mesma qualificação profissional é um desafio a ser superado com respeito e habilidades de comunicação.*

\*\*\*

Sobre as nuances desta abordagem com estes profissionais, relato as questões das visitas de supervisão *in loco*:

\*\*\*

*Um dos desafios dos supervisores na capacitação dos médicos é a abordagem de temas clínicos sem um cronograma pré-estabelecido e com uma procura irregular e escassa dos profissionais por discussão de casos da rotina médica. Para falar sobre isso, precisamos refletir sobre toda a figura atribuída ao “doutor”. Geralmente esta figura “superior hierarquica e intelectualmente” diante dos outros membros da equipe de saúde vem com uma ideia distorcida já de sua formação sobre os saberes profissionais. Muitas vezes não há busca pelo auxílio de um supervisor por relacionar esta situação a uma fragilidade ou mesmo no receio de ser julgado. É comum, por exemplo, que quanto mais experiente o médico do programa, quanto maior o seu tempo de atuação, menos ele busca compartilhar*

*alguma dúvida, algum caso difícil e isso frequentemente não condiz com a perfeição de suas condutas. Durante esses anos como supervisora percebo também que quanto melhor é o vínculo, com menos formalidades na relação, mais dúvidas são compartilhadas. Demonstrar que também estou em aprendizado constante e que não sei de todas as respostas já me aproximou de muitos profissionais. Em conversas durante o processo da supervisão já escutei: “tinha medo de você me achar burro(a) ou me avaliar mal se eu perguntasse isso”. Sempre tento expor minha posição sobre estarmos em construção constante e que a medicina generalista é bem mais complexa do que parece – protocolos apenas não dão conta da diversidade desta ciência que não é exata.*

*No campo teórico da MFC, aprendemos caminhos e ferramentas para trabalhar com condutas baseadas em evidências, para usar plataformas médicas cada vez mais eficazes para auxílio na prática clínica, e esta experiência compartilhada sempre agrega muito valor. Aprendizado importante desta troca é que devemos combater a “monotonia da rotina”, ter olhar atento e humildade para encarar mesmo aquilo que nos parece fácil e comum em nosso ofício. “Pensar complicado, mas agir com simplicidade” (KLOETZEL, 2013). E, à medida que a confiança se estabelece na relação, os casos e dúvidas compartilhados começam a aparecer. Apesar de ser corriqueiro na prática de qualquer médico consultar algum material impresso ou mesmo discutir casos com algum colega mais experiente, muitas vezes as supervisões acontecem sem muito conteúdo – arriscando a se tornar apenas um check-list simplório: “teve alguma dúvida este mês? Não. “Cumriu a carga horária?” Sim. “Tem alguma ocorrência a reportar?” Não.*

\*\*\*

Retomando a discussão sobre os distanciamentos na supervisão – quando mencionamos que o supervisor aparece como um “estranho” que surge raramente nestes locais, é devido à instabilidade das viagens que vem ocorrendo nos últimos anos. Teoricamente as visitas para supervisão in loco deveriam ocorrer a cada dois meses (como também os encontros locais regionais a cada semestre), contudo a realidade tem se mostrado bastante diferente, como ilustra o relato:

\*\*\*

*Como exemplo, em 2017, quando fui à minha primeira viagem ao Amazonas no mês março, tivemos um intervalo de nove meses até a viagem subsequente – retornando apenas em dezembro de 2017 para uma reunião em Manaus sob a alegação do contingenciamento de recursos ministeriais. Neste formato, só foi possível organizar um encontro locorregional na capital do estado e, com isto, solicitamos aos gestores dos demais municípios que arcassem com os gastos de enviar os médicos do PMM para o encontro em Manaus. A maioria alegou não dispor de recursos par bancar as passagens dos profissionais até a capital. Assim, tivemos uma reunião pequena mas produtiva e importante para manter o vínculo com o grupo.*

\*\*\*

Neste mesmo contexto, trago um trecho do relatório de viagem produzido sobre este encontro locorregional em 2017 para prestação de contas à Fiotec:

\*\*\*

*“Fui de Salvador para Manaus (aéreo) na Segunda feira (04/12/2017) de tarde e chegando ao destino por volta de 23:00 horas. Na Terça de manhã iniciamos a reunião em auditório da SUSAM às 8:00 horas, com presença de Tutores, Supervisores e Médicos supervisionados. Discutimos em grupo sobre como foi o processo da supervisão acadêmica no ano de 2017, sobre seu papel desempenhado e sobre as dificuldades com relação ao longo período sem visitas in loco. Foram levantadas estratégias para manter a qualidade do trabalho, considerando os problemas de acesso a comunicação dos profissionais que atuam em áreas mais remotas. Foram feitas também conversas individuais entre Supervisores e Médicos supervisionados respectivos. Tivemos também durante um momento da reunião, a presença de representantes da Diretoria de Atenção Básica da SUSAM, foi colocado a importância da presença do Programa no Estado, o qual tem a grande maioria das vagas de médicos na ESF preenchidas por profissionais do PMM. Também foi falado sobre problemas com registro de dados pelos profissionais em geral e estratégias no cuidado da Tuberculose e HIV no estado. Após liberação dos supervisionados, houve reunião entre Tutores e Supervisores para avaliação das atividades realizadas e planejamento de*

*posteriores, término por volta de 19:30 h. Embarquei em voo com destino a Salvador no Aeroporto internacional de Manaus, com partida às 01:08 h do dia 06/12/2017.”*

\*\*\*

Ainda sobre o cronograma de uma semana-padrão de supervisão *in loco*, após retornarmos do interior do estado para Manaus, na sexta-feira pela manhã fazemos reunião para repasse das informações coletadas e atividades de formação programadas. Este encontro de fechamento é muito bem orquestrado pelos tutores, pois o grupo é grande, temos pouco tempo e muitas demandas e histórias para compartilhar. Os tempos de fala são cronometrados e todos os supervisores têm seu momento de relato e debate. Desses encontros, a partir do compartilhamento dos problemas de cada localidade, têm surgido muitas ideias e propostas de solução para os mais diversos conflitos, além da produção de materiais pedagógicos. Sobre as reuniões e a construção destes produtos, trago o seguinte relato:

\*\*\*

*O primeiro produto da supervisão com que tive contato foi a Cartilha do GES, um material de iniciativa do subgrupo do Amazonas e que tem como objetivo apresentar a gestores e médicos do PMM informações e orientações gerais sobre o Programa, além de expor quais são as responsabilidades de cada parte. Esta cartilha tem sido de grande utilidade nas visitas para a mediação dos conflitos, sobretudo entre profissionais e gestores e entre gestores e MS.*

*Mais adiante, em 2018, vimos a necessidade de ofertar um material de consulta rápida para os médicos – algo que não precisasse de muitas páginas e que pudesse ser carregado numa mochila pequena pelos percursos de barco até as aldeias ou comunidades ribeirinhas. Elencamos temas que aparecessem com frequência na rotina da APS e que percebêssemos divergências importantes nas condutas dos médicos. A ideia era formatá-lo principalmente com fluxogramas de condutas e com a regra de não exceder duas páginas por tema. Assim, criamos o que chamamos de LEC (Linhas Essenciais de Cuidado), com revisões próprias*



*desenvolvidas pelos supervisores do GES/Amazonas e contando com 15 temas variados, como Sangramento Genital Anormal, Dor Miofascial e Alcoolismo.*

*Outra linha de qualificação do trabalho dos supervisores tem sido a criação de Grupos de Trabalho (GT), dentre eles o GT de Preceptoria, que ficava encarregado de levar para nossas reuniões atividades de aprimoramento do apoio em serviço (encarando a supervisão também como uma modalidade de preceptoria). Um dos colegas chegou a compartilhar e aplicar durante a reunião uma ferramenta para avaliação de padrões de aprendizagem, baseada no modelo da Academia Europeia de Professores em Medicina de Família – EURACT (IZECKSOHN et al, 2017), e despertou a reflexão de como podemos atingir efetivamente pessoas com histórias de vida e de formação tão diferentes, com todas as barreiras já mencionadas e ainda levando em consideração esse olhar revolucionário e sensível.*

\*\*\*

Nestes espaços também são realizados treinamentos com ferramentas de preceptoria/ensino em serviço e fazemos avaliações de nosso trabalho. Muitos dos problemas identificados nas visitas de supervisão não são de nossa responsabilidade (normalmente relacionados a conflitos nos serviços ou junto à gestão municipal), porém conseguimos atuar de modo considerável na interlocução com outros setores, como o MS e a SUSAM. Neste sentido, a presença dos representantes destes órgãos nas reuniões de alinhamento do GES mostra-se de grande importância já que os mesmos não conseguem estar presentes de modo regular nas localidades de difícil acesso – fazendo com que os supervisores se tornem canal de diálogo institucional anteriormente inacessível para diversos municípios e DSEIs.

