

Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas remotas de Roraima, Brasil: relaciones entre los médicos y el Grupo Especial de Supervisión

Willian Fernandes Luna^(a)

<willianluna@gmail.com> 

Bruna Teixeira Ávila^(b)

<avilatbruna@gmail.com> 

Carlos Fabrício Fernandes Brazão^(c)

<fabricio brazao@gmail.com> 

Fernanda Pereira de Paula Freitas^(d)

<fernandappfreitas@gmail.com> 

Luciana Côrrea de Sena Cajado^(e)

<cajadoluciana@gmail.com> 

Luiz Otávio de Araújo Bastos^(f)

<luizotavio.bastos@gmail.com> 

^(a) Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, s/nº, São Carlos, SP, Brasil. 13565-905.

^(b) Departamento de Promoção à Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

^(c) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(d, e) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil.

^(f) Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil.

El objetivo del artículo es discutir aspectos de la experiencia de actuación del Grupo Especial de Supervisión del Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas de difícil acceso en el Estado de Roraima, Brasil, enfocándose en las relaciones entre supervisores y médicos, identificando potencialidades, dificultades y subrayando las estrategias utilizadas para superarlas. Se trata de un relato de experiencia proveniente de un análisis de contenido temático de documentos producidos por los supervisores en los años 2015 y 2016, con el surgimiento de tres categorías clave: potencialidades, desafíos del proceso y construcciones a partir de la supervisión. En el análisis se percibió que esa relación se presenta como innovadora en un espacio de cuidado de salud en donde difícilmente hay aproximación entre academia y servicio, revelándose compleja, con límites estructurales, culturales y de formación, necesitando capacidad de invención y planificación para que cumpla su variedad de papeles en construcción.

Palabras clave: Educación permanente. Atención básica. Salud indígena. Proyecto Más Médicos para Brasil. Supervisión académica.

Introducción

El Programa Más Médicos (PMM) surge como una de las respuestas a la escasez de médicos en el Sistema Único de Salud (SUS), principalmente en la Atención Básica (AB), y a la mala distribución de esos profesionales en el país¹. Uno de los ejes del PMM, el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), pone en práctica la provisión en régimen de emergencia de médicos para regiones prioritarias, proporcionando equipos de salud completos en la AB para millares de municipios brasileños², fortaleciendo el cuidado longitudinal a las poblaciones de mayor vulnerabilidad. La supervisión académica se realiza mensualmente por medio de visitas locales realizadas por médicos supervisores vinculados a Instituciones Supervisoras (IS), invirtiéndose en la formación y calificación del trabajo en salud, singularizando las experiencias y perfeccionando las competencias de los médicos supervisados³. Cada grupo de aproximadamente diez supervisores está bajo la coordinación de un tutor que acompaña el diálogo con los gestores locales y con el núcleo gestor en el Ministerio de la Educación (MEC).

La ampliación del acceso a la atención médica en las áreas indígenas, en donde la provisión en régimen de emergencia fue más significativa⁴, presentó el desafío del desplazamiento regular de los supervisores, principalmente en la Amazonía Legal. Para tanto, se articuló entre el MEC y el Ministerio de la Defensa el soporte logístico a ser realizado por las Fuerzas Armadas para el transporte hasta las áreas de difícil acceso. Desde 2014, la estrategia, posteriormente denominada de Grupo Especial de Supervisión (GES), entró en cuatro estados de la Amazonía, pasó a contar con un grupo permanente de supervisores y tutores vinculados a la Universidad de Brasilia y estableció alianzas con las IS locales y otros sectores de cada estado⁵.

En 2015, la Universidad Federal de Roraima solicitó el auxilio del MEC para garantizar la supervisión académica en las áreas indígenas de difícil acceso y en el municipio de Uiramutã, formándose el GES-RR con un tutor y siete supervisores con perfil para cuestiones pedagógicas e interculturales, algunos con experiencia en área indígena, médicos de familia y comunidad, una médica comadrona y una con experiencia en el territorio de Roraima. Las visitas se realizan con frecuencia bimestral o trimestral para supervisión *in loco* – desplazamiento hasta las localidades, reuniones loco-regionales anuales – encuentro colectivo para discusión de temas, debates e incentivo a la educación continuada y supervisiones longitudinales – acompañamiento a distancia, por teléfono, mensajería electrónica, videoconferencia y otras herramientas³.

Mensualmente, los supervisores producen registros escritos sobre el proceso de trabajo y los diferentes contextos, sumando una diversidad de materiales brutos. Después de dos años de trabajo, los componentes del GES-RR sintieron la necesidad de sistematizar ese material y reflexionar sobre las relaciones construidas en ese contexto, puesto que además de los desafíos provenientes del aislamiento geográfico, la supervisión en áreas indígenas se depara con otras cuestiones complejas y poco analizadas. El objetivo de este estudio es comprender la relación entre supervisores y supervisados por el GES-RR, a partir de la mirada de los primeros.

Metodología

Se trata de un relato de experiencia proveniente de un análisis documental. Aquí se reconoce el enfoque en el universo de la producción humana, en particular el mundo de las relaciones, de las representaciones y de la intencionalidad que son objetos de la investigación cualitativa⁶. Tales aspectos, juntamente con el hecho de que todos los envueltos en la producción del texto también ejercían alguna función (supervisión o tutoría), posibilitaron la desconstrucción de la idea de neutralidad.

Para tanto, se seleccionaron todos los informes de aspectos generales de los ocho supervisores que actuaron en áreas indígenas entre 2015-2016, totalizando 61. Estos informes son documentos propios del GES-RR, diferentes de los oficiales del PMMB, con preguntas abiertas que permiten disertar sobre el tipo de supervisión realizada (presencial, a distancia, loco-regional), puntos positivos y dificultades de la supervisión, recomendaciones para la próxima supervisión, potencialidades de la supervisión en el área indígena. Es una fuente de datos limitada a la experiencia de los supervisores en esa relación.

Los investigadores realizaron la revisión documental y la lectura integral de los materiales simultáneamente. Se buscaron trechos de los documentos relacionados con los temas: Relaciones entre supervisión académica y médicos del PMMB; Relaciones entre supervisión académica y gestión municipal o Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI); Relaciones entre supervisores, tutor y apoyadora MEC RR; Relaciones entre supervisión académica y comunidad.

En este preanálisis se produjeron cinco archivos que posibilitaron otros tres momentos: ordenación de esos documentos, Análisis de Contenido Temático de Bardin adaptado por Gomes⁷, elaboración de síntesis interpretativa que permite el diálogo de los ejes identificados con la experiencia de los supervisores, los objetivos y cuestiones iniciales de la investigación.

De ese tratamiento de los datos surgieron tres categorías temáticas: “Potencialidades”; “Desafíos del proceso”; “Construcciones a partir de la supervisión”. También se identificaron núcleos de sentido que atraviesan los escenarios de actuación del PMMB y se expresan en las relaciones establecidas por la supervisión en campo.

Los supervisores se identificaron a continuación por la letra S y un número aleatorio para asegurar sigilo. Hubo aprobación en el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de São Carlos (parecer 1.953.459).

Resultados y discusión

En Roraima hay dos DSEI –unidad gestora descentralizada del Subsistema de Atención a la Salud Indígena⁸– el Este y el Yanoami y Ye’kuana. En el estado, los territorios indígenas y pueblos que habitan en ellos son bastante diversos, así como los desafíos políticos y socioeconómicos comunes a las regiones de frontera.

En el período de estudio, la mayoría de los médicos incorporados a los equipos de salud indígena de Roraima por el PMMB eran cubanos o brasileños formados en el exterior, considerando que los locales de difícil acceso son poco procurados por médicos brasileños⁹. Sumaban casi treinta profesionales y ninguno de ellos relataba tener experiencia previa con poblaciones indígenas; sin embargo, realizaban el curso

a distancia de especialización en Salud Indígena en los períodos de “*arejo*” (licencia después de la permanencia en las aldeas), cuando tienen acceso a internet. Esa participación era condición para su permanencia en el PMMB.

El carácter jerárquico y autoritario contenido en la formación médica en la mayoría de los países (incluyendo Cuba y Brasil) y la relación de poder establecida a partir de la experiencia se presentan también en la relación supervisor-supervisado y en la práctica médica. Algunos profesionales parecen acostumbrados con una realidad de división clara de papeles y tareas, en donde el médico posee la mayor parte del poder y del conocimiento. Eso causa ansiedad al verse impotentes o poco respetados en este escenario de trabajo interdisciplinario y presentan ese hecho como demanda a la supervisión.