Na sexta-feira após o término da reunião, almoçamos um bom peixe amazônico e seguimos de volta para nossas casas sempre com a sensação de que vivemos realmente em “Brasis” tão distintos.

### 4.3.2. A supervisão do GES sob a ótica dos profissionais do PMM

O relato dos médicos do Programa trouxe apontamentos significativos para a compreensão do processo de supervisão nas áreas indígenas e remotas da Amazônia. Dentre as falas, ganharam destaque determinadas questões que serão contextualizadas a seguir nesta pesquisa.

O primeiro tópico se refere ao contraste entre os papéis do “supervisor-fiscal” (agente externo que apareceria periodicamente para denunciar e punir falhas dos médicos) e do “supervisor-apoio” (profissional de apoio institucional e pedagógico que media conflitos, oferece suporte clínico e rompe o isolamento local dos médicos). Os entrevistados ressaltaram a importância de uma supervisão que ultrapasse as fronteiras da simples fiscalização para ofertar um apoio diversificado e sensível às questões do cotidiano nestas localidades:

“Eu falo por mim, quantas vezes eu estava para explodir e, depois de conversar (com o supervisor), eu fiquei mais calmo. Então isso ajuda muito, vai além do papel da supervisão. É um acolhimento. (...) De certa forma, tem outras importâncias além de supervisionar o nosso trabalho. É sobre esse apoio, conversa... Porque aqui, às vezes, a gente não tem com quem conversar sobre as questões do trabalho mesmo. (...) Você nem se dá conta dessa importância. Mas tem essa importância. Então a supervisão, além de ser necessária para o programa, é algo que ajuda bastante a gente.” (E1)

“A princípio quando a gente tem essa questão da supervisão, a gente fica apreensivo, porque a nossa vida enquanto acadêmico ela é muito pesada né, então tudo que fica relacionado a prova, a alguém que a gente tá subordinado, a gente fica apreensivo. A gente fica, tipo, ‘poxa, a gente vai ter um fiscal’, alguém que vai ficar pegando no pé, me cobrando mesmo, mas a gente tem mais isso no início né... Mas a partir do momento que tem os primeiros contatos a gente vê que não é bem assim de ficar pegando no pé, de ficar só fiscalizando né. É uma coisa mais de realmente estar sendo um coorientador, um ‘ajudador’ nas situações diversas que às vezes nem está também, não está ligado à supervisão, mas que tem alguns meios, ou tem alguma palavra, ou tem alguma informação que pode nos nortear. Tanto o tema dos assuntos relacionados às nossas condutas no Pólo, quanto relacionados ao Programa em si.” (E2)

“Eu preciso muito da supervisão! Tem que passar pela supervisão o meu trabalho, minhas condutas. Eu preciso de orientações, preciso de algumas atualizações. A supervisão que me mantém informada e atualizada. (...) Tem que ter uma pessoa que interceda, que está lá do outro lado, para dar essa atenção, para dar essa justificativa, para somar mesmo, como equipe. É muito bom para mim e para todos os profissionais. Para mim é mais do que necessária a supervisão.” (E3)

“O papel do supervisor, acho que não é só um, são vários! O PMM ele não é um programa exclusivo de trabalho. Parte do nosso contrato, da nossa função aqui, é o estudo também. Então o supervisor é um dos profissionais desse processo todo. Tá dentro do contexto, né, geral. (...) Eu acho que o supervisor é um profissional muito importante para garantir a

qualidade técnica dos profissionais. Porque são muito diversas as histórias que a gente ouve, cada profissional vem de um lugar diferente, vem de trajetórias muito únicas e é um trabalho muito complexo. (...) Não é só da capacidade técnica, orgânica, assim, aqui envolve outros saberes e que o MFC, assim, tem completa condição de construir. Não é a coisa, assim, que eu dou uma aula expositiva e acabou. Eu acho que o supervisor tem essa condição de garantir o estudo mais longitudinal, cobrar essa qualidade técnica, de dizer: 'colega, olha, vamos nos esforçar mais nisso. Vamos estudar mais o COVID-19. Vamos estudar mais aquilo...' Eu acho que isso é um ponto essencial." (E5)

Neste sentido, a supervisão ganha um contorno formativo e de auxílio aos profissionais em diversas áreas. Entre as práticas pedagógicas, foram mencionadas com maior destaque as atividades realizadas em grupo (webconferências e encontros de supervisão locorregional):

"Sem dúvidas foram as atividades de grupo. Sabe por quê? Porque nem todo mundo aqui tem um contato direto com um colega. Então nem todo mundo aqui conversa entre si, nem todo mundo pára pra ter aquela conversa, interação, que a gente tem no grupo por exemplo. (...) Tem coisas que acontece no Polo da outra médica que a gente não fica sabendo ou de outra médica que sai de área e viaja para sua cidade de origem e a gente não encontra. Então não fica sabendo. Então quando a gente tem esse momento em grupo, a gente acaba sabendo de coisas que acontecem com outros povos e pega outras experiências que caso venha acontecer com a gente, a gente vai saber como lidar melhor. Porque o colega já passou por aquela experiência, fez de uma forma e dividiu com a gente. Então essa coisa do grupo é bem bacana para a gente." (E1)

Além das iniciativas individualizadas de apoio, os momentos de grupo têm contribuído para romper o "silêncio" do serviço nestas localidades e trazido a ideia de pertencimento a um coletivo mais amplo de profissionais, com colaborações mútuas e compartilhamento de experiências de trabalho. O formato destas atividades teve de ser adaptado em virtude da suspensão das visitas in loco no contexto da pandemia. Com isso, o MEC passou a recomendar a realização de atividades de supervisão em grupo com o máximo de supervisionados possível e a utilização da plataforma da Rede Nacional de Pesquisadores (RNP) como ferramenta para as reuniões virtuais. No caso das áreas de atuação do GES, com problemas severos de conexão, a RNP não se mostrou viável pelo peso do programa, sendo autorizado então o uso de outros aplicativos/programas como *Google Meet*, *WhatsApp*, *Skype* e *Microsoft Teams* ou mesmo retornado para as atividades individuais, como nos municípios com velocidades de internet inferiores a 1 MB/s. Nos territórios indígenas, a baixa conectividade local ainda se soma com

o desafio de conciliar as escalas dos profissionais, períodos de entrada *versus* arejo nas aldeias, para acordar as melhores datas de reunião do grupo. Por sorte, muitos destes médicos viajam nos períodos de arejo para municípios de maior porte, onde há uma maior facilidade de conexão para realização das atividades virtuais.

Outro aspecto levantado tem sido a questão do isolamento nas áreas indígenas e remotas e como a supervisão tem contribuído para integrar estes profissionais ou reduzir a sensação de desamparo. Segundo os entrevistados:

“Eu tenho alguns amigos que parece que ficaram sem supervisores em outros locais e eu fiquei pensando: ‘meu deus! Sem supervisor, a gente vai ficar como?’ É como se nós estivéssemos abandonados, ou sós, então eu fiquei muito preocupado. Não, a gente não pode ficar sem supervisor! Existe um trabalho, existe uma supervisão, um acompanhamento pra tudo, pra nos nortear, mostrar o caminho em algumas coisas. (...) Porque existe uma realidade que não é fácil, envolve também a parte de a gente estar preparado emocionalmente e psicologicamente para ficar longe de tudo e isolado de tudo. Então, né, eu acredito que é super valioso também pra gente não se sentir 100% isolado, a gente tem alguém pra nos representar, pra nos orientar, nos auxiliar. É assim que eu vejo.” (E2)

“Eu acho, inclusive, que (a supervisão) é uma disputa política, é um trabalho de base. Vai ter gente que não gosta daqui, não quer vir aqui, mas acredito muito que se a pessoa tiver um apoio, uma coisa muito legal, se tiver todas essas possibilidades melhores de trabalho, é possível ela gostar daqui, sabe? De ficar e construir muitas coisas. (...) A maioria dos colegas não tem para onde ir, vão ficar presos numa coisa aqui, foram obrigados, assim. Isso não é legal. Então eu acho que a supervisão pode ter essa capacidade de levar outra forma de ver isso” (E5)

Surge assim a percepção do supervisor como profissional que ajuda a ressignificar as experiências de vida e de trabalho nestas localidades. Não se trata de negar as dificuldades enfrentadas nem de mascarar as condições de trabalho dos médicos nestas áreas, mas de trazer novos olhares sobre seu cotidiano e explorar os sentidos do trabalho sobre suas trajetórias pessoais. Além disto, a ideia de um suporte qualificado diante do isolamento traz à supervisão uma importância singular junto aos profissionais, contribuindo de certo modo para diminuir a evasão nestas regiões.

Em relação à disponibilidade, os entrevistados relataram facilidade no acesso à supervisão para discussão de problemas relacionados ao trabalho nestas áreas, mas apontaram dificuldades na comunicação com as demais instâncias como a gestão do DSEI e o MS:

“Com a supervisão, tranquilo. Eu tenho contato direto: toda vez que eu quero, eu acho o supervisor. O Ministério da Saúde, todas as vezes que eu procurei, que eu mandei e-mail, eu recebi a resposta de ligar pro 136. O 136 parece ‘Bola de Natal’, só serve para enfeitar. Às vezes parece que eles são perdidos. Você (o supervisor) que tem que fazer o trabalho deles.” (E1)

“Não acho fácil o acesso (aos gestores). Mais fácil é o da supervisão, que é um acesso que eu tenho direito. Sempre que manda mensagem responde, sempre que tem dúvidas são esclarecidas. A respeito da gestão, nós sempre temos dificuldade. Nem sempre o coordenador está disponível, ele tem muitos Polos, tem muitas viagens, e ele também deixa essa competência da função dele para uma terceira pessoa que é de difícil acesso, de difícil conversa. Não tem resolução para nada! E o outro, eu nunca precisei... Ligo no ‘136’ e eles nunca têm resposta para as coisas.” (E3)

As principais dificuldades trazidas eram ligadas a questões trabalhistas, como a organização das escalas, férias e afastamento por doença, com os profissionais relatando problemas na comunicação com o MS para a resolução de questões básicas. Apesar das atribuições dos supervisores serem ligadas ao campo pedagógico (representando, em sua essência, o MEC), estes acabam intermediando as demandas dos médicos junto às gestões locais e mesmo ao MS, assumindo um papel de ponte de interlocução graças à maior proximidade com o cotidiano destes profissionais.

Um último aspecto levantado foi a possibilidade de uma maior interação entre a Especialização em Saúde Indígena e a supervisão acadêmica do GES. Por se tratarem de instâncias bastante distintas, não existe atrelamento de conteúdos programáticos nem contato direto entre os orientadores da Especialização e os supervisores. Como aponta um dos entrevistados:

“Poderia ter uma associação maior com a supervisão de vocês, entre vocês e a orientadora da pós (Especialização em Saúde Indígena). Porque vocês têm mais contato com a gente, têm coisas que só vocês sabem. Já a orientadora... gente! Só fala coisas específicas do que ela pede, questionários chatos que tem que ler, é uma chatice. Parece que você tá lendo a mesma coisa, hein? 50 páginas! Eu acho cansativo, eu acho que deveria ser uma especialização mais prática, mais a ver com o nosso dia-a-dia. É muito cansativo.” (E1)

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. Desafios na continuidade do PMM e sua supervisão acadêmica

A supervisão acadêmica do PMM se insere num plano de fundo político que influencia decisões ministeriais do campo da saúde e da educação. A configuração das políticas reflete, desta forma, a correlação de forças do período e os blocos de poder que disputam o controle do erário público do país (MACEDO et al, 2021; PINTO, 2021).

O PMM, neste sentido, não foge à regra: implantado em 2013, cruzou um longo caminho desde a entrada na agenda governamental até a sua execução enquanto política nacional. As rivalidades colocadas à época impactaram no desenho do Programa e influenciaram diretamente sua data de lançamento. Pinto (2021), em sua tese de doutorado sobre o PMM, sintetiza os bastidores deste processo:

Em resumo, o agravamento do problema das insuficiências na oferta e formação médicas, o aumento da relevância da questão, o posicionamento de novos atores na direção do sistema político e subsistema saúde e educação são responsáveis pela **entrada da questão na agenda** do governo, com prioridade máxima no MS e alguma prioridade no núcleo do governo, já em 2011. A ação dos “Empreendedores do PMM”, conformando e processando os problemas, as soluções formuladas e implementadas, somados aos fatores anteriores, foi responsável por **colocar a solução PMM na agenda** do núcleo do governo no início de 2012, quando foi determinada a sua formulação a um grupo interministerial conduzido pelo MS e MEC. A ação dos Empreendedores do PMM, da Presidenta e do núcleo do governo e a superação de constrangimentos institucionais no MS e, principalmente, no MEC permitiram a **formulação do PMM** ao longo do ano de 2012. A posse dos novos ministros e ação dos mesmos articulada aos Empreendedores do PMM, o avanço nas tratativas com a OPAS e Cuba, a proximidade das eleições de 2014, somados aos fatores anteriores, foram responsáveis pela **decisão de implementação do PMM**, mas ainda sem a definição de uma data de lançamento. A mudança do contexto político em junho de 2013, com papel destacado das “Jornadas de Junho”, mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo fazendo com que **o PMM fosse lançado** naquele momento. (PINTO, 2021. pag. 286. grifos nossos)

A partir de então, o PMM tem passado por mudanças, adaptações e sobrevivido a sucessivas tentativas de seu encerramento. A aprovação da Lei do Médicos pelo Brasil em 2019 foi um dos pontos críticos do PMM, quando propunha-se à época sua substituição pelo novo Programa. O PMpB apresentava uma nova modalidade de supervisão acadêmica: ao invés de visitarem os locais

de trabalho dos médicos, incluindo as áreas indígenas e remotas, os profissionais se deslocariam a cada dois meses para o serviço de saúde de seu tutor onde permaneceriam durante uma semana sob sua supervisão direta (BRASIL, 2019). O novo formato recebeu críticas de entidades como a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares e setores acadêmicos, que discordavam de questões como o afastamento da supervisão da realidade de trabalho desses profissionais e a redução de sua capacidade de intermediação entre gestores locais e o MS (RNMMP, 2019; GIOVANELLA et al, 2019; ANDERSON, 2019; MELO NETO & BARRETO, 2019).

Contudo, mudanças no cenário político resultaram na demissão do então ministro da saúde e da cúpula da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS em 2020, equipe responsável pela proposição do PMpB. Desde então, não houve seguimento da proposta pelos ministros Nelson Teich, Henrique Pazuello e Marcelo Queiroga, ocorrendo inclusive novas convocações do PMM. Nos dizeres de Pinto (2021),

(...) assim, o que segue garantindo a atuação de 15 mil médicos em 3,7 mil municípios é o PMM. Isso evidencia a força desta solução que resistiu a dois governos que assumiram dizendo que iriam acabar com ela, mas que tiveram dificuldades para deixar de responder à necessidade social atendida pelo Programa e de propor outra solução que atendesse a essa necessidade. (PINTO, 2021. pag.294)

A pressão de prefeitos e parlamentares, em consonância com a demanda de suas bases políticas, junto ao núcleo dos governos Temer e Bolsonaro tem sido fundamental para a proteção de mudanças no Eixo Provimento do PMM (PINTO, 2021). Entretanto, novas composições políticas e a atuação de atores coletivos opositores ao Programa (entidades médicas, *lobbies* de apoio à saúde privada no Congresso e Senado, etc.) podem influenciar neste cenário, fragilizando-o institucional e economicamente ou comprometendo áreas estratégicas como a supervisão acadêmica. Em suma, encolhê-lo a um tamanho irrisório.