No obstante, bajo la perspectiva pedagógica crítica, también hay un esfuerzo de comprensión de ese espacio como construcción del conocimiento por parte de supervisor y supervisados, en donde todos pueden enseñar y aprender de manera horizontal¹⁰.

Tales cuestiones influyen y diversifican el carácter de la supervisión, señalando aspectos potentes de ese proceso, desafíos enfrentados, además de construcciones que fueron posibles en las relaciones.

Potencialidades

Desde la perspectiva de una relación en construcción, poco consolidada y normatizada, y a pesar de la previa planificación con criterio e individualizada de los encuentros, las potencialidades del proceso creativo pueden ser más latentes que los resultados palpables. El mayor desafío para esa relación recién inaugurada es romper los límites de las posibilidades y superar las “situaciones límites”, la frontera entre el ser y el ser más, a punto de encontrar lo “inedito-viable”¹¹.

Los supervisores perciben que los supervisados esperan de la supervisión apoyo e intermediación de conflictos con el equipo, con la gestión o con la comunidad, reconociendo algunos aspectos positivos en esta relación:

Conocimiento de la realidad de trabajo de los profesionales que actúan en el área. Demostración de apoyo y ‘amparo’ a los médicos y médicas que actúan en el DSEI. (S2)

Dar voz y legitimar la mirada de la comunidad sobre la presencia del Sector Salud en su área. (S5)

[...] dialogar con la gestión para conseguir mejores condiciones de trabajo a medida que vayan surgiendo las demandas. Colaborar en el proceso de trabajo de los equipos, sin retirar el enfoque central de nuestra actuación que es el médico o la médica. (S6)

La presencia en el área parece sedimentar la importancia de conocer la realidad en la que los médicos trabajan. Surge incluso como forma de generar problematizaciones oportunas para la mejora del trabajo:



[...] La supervisión en el polo base con certeza brindó mucha calidad a la actividad. Pude vivir con el médico y con el equipo la rutina de atenciones en la unidad de salud y en la aldea indígena. (S4)

Ir para la comunidad en esta supervisión nos hizo percibir la necesidad y la importancia de conocer el territorio y el ambiente en que los médicos trabajan. (S2)

Cuando asume un carácter problematizador del cotidiano de trabajo, la supervisión acaba fortaleciendo una relación dialógica e intercambiadora:

Conversar con comunitarios para evaluar la actuación del profesional médico. Incentivar el diálogo del profesional médico con los curanderos/chamanes, agregando la medicina tradicional al arsenal terapéutico del equipo de salud indígena. (S7)

En el área indígena es mucho más fácil observar y proponer mejoras en el trabajo del médico y del equipo, el diálogo es más fácil, así como el acompañamiento de las actividades, de las visitas, de las atenciones y de la rutina. (S3)

En esa categoría, lo inédito-viable surge a partir del núcleo de sentido “lo que se vislumbra construir y lo que la relación propicia”. Se tiene una relación de vínculo y confianza, ampliando la construcción de nuevos saberes en esos escenarios interculturales que se reflejan en prácticas contrahegemónicas e invitan al diálogo con la medicina tradicional.

Vínculo y confianza parecen también tener relación con el tiempo de contacto, así como con la modalidad y la frecuencia de la comunicación. La supervisión ocurre en gran parte a distancia, por mensajes electrónicos y teléfono y cuanto más frecuente y continua, más fortalece ese vínculo, según los supervisores. Ellos, no obstante, parecen preocuparse por el retorno de esos contactos, considerando que algunos supervisados tienden a asumir una postura pasiva: “(se necesita) Mejorar aún más la comunicación. Reforzar la necesidad de responder a los e-mails y mensajes” (S3).

Establecer vínculo implica el estrechamiento de las relaciones y el asumir responsabilidades¹² y, en ese medio término, la confianza pasa a ser esencial para que el supervisado se muestre abierto a la construcción conjunta del aprendizaje y se despegue de la vanidad de quien lo sabe todo.

La ronda de conversación realizada permitió una aproximación mayor entre supervisores y médicos, [...] y una mejora en el vínculo y relación supervisor-cooperado, además de facilitar el proceso de supervisión pedagógica y apoyo general. (S3)

Para tanto, los supervisores sugieren como fundamental en su trabajo:

Evaluar las actividades con el equipo y con los médicos durante el acompañamiento más próximo en la visita a los polos-base. Continuar



intentando extraer demandas de algunos de los médicos y apoyar a los médicos en la elaboración de los TCCs. Acompañar de manera más próxima principalmente al médico que tiene menos tiempo de trabajo en área indígena. (S1)

Las recomendaciones para las próximas supervisiones registradas en los informes expresan la preocupación por el crecimiento y continuidad del trabajo:

Incentivar interconsulta y consultas a domicilio. Exigir registro médico adecuado y en portugués. Exigir reuniones más frecuentes con el equipo y decisiones compartidas. (S7)

Procurar saber de los profesionales cuáles son los temas de interés para discusión o envío de material. (S2)

La mirada del supervisor, agente externo, puede ser un incentivo a la educación permanente, con favorecimiento del diálogo intercultural y adecuación de las prácticas sanitarias, trayendo temas relativos al desarrollo de competencias más vinculadas a las ciencias sociales, muchas veces poco desarrolladas en esos locales¹³. La potencia de la supervisión también parece residir en el incentivo a la búsqueda de nuevos conocimientos por medio de problematizaciones y aprendizajes mutuos, sin limitarse a una oferta automática de materiales para el supervisado. Eso sería lo que Freire denomina de “saber de experiencia hecho”, que es diferente de la trasmisión, cuando el educador solamente ofrece sus saberes al alumno¹¹.

Además, en las experiencias de espacios colectivos de supervisión con talleres y encuentros loco-regionales es posible percibir quién necesita mayor atención: “La supervisión loco-regional demuestra que algunos continúan necesitando una atención mayor, llevando en consideración que dos de ellos parecen tener demandas importantes para observarse *in loco*” (S6).

Por fin, esa relación pedagógica propicia un intercambio cultural, técnico y científico que brinda innovación y un “mosaico de posibilidades” para las políticas públicas de salud y formación médica en el país¹⁴. Algunos profesionales, por ejemplo, tienen experiencia en gestión, docencia e investigación y podrían contribuir con producción científica en el área, con protocolos de salud indígena o recibiendo pasantes de Internado Rural¹⁵ y no limitándose solamente a la atención de la salud en las aldeas, pero esa ampliación todavía no está prevista en las directrices del PMM.

Desafíos del proceso

Entre las dificultades identificadas en el núcleo de sentido “fragilidades y desafíos encontrados en el proceso de supervisión”, podemos destacar los siguientes: desinterés y desmotivación de los profesionales, dificultades con el idioma (principalmente por parte de médicos extranjeros) y con la comunicación durante la supervisión longitudinal, dificultades de acceso al área de supervisión *in loco*, adversidades estructurales del contexto de la salud indígena, como condiciones de trabajo y Red

de Atención a la Salud (RAS) precarias y dificultad en el diálogo intercultural y en la forma de abordaje.

Varias veces pedí que sugirieran una temática para discusión; envié e-mails y mensajes problematizando la poca procura de ellos y no obtuve respuesta. [...] Mi pregunta todavía es ¿en qué medida esa escasez de ellas en el discurso puede considerarse una omisión por vergüenza o por desinterés propiamente dicho? (S6)

Los médicos todavía no comprenden la importancia de la supervisión y de la respuesta inmediata de los e-mails y mensajes, tal vez porque se trata de una actividad que es todavía muy nueva. (S3)

Como obstáculo en las conversaciones telefónicas, algunos médicos demuestran poco dominio del portugués, a pesar de que los estudios demostraron que la mayoría de las personas en las comunidades indígenas no tienen dificultades para comunicarse con el profesional⁴. Juntamente con eso, están los límites de internet y el poco vínculo inicial:

Mal funcionamiento de internet, referido por los médicos, lo que dificulta la realización de web-conferencia, el uso de páginas web y plataformas más pesadas [...]. dificultad de entender a los médicos cubanos al hablar con ellos por teléfono. El vínculo entre supervisores y profesionales todavía está en construcción [referencia al inicio del trabajo]. (S6)

La distancia es bastante simbólica en este proceso. No verse, no sentir las reacciones de una conversación, algunas veces no escucharse (cuando se intercambia un mensaje), de cierta forma no facilita los caminos de una relación profesional y pedagógica. (S2)

En los momentos presenciales también se perciben dificultades recurrentes: "Dificultad para realizar un proceso más potente y menos superficial. Dificultad para problematizar cuestiones estructurales y cuestiones que envuelvan un cambio en la práctica realizada por los médicos desde hace mucho tiempo" (S1).