O enfraquecimento da supervisão com medidas como o aumento da proporção de médicos por supervisor ou uma redução ainda maior das viagens para as áreas indígenas e remotas levaria a uma precarização considerável do seu processo de trabalho, inviabilizando a presença regular dos supervisores nestas localidades. Questões relevantes apontadas nesta pesquisa como o apoio

pedagógico contextualizado, a quebra do isolamento e a intercessão junto a outras instituições podem ser esvaziadas para a concentração quase que exclusiva da supervisão como instrumento de respaldo legal para a atuação dos profissionais – uma supervisão resumida à legitimação do provimento médico do Programa. Em outras palavras, uma supervisão “para inglês ver”.

Sabe-se, de fato, que os custos logísticos para a manutenção do GES são bastante elevados, além da remuneração dos supervisores. As cifras empreendidas nos vôos para as capitais dos quatro estados do GES, na hospedagem e na locação de aeronaves e seu combustível para a entrada nessas áreas são consideráveis e por isto precisam ser planejadas com a devida cautela. Contudo, a supervisão nestes cenários mostra tamanha relevância que a disputa por sua continuidade e aperfeiçoamento precisa fazer parte da agenda política nacional, como ocorre com as pressões pela manutenção do PMM (PINTO, 2021). O GES é peça importante para qualificação do trabalho nestas localidades e deve ser encarado como uma linha precisa de investimento – uma iniciativa estratégica e necessária na melhoria do cuidado em saúde em regiões quase que inacessíveis ao poder público nacional.

## **5.2. Contribuições da pesquisa para o suporte pedagógico de médicos em áreas indígenas e remotas**

O estudo da realidade de profissionais atuantes nas áreas de abrangência do GES traz para o debate uma série de desafios normalmente inimagináveis para quem reside nos grandes centros urbanos brasileiros. Neste sentido, o Grupo tem aprimorado suas práticas e acumulado experiências exitosas no trabalho com médicos da Amazônia, construindo caminhos para a melhoria do cuidado em saúde nestas localidades.

Para contornar as barreiras geográficas, o GES desenhou uma modalidade diferenciada de supervisão dentro dos pré-requisitos do PMM: atividades presenciais a cada dois meses, intercaladas pela supervisão longitudinal à distância; presença de espaços formativos, de alinhamento e de compartilhamento de experiências entre tutores, supervisores e representantes de outras



instituições; equipe com formação destacada na APS; confecção de produtos pedagógicos próprios; e acesso a localidades de difícil acesso com o apoio logístico das Forças Armadas.

Para além deste formato em comum, essa pesquisa trouxe um conjunto de práticas de supervisão realizadas nos municípios de Carauari e Santa Rosa do Purus e no DSEI Parintins que tem contribuído para a qualificação do trabalho dos médicos do PMM nestas localidades. As narrativas da autora dialogam com o conteúdo das entrevistas nas seguintes questões: condicionantes estruturais das áreas indígenas e remotas prevalecendo sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde; e potencialidades da supervisão sobre a qualificação do cuidado, suavização do isolamento e intermediação junto a outras instituições sobre questões cotidianas destes profissionais. O trabalho trouxe ainda elementos pormenorizados da interação com os médicos do PMM durante a supervisão, como a construção do vínculo, a leveza nas proposições de mudança e o respeito à trajetória e experiências de vida de cada profissional, que funcionaram como facilitadores do processo de aprendizagem em serviço. Além disto, foram identificadas questões como as resistências dos médicos em compartilharem suas dificuldades no ambiente de trabalho e em acionarem a supervisão com maior frequência, o que colabora para um “vazio” comunicativo que precisa ser ultrapassado para uma melhor intermediação dos supervisores. Em outras palavras, romper o silêncio com delicadeza para acessar com maior profundidade as questões mais determinantes de cada sujeito.

Este conjunto de iniciativas promovidas no espaço do GES constitui uma expertise que abre possibilidades para o apoio pedagógico em outras localidades de difícil acesso do país. Regiões com barreiras geográficas importantes ou mesmo sociais, como as impostas pela violência, podem se beneficiar com as parcerias interministeriais e com as metodologias de trabalho do GES trazidas nesta pesquisa. Além disto, as experiências de interação com os supervisionados descritas nas narrativas e entrevistas desta dissertação trazem discussões relevantes para o ensino em serviço em diversos cenários, seja no campo da supervisão do PMM ou mesmo na preceptoria de residência em MFC.

Por outro lado, outros desenhos concebidos nos últimos anos para o provimento médico no país ainda carecem de respostas para a qualificação do trabalho nas áreas indígenas e remotas – seja nos moldes originais da Lei do

PMM, em que ocorreria a universalização da residência médica com obrigatoriedade de cumprimento de dois anos de MFC como pré-requisito para ingresso nas demais especialidades; ou no formato proposto brevemente pelo PMpB, com o deslocamento dos profissionais para a realidade de trabalho de seus tutores. Na primeira opção, existe uma dificuldade real de oferta de preceptores em MFC para estas localidades e as experiências virtuais não têm acessado de forma suficiente os profissionais que lá atuam. No segundo modelo, além dos custos de transporte para um número muito grande de médicos, a supervisão seria realizada em cenários dificilmente comparáveis à sua realidade de trabalho (ex.: profissionais de Carauari se deslocariam para a UBS de seu tutor na periferia de Manaus, com questões sociais e geográficas e rede de saúde bastante distintas). Neste sentido, o GES se apresenta como uma proposta consistente de acesso aos rincões do país e que já acumula experiências concretas no atual formato do PMM, podendo ser adaptado para aplicação nesses outros desenhos caso venham a vigorar no país.

Outro aspecto identificado na pesquisa foram as dissonâncias entre os componentes da Especialização em Saúde Indígena (nos DSEIs) ou em Saúde da Família (nas áreas remotas) e os da supervisão acadêmica do GES. Esse afastamento tem resultado em agendas paralelas de apoio pedagógico que sobrecarregam os profissionais e acabam sendo cumpridas, em muitos casos, por mera formalidade para a permanência no Programa. Uma alternativa que vem sendo pensada pelo GES há alguns anos é a aproximação com as IES que desenvolvem os conteúdos das Especializações para um maior alinhamento destas esferas. Por um lado, o cronograma das atividades supervisão poderia se adaptar ao ciclo de disciplinas das Especializações e compartilhar a discussão com os materiais propostos pelas IES responsáveis. Por outro, o GES poderia trazer uma maior concretude para o conteúdo destes cursos, dialogando com as demandas mais visíveis desses profissionais e com as limitações estruturais destas localidades. Além disto, o contato entre os orientadores da Especialização e os supervisores de um determinado médico do Programa pode ajudar no compartilhamento de experiências e olhares para o aprimoramento de ambas as iniciativas, promovendo resultados mais eficientes na ponta dos serviços.

Mesmo com todas estas contribuições do Grupo, a pesquisa traz de mais significativo o entendimento sobre o contexto de trabalho e de vida destes profissionais nas áreas indígenas e remotas da Amazônia. As narrativas e a fala dos médicos foram incisivas sobre as dificuldades enfrentadas para a atuação nestes cenários e o quanto estas questões são determinantes para a qualidade do cuidado em saúde oferecido. Não há possibilidade de treinamento sobre diabetes gestacional quando os profissionais têm de dormir durante três dias num abrigo de madeira exposto à chuva amazônica. Existem questões graves que precisam ser solucionadas e sobre as quais o GES não possui gerência ou impacto imediato, o que coloca a supervisão acadêmica num dilema semelhante ao apontado por Arouca (1975) em sua tese sobre o “Dilema Preventivista”:

A Medicina Preventiva, como a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar, é: qual a viabilidade deste projeto no interior do modo de produção capitalista? (AROUCA, 1975. pag. 170)

O GES se destaca como importante iniciativa nestas localidades mas não pode ser encarado como uma panacéia para as questões mais relevantes das áreas indígenas e remotas. A supervisão do Grupo não pode, desta forma, se apresentar com uma leitura simplória destas realidades e se colocar como um modelo assistencialista de APS focal, uma “medicina de pobre para pobres”. Ela deve compartilhar estes problemas e se colocar como ponte para a denúncia e busca por melhorias para estas localidades, caso contrário correrá o risco de ofertar um apoio pedagógico intangível para a maioria dos supervisionados. Ou, nos dizeres de Carlos Drummond de Andrade (2012):

Não serei o poeta de um mundo caduco.  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida e olho meus companheiros.  
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.  
(ANDRADE, 2012. pag.34)

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, fruto da inserção em cenários de difícil acesso da Amazônia, buscou analisar como se desenvolve a supervisão acadêmica do GES, importante iniciativa pedagógica construída nos rincões do país. Neste intuito, trouxe para a discussão questões significativas sobre o contexto de vida e de trabalho dos médicos em áreas indígenas e remotas e as contribuições do GES no aprimoramento do trabalho destes profissionais, além de sugerir possibilidades de sua aplicação em outros desenhos de provimento médico no país.