También es necesario considerar que la propuesta pedagógica del PMMB envuelve arreglos institucionales diversos y procesos de articulación y coordinación complejos. Algunos registros muestran conflictos y aspectos negativos de la relación supervisor-supervisado, especialmente cuando el supervisor no tiene gobernabilidad sobre el problema presentado por el supervisado, como en cuestiones administrativas o relacionadas a la gestión de los servicios. Eso causa frustración a partir del momento en que una expectativa real y legítima no es atendida.

Dificultad de conseguir priorizar demandas pedagógicas con relación a las cuestiones estructurales. (S1)

Recibir solicitudes y quejas que no es posible resolver vía proceso de supervisión.
(S2)

Sin embargo, incluso fuera de la gobernabilidad del equipo de supervisión, conocer e identificar algunos problemas y demandas puede ser esencial para el proceso de construcción de soluciones no discutidas anteriormente. Eso aparece también en otros trabajos, que señalan algunas posibilidades de avance de ese proceso, tales como el uso de metodologías activas en los encuentros loco-regionales¹⁶ y la realización de Grupos Balint-Paidéia en la supervisión práctica¹⁷.

Esa situación es similar a otras realidades, como la descrita en una experiencia en el Estado de Roraima¹⁸, señalando el involucramiento de los supervisores con cuestiones estructurales vinculadas a la gestión, situación de vivienda y de ayuda de costo de los médicos, además de las dificultades locales con acceso y comunicación, principalmente cuando relacionadas con comunidades que viven en las orillas de los ríos. En algunos momentos, esas pautas pueden ser las únicas demandas extraíbles: "Estar atento a las dificultades, sea en cuestiones de práctica clínica o de proceso de trabajo, de los supervisados en su rutina, puesto que ellos tienden a demandar poco de la supervisión" (S8).

A todo esto, se suma el propio contexto de salud indígena y los desafíos de los supervisores para enfrentar las implicaciones de las condiciones de trabajo propuestas: dificultades de acceso a red de agua y energía eléctrica, internet, línea telefónica y otras tecnologías¹³. Profesionales acostumbrados a una práctica médica basada en el uso de instrumentales y exámenes complementarios de rutina se quejan, en la supervisión, de la falta de acceso a esos recursos, principalmente en atenciones como prenatal.

Algunos autores abordan esa complejidad de inserción de los profesionales en territorio indígena, tanto por las cuestiones estructurales y organizacionales, como por las cuestiones culturales en el confrontamiento de las diferentes visiones de mundo, en la tentativa de decodificar los significados de lo que cada una señala sobre el proceso salud-enfermedad-cura^{13,19}.

En este sentido, el papel del supervisor parecer también ser el de incentivar la discusión sobre esas pautas que no se presentarían espontáneamente. La formación médica en Brasil y en Cuba no parece preparar al profesional para algunos de esos desafíos: "Dificultad de que los médicos amplíen la mirada de las problemáticas de la comunidad más allá de la perspectiva biomédica, puesto que creen que otras acciones debían partir de otros sectores del gobierno" (S7).

Los supervisores perciben frecuentemente un relativo descrédito de los profesionales con relación a las prácticas de cuidado de la medicina tradicional indígena. La negación de esas prácticas como posibles alianzas en el cuidado de la salud parece generar un distanciamiento de la comunidad y el choque entre dos racionalidades médicas puede causar una nueva forma de dominación, manteniendo el proceso de colonización y normatización de los cuerpos indígenas¹⁹.

En ese sentido, la supervisión puede parecer una incomodidad para algunos profesionales, cuando los supervisores abordan temas tales como relaciones interculturales, interacción con el equipo y abordaje comunitario. Para algunos médicos, esas discusiones no forman parte de sus atribuciones profesionales:

[...] se mostró diversas veces molesto con la conversación de supervisión, alegando que nada cambiaría con relación a las dificultades de trabajo en el área. (S7)

Tengo dificultad para abordar los temas de la Antropología porque ellos dicen que ya han visto mucho de eso y no conseguimos avanzar. (S5)

La supervisión como proceso nuevo presenta una dinámica y propuesta de trabajo diversa, en adaptación y que envuelve a diversos autores e instituciones, en un camino continuamente creativo. Esa característica puede dificultar el entendimiento de la propuesta pedagógica de educación permanente generando diversas interpretaciones, incluso entre los supervisores: "¿Somos profesores, preceptores o fiscalizadores?" (S3).