Para dar conta destes objetivos, a pesquisa buscou dar voz aos profissionais que se inserem nestas localidades, num caminho diferente do realizado por outros estudos – que trabalharam com entrevistas com supervisores (AHMADPOUR et al, 2019; DIAS, 2017) ou com dados secundários (LUNA et al, 2019). Este processo trouxe mais vida para o texto, desnudando características do cotidiano destes médicos que não conseguiam vir à tona nos formatos mais tradicionais de pesquisa. O trabalho foi enriquecido ainda com as narrativas da autora, que vivenciou diferentes cenários na supervisão e que se apresentou de forma dialógica com o conteúdo das entrevistas.

Contudo, a pandemia de COVID-19 impactou diretamente o desenvolvimento da dissertação: as viagens de supervisão foram suspensas, sem previsão de retorno até o momento, o que impediu o desenvolvimento de outros métodos de coleta de dados, como a observação participante com produção de diários de campo ou a entrevista presencial no local de trabalho. Desta forma, optou-se pelo resgate das memórias da autora sobre o processo, na forma de narrativas, e pela realização de entrevistas à distância, com utilização de ferramentas virtuais de comunicação. O saldo foi positivo, os textos fluíram de modo expressivo e se complementaram, trazendo um conteúdo rico e importante para a comunidade acadêmica.

O GES, como iniciativa em constante construção, ainda carece de apoio político e econômico para o seu desenvolvimento, o que reforça a importância de se dar uma maior visibilidade ao trabalho do Grupo. Neste sentido, faz-se urgente o aumento da produção acadêmica sobre a supervisão, sobretudo com pesquisas que mergulhem no cotidiano dos profissionais e deem voz para os problemas mais gritantes destas localidades. O retorno às atividades presenciais da supervisão

pode contribuir para a realização de estudos in loco e assim enriquecer as discussões sobre o Grupo e seus cenários de atuação.

Por fim, o trabalho enfatiza as limitações das práticas pedagógicas do GES frente às questões estruturais destas realidades, muitas vezes privadas de condições básicas de transporte, moradia e saneamento. O dilema colocado à supervisão a impulsiona para uma atuação crítica e que lute por melhorias nestas localidades, advogando pelos profissionais e populações ali presentes. Uma supervisão de mãos dadas com o SUS e focada em agir sobre a “grandeza do presente” (ANDRADE, 2012).

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T.; MACEDO, H. M. O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180042, 2019.
- AHMADPOUR, B.; MENDES, J. N. S. F.; SILVA JUNIOR, V. M.; SARAIVA, J. V. A supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no Estado do Amazonas. In: HEUFEMANN, N. E. C. (Org.); et al. *Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho*. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020.
- ALENCAR, M. A. Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise de suas potencialidades e propostas pedagógicas. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2018.
- ALMEIDA, E. R.; BRANDÃO, C. C.; MATIELO, E.; SANTANA, M. A.; UGARTE, O. A.; COSTA, T. S. Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: SCHWEICKARDT, J. S.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (Orgs.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019
- ALMEIDA, E. R.; MARTINS, A. R.; MACEDO, H. M.; PENHA, R. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1291-1300, 2017.
- ALMEIDA, M. M.; SANTANA, G. C. O. M.; SOUSA, R. B. Evidências advindas da implantação do PMM nos territórios indígenas. s.l; s.n; 2017. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2017/10/saude-indigenaSumula.pdf>
- ALVAREDO, F.; CHANCEL, L.; PIKETTY, T.; SAEZ, E.; ZUCMAN, G. (Orgs.). *Informe sobre la Desigualdad Global*. Berlim: *World InequalityLab*, 2018. Disponível em: [www.wid.world](http://www.wid.world)
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *RevBrasMedFam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2019 Jan-Dez; 14(41):2180.

- AROUCA, S. A. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
- BARBOSA, V. F. R. Avaliação executiva: Programa Mais Médicos. Texto para Discussão n. 0007. Instituto Serzedello Corrêa. Tribunal de Contas da União; 2020. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/avaliacao-executiva-programa-mais-medicos.htm>
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições70, 1979.
- BARRÊTO, D. S.; MELO NETO, A. J.; FIGUEIREDO, A. M.; SAMPAIO, J.; GOMES, L. B.; SOARES, R. S. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. Interface (Botucatu). 2019; 23 (Supl.1): e180032.
- BERTÃO, 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. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(4), 217-224, dez, 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- BRASIL. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos (PMM), 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 União 2013; 22 out. 2013a.
- BRASIL. Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União 2019; 18 dez. 2019a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Edital nº 21, de 06 de maio de 2021. Exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituição de educação superior estrangeira - REVALIDA 2021. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-21-de-6-de-maio-de-2021-318624973>

- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 28, de 14 de julho de 2015. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2015; 14 jul. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Sistema de Seleção Unificada – SISU. Relatório: Inscrições e notas de corte 1º/2020. Disponível em: <https://sisu.mec.gov.br/#/relatorio#onepage>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União 2002; 31 jan. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União 2015; 15 jun. 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.059, de 23 de julho de 2015. Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do anexo a esta Portaria, destinado aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena. Diário Oficial da União 2015; 23 jul. 2015c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



- CAMBRICOLI, F. Estadão. Na fronteira pelo diploma médico. 25 setembro 2019 (acessado 02 abril 2021). Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/cidades,na-fronteira-pelo-diploma-medico,102880>
- CARDOSO JUNIOR, R. Avaliação da Supervisão Acadêmica no Programa Mais Médicos na Paraíba. (Dissertação) Mestrado em Saúde da Família (PROFSAÚDE) Polo UFPB. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2019.
- CARDOSO JUNIOR, R.; SOUSA, E. S. S. Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24(Supl. 1): e190487 <https://doi.org/10.1590/Interface.190487>
- CASTRO, T. F. Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas; 2015.
- COELHO, T. G1 EDUCAÇÃO. Custos baixos e desafio cultural levam 500 brasileiros a buscarem diploma de medicina na Rússia. 24 junho 2018 (acessado 02 abril 2021). Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/custos-baixos-e-desafio-cultural-levam-500-brasileiros-a-buscarem-diploma-de-medicina-na-russia.ghtml>
- CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2013; 370(23): 950-7.
- DAL POZ, M. R.; MAIA, L. S.; SILVA JR., D. S. S.; RAMALHO, L. Análise do custo da graduação em Medicina no Brasil. IMS/UFRJ. Policy briefing v. 1.0 - 06/12/2020 (acessado 02 abril 2021). Disponível em: [https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/12/PoliceBrief\\_Analise\\_do\\_custo\\_da\\_graduacao\\_em\\_medicina\\_no\\_Brasil.pdf](https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/12/PoliceBrief_Analise_do_custo_da_graduacao_em_medicina_no_Brasil.pdf)
- DANIEL, E. Mais Médicos no Paraná - acolhimento e o processo de trabalho na atenção básica. *Rev. Med. UFPR (Impr.)*; 4(1)2017.

- DAVID, R. C. A. Esse rio é minha rua: perspectivas para o transporte fluvial de passageiros no Amazonas. 2019. (Tese) Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2019.
- DIAS, A. S. A supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência do grupo especial de supervisão. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trab. educ. saúde* 18 (3). 2020
- ENGSTROM, E. M.; CARVALHO, L. C.; ROMANO, V. R.; CASTRO, A. A. C. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 10(1), 241-252, mar, 2016.
- FERNANDES, L. Brasil de Fato. Governo não consegue resolver vazio deixado por médicos cubanos em áreas indígenas. 19 janeiro 2019. (Acessado 05 maio 2020). Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/01/19/das-92-vagas-do-mais-medicos-em-areas-indigenas-apenas-quatro-estao-ocupadas>
- FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações Metodológicas sobre as Possibilidades de Aplicação da Técnica de Observação Participante na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 511-529, 2013.
- FERRACUTI, R. Programa Mais Médicos para o Brasil: uma análise sobre experiências de supervisão acadêmica. (Dissertação) Mestrado em Gestão da Clínica. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2019.
- FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1169-1180, 2017.
- FONTAO, Maria Angélica Breda; PEREIRA, Éverton Luís. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 21, supl. 1, p. 1169-1180, 2017
- FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do

Programa Mais Médicos. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 15-29, Mar. 2019.

- FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia. 2004; 14(28):139-52.
- FREITAS F. P. P.; LUNA, W. L.; BASTOS, L. O. A.; ÁVILA, B. T. Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. Interface (Botucatu) 25 16 Abr 2021.
- GAMA, A. S. M.; FERNANDES, T. G.; PARENTE, R. C. P.; SECOLI, S. R. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública 34 (2). 2018
- GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P; F.; MELO, E. A.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; MENDONÇA, M. H. M. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad. Saúde Pública 2019; 35(10):e00178619.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; ARAÚJO, J.F.; FARAH, J.M.; WAN DER MAAS, L.; CAMPOS, L. A. B. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs). O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.
- GIRARDI, S. N.; VAN STRALEN, A. C. S.; CELLA, J. N.; WAN DER MAAS, L CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E.; FERLA, A. A. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. Trabalho, Educação e Saúde, vol. 16, núm. 3, sep-dec, 2018, pp. 899-918.
- GONDIM, F. S. S. Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

- GONDIM, F. S. S. Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- GONDIM, F. S. S. Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- GUSSO, G. D. F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. *RevBrasMedFam Comunidade*. 2017;12(39):1-9.
- GONÇALVES, G. G1 EDUCAÇÃO. Concorrência em medicina faz idade de calouros da USP subir, diz estudo. 31 julho 2015 (acesso em: 01 março 2021). Disponível em: <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2015/07/concorrencia-em-medicina-faz-idade-de-calouros-da-usp-subir-diz-estudo.html>
- GONÇALVES, R. M.; DOMINGOS, I. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, 11(1):99-108. V. 11 N. 1 janeiro/abril. 2019.
- HUTTO, D. D. *Folk Psychological Narratives: the sociocultural basis of understanding reasons*. Massachusetts Institute of Technology, 2008.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infra-estrutura. *Radar 27: Perspectivas profissionais: nível técnico e superior*. Brasília: IPEA, 2013.
- IZECKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):737-746, 2017.
- JUCÁ, B. El País. Com dificuldade para atrair médicos, Governo Bolsonaro prepara a readmissão de cubanos. 15 fevereiro 2020. (Acessado 05 maio 2020). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-15/com-dificuldade-para-atrair-medicos-governo-bolsonaro-prepara-a-readmissao-de-cubanos.html>

- KLOETZEL, K. O Diagnóstico Clínico: estratégias e táticas. In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- KOIKE, B. SG Capacitação Profissional. Ânima põe foco em curso de medicina, novo 'queridinho' do ensino superior. 2019 (acesso 02 abril 2021). Disponível em: <http://sgparticipacoes.com.br/animapoesfocoemcursodemedicina-novo-queridinho-do-ensino-superior/>
- LAZZERI, T. The Intercept Brasil. Apesar da pandemia, CFM dificulta alternativas de validação de diplomas estrangeiros. 10 mai 2021 (internet). (Acesso: 21 mai 2021). Disponível em: <https://theintercept.com/2021/05/10/apesar-pandemia-cfm-dificulta-alternativas-validacao-diplomas-estrangeiros/>
- LUNA, W. F.; ÁVILA, B. T.; BRAZÃO, C. F. F.; FREITAS, F. P. P.; CAJADO, L. C. S.; BASTOS, L. O. A. Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n. suppl 1, p. 1–14, 2019.
- MACEDO, A. S.; ARAÚJO, J. M.; FARIA, E. R.; FERREIRA, M. A. M. Análise da implementação do Programa Mais Médicos: um olhar dos órgãos de controle. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania* v. 26 n. 83 (2021): janeiro-abril.
- MACEDO, A. S.; FERREIRA, M. A. M. O Programa Mais Médicos e alocação equitativa de médicos na atenção primária à saúde (2013-2017). *REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre)* 26 (02). May-Aug 2020.
- MARQUES, V.; SATRIANO, C. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. *Linhas Críticas*, Brasília, DF, v.23, n.51, p. 369-386, jun. 2017 a set. 2017.
- MARQUEZAN, R. F.; GIRALDIN, O. A interface entre saúde indígena e o Programa Mais Médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente. *Amazôn., Rev. Antropol. (Online)* 9 (2): 832 - 854, 2017.
- MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):2162.
- MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO. T. B. et al. *Acolher Chapecó:*

uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.

- MÍDIA NINJA. Belém fecha hospitais por falta de médicos. 06 mai 2020 (internet). (Acessado: 12 mai 2021). Disponível em: <https://midianinja.org/news/belem-fecha-hospitais-por-falta-de-medicos-profissionais-estao-doentes-ou-se-demitiram/>
- MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
- MORENO, A. C. G1 Educação. Revalida 2017 tem a pior taxa de aproveitamento da história. 04 julho 2019 (acessado 05 maio 2021). Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/07/04/revalida-2017-tem-a-pior-taxa-de-aproveitamento-da-historia.ghtml>
- MORENO, A. C. G1 Educação. 1.377 ações judiciais provocaram atrasos na aplicação do Revalida 2017, diz Inep. 01 março 2018 (acessado 05 maio 2021). Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/1377-acoes-judiciais-provocaram-atrasos-na-aplicacao-do-revalida-2017-diz-inep.ghtml>
- NERI, M. (Org.). A Escalada da Desigualdade: qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e pobreza? Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2019.
- NUNES, T. C. M. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. Cadernos de Saúde Pública, 1986, 2(4): 466-476.
- OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P.. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2719-2727, 2016.
- OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015.
- PAULA, J. B. Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico. Tese (doutorado) – Programa de doutorado em saúde global e sustentabilidade, Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo; 2017.
- PENHA, R. C.; SOUSA, R. G.; OLIVEIRA, S. S.; ALMEIDA, E. R.; FIRMIANO, J. G. A . A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o

Brasil por instituições de educação superior. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 23, supl. 1, e180061, 2019 .

- PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1181-92.
- PEREIRA, P. O Estado de S. Paulo. Apesar da pandemia, Inep atrasa 2ª prova de Revalida para médicos formados no exterior. 02 abril 2021 (Internet). Acessado 02 junho 2021. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,inep-atrasa-2-prova-do-revalida-para-medicos-formados-no-exterior,70003668193#:~:text=%22No%20caso%20do%20Revalida%2C%20no,de%20participantes%20e%20equipe%20d>
- PINTO, H. A. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos. (Tese) Doutorado em Políticas Públicas. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
- PINTO, H. A.; ANDREAZZA, R.; RIBEIRO, R. J.; LOULA, M. R.; REIS, A. A C. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, supl. 1, e170960, 2019.
- POTTER, H. Deutsche Welle. Falta de profissionais no Mais Médicos afeta 6 milhões de brasileiros. 22 julho 2019. (Acessado 05 maio 2020). Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/falta-de-profissionais-no-mais-m%C3%A9dicos-afeta-6-milh%C3%B5es-de-brasileiros/a-49699732>
- QUARESMA, M. S. C.; PEREIRA, C. C.; MONTEIRO, R. C. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(4), 151-158, dez, 2015.
- RASELLA, D.; HONE, T.; SOUZA, L. E.; et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. BMC Med 17, 82 (2019).

- REIS, C. C. L. A supervisão no Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades. 2001. 109p. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.
- RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. F. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.3, p.794-808, 2018.
- RNMMP – REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES. Nota da Rede de Médicas e Médicos Populares sobre a proposta do Programa Médicos pelo Brasil. 05 agosto 2019. (Acessado 05 novembro 2019). Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/08/05/rede-de-medicos-populares-denuncia-as-contradicoes-do-programa-federal>
- ROCHA, E. M. S.; BOITEUX, P. A.; AZEVEDO, G. D.; SIQUEIRA, C. E. G.; ANDRADE, M. A. C. Preditores Educacionais para Fixação de Médicos em Áreas Remotas e Desassistidas: uma Revisão Narrativa. Rev. bras. educ. med. 44 (01) 2020.
- SANTIAGO, V. B.; HENKES, J. A. Os desafios para o desenvolvimento do transporte aéreo no estado do Amazonas. Revista Brasileira de Aviação Civil & Ciências Aeronáuticas, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 122–144, 2021.
- SANTOS, S. M. A. Médicos Cubanos em Áreas Indígenas: naturezas, doença e cura em um “Brasil que não está nas novelas”. In: Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do programa mais médicos no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde; Brasília, 2018.
- SANTOS, W.; COMES, Y.; PEREIRA, L. L.; COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E.; SANTOS, L. M. P. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan-mar 2019.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.
- SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
- SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P.; SANCHEZ, M.N.; HONE, T.; MILLETT, C. Percepções acerca do Programa Mais Médicos e do Processo de Supervisão



Acadêmica. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 44 (4) : e180; 2020.

- SILVA, A. P. O.; CARNEIRO, C.; PINTO, A. G. A.; FERREIRA, H. S.; RAMOS, A. A. J. Percepção dos médicos do programa “mais médicos”: supervisão acadêmica e formação médica na Paraíba. *Archives of Health*, v. 2, n. 3, p. 442-456, 20 Jun. 2021.
- SILVA, Q. T. A.; CECÍLIO, L. C. O. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde em Debate*, v. 42, n. 117, p. 489–502, 2018.
- SILVA, R. P.; BARCELOS, A. C.; HIRANO, B. Q. L.; IZZO, R. S.; CALAFATE, J. M. S.; SOARES, T. O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos . *Interface comun. saúdeeduc*; 19(supl.1): 1005-1014. dez. 2015.
- SILVA, V. O.; RIOS, D. R. S.; SOARES, C. L. M.; PINTO, I. C. M. TEIXEIRA, C. F. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 117, p. 489–502, 2018.
- SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Durante dois dias, Grupo Especial de Supervisão do PMMB se reúne em Manaus [internet] [acesso em: 11 fev 2020]. Ascom SE/UNA-SUS; 17 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/durante-dois-dias-grupo-especial-de-supervisao-do-pmmb-se-reune-em-manaus>
- SOUZA, M. L. P. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(4), 191-197, dez, 2015.
- SCHWEICKARDT, J. S.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (Orgs.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019
- SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; LIMA, R. T. S.; AMORIM, J. S. C. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e24.

- TAMBUCCI, Y. B. Rio a fora, cidade a dentro – transporte fluvial e modos de viver no Amazonas. (Dissertação) Mestrado em Antropologia Social. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
- UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; IPESPE – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E SOCIAL DE PERNAMBUCO. Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. Minas Gerais: UFMG; Brasília: Ipespe, 2015. Mimeo.
- UNA-SUS – UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Durante dois dias, Grupo Especial de Supervisão do PMMB se reúne em Manaus. 17 outubro 2018. (Acessado 05 maio 2019). Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/durante-dois-dias-grupo-especial-de-supervisao-do-pmmb-se-reune-em-manaus>
- VAN STRALEN, A. C. S.; MASSOTE, A. W.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. 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.
- VIDE VERSUS. Conselho Regional de Medicina constatou erra médico grave e ilicitudes no programa “Mais Médicos” em Tramandaí. 27 outubro 2013. (Acessado 05 maio 2020). Disponível em: <https://upacarai.com.br/conselho-regional-de-medicina-constatou-erra-medico-grave-e-ilicitudes-no-programa-mais-medicos-em-tramandai/>
- VIEIRA, M. C. Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas - Campinas; 2017.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Publicações sobre o Programa Mais Médicos (PMM) e sua relação com a Supervisão Acadêmica e as áreas indígenas e remotas

- **Base de dados:** Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)
- **Descritores:** “Programa Mais Médicos”; “Supervisão Acadêmica”; “População Indígena”; e “Áreas Remotas”.
- **Intervalo de tempo:** 2013 a 2021

#### Quadro 2. Características das publicações entre 2013 e 2021 relacionadas à supervisão acadêmica no PMM

Título	Autor	Principais Resultados
Percepção dos médicos do programa “mais médicos”: supervisão acadêmica e formação médica na Paraíba	SILVA et al. (2021)	Se evidenciou grandes potencialidades na qualificação do atendimento na Atenção Primária, apoiando e dando suporte as suas práticas no processo de supervisão e ausência do médico supervisor dentro do território nas visitas domiciliares
A supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no Estado do Amazonas	AHMADPOUR et al. (2020)	Reconhece-se a importância do trabalho do grupo de supervisão no estado do Amazonas, que além de ter um corpo de profissionais alinhados com as necessidades, têm demonstrado o quanto essas atividades realizadas qualificam o processo de trabalho do médico do PMM
Supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: percepção dos médicos brasileiros e estrangeiros	CARDOSO JUNIOR & SOUSA (2020)	A supervisão acadêmica foi avaliada como “muito positiva”, destacando-se relação cordial, fácil acesso ao supervisor, suporte às decisões clínicas e envolvimento no programa; entretanto, sua atuação foi considerada insuficiente para resolver problemas de gestão

Percepções acerca do Programa Mais Médicos e do Processo de Supervisão Acadêmica	SHIMIZU et al. (2020)	A supervisão é importante apoio de formação continuada em serviço, contudo requer que seja mais bem articulada com os diversos níveis de gestão do sistema de saúde. A precariedade da rede de serviços limita a atuação tanto dos médicos como da supervisão, demonstrando que é preciso investir em uma rede de atenção sólida e eficaz
Programa Mais Médicos para o Brasil: uma análise sobre experiências de supervisão acadêmica	FERRACUTI (2019)	Compreensão de todos os envolvidos no processo de supervisão (próprios supervisores, médicos, suas respectivas equipes e gestores) sobre o fato da supervisão acadêmica não ser uma mera fiscalização, e sim um instrumento de capacitação contínua. O supervisor tem a oportunidade de proporcionar espaço de diálogo, troca de experiências, auxílio na criação de protocolos assistenciais e capacitações.
Avaliação da Supervisão Acadêmica no Programa Mais Médicos na Paraíba	CARDOSO JUNIOR (2019)	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.
A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos	FRANCO et al. (2019)	Observou-se que os médicos cubanos no PMM desenvolvem leque amplo de ações, com inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de atividades e bom relacionamento interpessoal. Desafios que não se restringiam ao PMM, em muitos casos, foram relacionados à abordagem centrada na pessoa, à saúde mental e à insuficiente realização de alguns procedimentos.
Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil	AGUIAR & MACEDO (2019)	Evidenciou-se que a principal contribuição do GES é possibilitar o atendimento à população habitante de uma região vasta e com notória escassez de médicos, uma vez que a supervisão dos profissionais é obrigatória e, caso ausente, inviabilizaria o programa no Pará
A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior	PENHA et al. (2019)	Potência da supervisão acadêmica na identificação e correção de trajetórias dos profissionais de saúde no sentido de garantir a assistência de boa qualidade e na gestão do programa

Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão	LUNA et al. (2019)	Demonstraram-se características inovadoras da supervisão, com atuação num espaço de cuidado em saúde no qual dificilmente há aproximação entre academia e serviço, revelando-se complexa, com limites estruturais, culturais e de formação, necessitando de inventividade e planejamento para que cumpra sua variedade de papéis em construção
A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro	FRANCO et al. (2018)	Os médicos cubanos no PMM desenvolvem leque amplo de ações, com inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de atividades e bom relacionamento interpessoal, além de abordagem centrada na pessoa e saúde mental
A Supervisão Acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência do Grupo Especial de Supervisão	DIAS (2017)	Verificou-se que o GES desenvolve todas as atividades preconizadas pela supervisão do PMM, com apoio logístico das forças armadas para o deslocamento na Floresta Amazônica, com formação em Medicina de Família e Comunidade dos supervisores e integração com os tutores. Necessidade de desenvolvimento de mais estudos sobre a supervisão no PMM.
Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica	ALMEIDA et al. (2017)	Observa-se a Supervisão Acadêmica como ferramenta potente para a qualificação do PMM e da ABS, com elenco de conteúdos formativos convergente com o perfil epidemiológico prevalente na população e a dinâmica de trabalho na ABS.
Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira	GUSSO (2017)	Reconhecimento de potenciais riscos e benefícios do PMM, observando fragilidades na rapidez de sua formatação e na concentração na vinda de médicos cubanos.
Avaliação das atividades de supervisão nos Programas de provimento de médicos na Bahia	VIEIRA (2017)	Verificou-se a qualificação do cuidado e do processo de trabalho a partir da supervisão; baixa frequência de visitas, com formato e organização limitados; necessidade de experiência dos supervisores em APS; relatórios como “trabalho morto”, mas que ajudam os supervisores menos experientes. Necessidade de criar novos dispositivos utilizados na supervisão.

Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico	PAULA (2017)	A prática e a educação médica cubana mostram-se mais voltadas para a ABS e lidam melhor com situações de pobreza e iniquidade; médicos brasileiros e cubanos se beneficiam das estratégias educacionais do PMM. Entre os problemas, destacaram-se a provisão profissional temporária do PMM, a oposição da corporação médica, a pouca organização das universidades na supervisão e a fragilidade na articulação entre gestão local e nacional na organização do processo
Mais Médicos no Paraná - acolhimento e o processo de trabalho na atenção básica	DANIEL (2017)	Verificou-se a melhoria do acesso e acolhimento a partir de um processo dialógico e participativo de tutores e supervisores junto aos gestores locais.
O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas	ENGSTROM et al. (2016)	Verificou-se que as estratégias educacionais facilitaram a integração da gestão, supervisão e médicos, em diálogo com às necessidades de saúde da população, o modelo de atenção e a organização da rede de saúde local.
Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos.	CASTRO (2015)	Verificou-se que a prática de supervisão tem grande potência pedagógica e que uma melhor definição do papel do supervisor, assim como a incorporação de ferramentas como o Grupo Balint-Paidéia e a Supervisão Ampliada, são algumas das propostas para o avanço dessas políticas. Novos estudos são necessários para ampliar o olhar dos profissionais, gestores, equipe, e usuários sobre os programas e para verificar as mudanças ocorridas e a influência/potência da supervisão nestas mudanças.
Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional	QUARESMA et al. (2015)	Observaram-se vários aspectos que podem levar ao sucesso ou insucesso das ações educacionais, no qual o supervisor precisa identificar e criar condições necessárias para concretização da educação em saúde, pois a mesma fundamental na transformação de realidades.
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	BERTÃO (2015)	Observaram-se melhorias no cuidado à Saúde do Idoso com a chegada de um médico cubano num pequeno município, com destaque para o aprimoramento do processo de trabalho.

**Quadro 3. Características das publicações entre 2013 e 2021 relacionadas ao trabalho do PMM em territórios indígenas e demais áreas remotas.**

Título	Autor	Principais Resultados
Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami	FREITAS et al. (2021)	As experiências mostraram-se complexas e heterogêneas, com demonstração de satisfação e aprendizados. Conclui-se que o cuidado em saúde indígena demanda um olhar singular e diferenciado para os princípios da APS, devendo-se construir competências para atuação médica nesse contexto
O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil	SCHWEICKARDT et al. (2020)	A implementação do PMM e a presença de médicos cubanos permitiram avanços na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com resultados mesmo em curto prazo, restando desafios de ordem cultural, da integralidade em saúde e da sua sustentabilidade
Preditores Educacionais para Fixação de Médicos em Áreas Remotas e Desassistidas: uma Revisão Narrativa	ROCHA et al. (2020)	A fixação de médicos em áreas desassistidas demanda o enfrentamento de fatores socioculturais, econômicos e políticos que, frequentemente, transcendem a governabilidade das instituições formadoras
Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência	SANTOS et al. (2019)	Observaram-se resultados importantes no aumento do acesso à saúde e redução de internações evitáveis, contribuindo para a efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente para as populações mais pobres, municípios pequenos e regiões remotas e longínquas
Médicos Cubanos em Áreas Indígenas: naturezas, doença e cura em um “Brasil que não está nas novelas”	SANTOS (2018)	Observou-se que o encontro com os saberes e práticas indígenas sobre saúde e doença revelou um duplo vínculo presente na formação profissional dos médicos cubanos, traduzido pela valorização dos conhecimentos tradicionais indígenas sobre plantas medicinais e sobre o ofício das parteiras e também pelo comprometimento dos mesmos com a mudança de hábitos indígenas relacionados às condições de higiene e aos cuidados com o corpo.

Projeto Mais Médicos na Saúde Indígena no Brasil: perfil cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI	GONDIM (2018)	Verificou-se que, apesar do impacto positivo o PMM na saúde indígena, as vagas que existem são consideradas ainda como insuficientes para atingir a cobertura desejável da ABS nesse território e ocorre má distribuição destes profissionais entre os DSEI.
A interface entre saúde indígena e o Programa Mais Médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente	MARQUEZAN & GIRALDIN (2017)	Observou-se que fatores como a permanência dos profissionais, uma formação adequada e sua disponibilidade foram importantes para a interação desses profissionais com a comunidade contribuindo para uma relação mais simétrica. De outro lado, o processo histórico de relação dos Xerente com a sociedade circundante consiste num elemento facilitador dessa relação
Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião	FONTAO & PEREIRA (2017)	Verificou-se incremento significativo no quantitativo de médicos trabalhando na saúde indígena, percepção positiva quanto à satisfação com o projeto e relação não excludente entre o acesso aos serviços biomédicos e o uso de práticas terapêuticas indígenas. Necessidade de se ampliarem as pesquisas sobre as consequências do PMM, especialmente de cunho qualitativo e etnográfico.
Evidências advindas da implantação do PMM nos territórios indígenas	ALMEIDA et al. (2017)	Verificou-se que o PMM ampliou o acesso à saúde para a população indígena com o aumento de provimento de médicos, mantendo-se a satisfação dos indígenas com esses profissionais. Não existem estudos sobre indicadores de saúde nestas localidades. Apontam-se desafios na melhora da distribuição dos médicos e da supervisão.
O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014	OLIVEIRA et al. (2016)	Apresentam-se evidências da redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Contudo, questiona-se a introdução de um perfil de elegibilidade que possibilitou alocar 3.166 médicos em 1.408 municípios não prioritários.
Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas	SOUZA (2015)	Verificou-se a necessidade de se estabelecer interações mais efetivas entre o Ministério da Educação e a Secretaria Especial de Saúde Indígena para se enfrentar os desafios de supervisionar os médicos em área indígena.



A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos	SILVA et al. (2015)	Observou-se o crescimento e reflexões dos estudantes no contato com o trabalho do médico cubano e com a realidade de uma comunidade indígena, complementando o conhecimento adquirido na academia.
---	---------------------	--

**Fonte: Elaboração própria.**

## **ANEXO 2: Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com médicos do PMM**

### **QUESTÕES NORTEADORAS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Quais as situações em que se recorda de ter recorrido ao supervisor?
2. O que entende sobre o papel pedagógico da supervisão?
3. Você considera fácil acesso a supervisores, a gestão e a apoiadores do nível central (Ministério da Saúde)?
4. Acha que a supervisão tem/teve influência em seu cotidiano?
5. Qual a sua motivação pessoal para trabalhar em área remota/território indígena?
6. O que considera que poderia tornar mais atrativo para profissionais estar em locais como o que você está?
7. O que considera serem os maiores desafios de seu trabalho?
8. O que considera pontos positivos desta experiência?
9. Qual a sua trajetória acadêmica/profissional até aqui?
10. Pensa em se inscrever no novo programa (PMpB) quando terminar seu contrato do PMM?
11. Planeja continuar atuando em áreas remotas/territórios indígenas?
12. (Se não tiver CRM) Caso deseje revalidar o diploma, pretende permanecer no estado do Amazonas?
13. Você vivenciou situação emblemática? (positiva ou negativa)

#### **Explorar durante a entrevista:**

- Ferramentas de trabalho da supervisão (in loco, longitudinal e locorregional) e contribuições da supervisora.
- Mudanças nas práticas (suas relações com o cotidiano do serviço e/ou com apoio da supervisão)

**ANEXO 3: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP)**

**CAAE:** 3481520.9.0000.5505

**Número do Parecer:** 4.227.686