A pesar de las dificultades del proceso y de las diversas interpretaciones, algunas veces divergentes, sobre la supervisión académica, existen construcciones en esa trayectoria que se destacan en la próxima categoría.

Construcciones a partir de la supervisión

A partir de los datos concentrados en el núcleo de sentido "Funciones y habilidades construidas con el proceso de supervisión", se observaron algunos resultados parciales.

Según el Decreto Administrativo que reglamenta la supervisión académica³, el papel del supervisor es acompañar actividades de los médicos participantes, aplicar instrumentos de evaluación y ejercer, en conjunto con el gestor del SUS, el acompañamiento y la evaluación de la realización de las actividades de enseñanza-servicio, estando disponible a distancia de forma permanente. En la práctica, podemos sintetizar el trabajo de supervisión asumiendo los papeles de: control/evaluación/apoyo/soporte y perfeccionamiento técnico-clínico²⁰. En la experiencia aquí analizada, estos papeles se alcanzaron a partir de algunas construcciones, siendo la acogida un camino para la calificación del proceso de supervisión, puente para otros afectos.

[...] a pesar de la distancia geográfica, los médicos y médicas pasaron a ser más receptivos a los contactos de la supervisión. Los profesionales se sienten más acogidos. (S2)

Como tecnología en el SUS, la Acogida envuelve relaciones de cuidado, de recibir y escuchar a las personas, pudiendo dirigirse a los usuarios o a los propios trabajadores²¹. En el proceso de supervisión, surge en cada contacto establecido, permitiendo la identificación de las necesidades del supervisado. A medida que se estrechan las relaciones, se pone en evidencia la capacidad de invención de la supervisión, por medio de la cual se potencializa la construcción de autonomía y de nuevas prácticas¹³.

La acogida hace que los profesionales se sientan amparados. Demostración de interés por los profesionales. (S2)

En el contexto de salud indígena, la sensación de aislamiento, común a profesionales de salud que trabajan en áreas remotas o de difícil acceso²², se potencializa por la

precaria articulación con la RAS²³. En regiones rurales remotas ese también es un desafío para la realización efectiva de la integralidad y articulación efectiva entre los diversos niveles de cuidado, incluso con la provisión de profesionales médicos en la AB²⁴. En Roraima, pesa el hecho de que los servicios ambulatorios y hospitalarios, especialidades focales y medios diagnósticos están concentrados principalmente en la capital, Boa Vista²⁵.

La aproximación, el soporte e incentivo al trabajo por medio de la visita *in loco* guardan el potencial de valorizar la actuación y contribuir para la motivación de los profesionales en permanecer en el PMMB, incluso en esos contextos adversos. Similar a lo que afirma Castro²⁰, *in loco* también es el momento en que se captan las tensiones del proceso de trabajo, por medio de la observación directa del cotidiano de los profesionales, equipos de salud y comunidad:

Motivación al trabajo de los médicos tanto por percibir que tienen apoyo como por el estímulo a la identificación de fragilidades y dudas, incluso con las dificultades. (S1)

Construir espacios para pensar en el cuidado del cuidador, llevando en consideración que el escenario de ronda de conversación de los profesionales con nosotros, durante el cual pudieron desahogarse y plantear muchas de sus angustias, también mostró tener un efecto terapéutico, lo que debe llevarse en consideración con relación a profesionales que actúan en áreas que algunas veces tienen estructuras y procesos de trabajo bastante precarizados. (S6)

Para los supervisores, la motivación varía de acuerdo con la concepción del médico con relación a la naturaleza del trabajo: humanitario, principalmente basado en la solidaridad y vocación internacionalista para algunos cubanos^{14,26}; temporal, principalmente entre brasileños que pretenden ingresar en la residencia médica o entre extranjeros y brasileños formados en el exterior que pretenden revalidar el diploma, o realista, como actor real en un sistema público de salud en construcción.

Un aspecto importante es que el contacto con diferentes culturas ha potencializado el interés por parte de los supervisores de conocer más sobre las especificidades de los pueblos indígenas y específicamente de las etnias en las que actúan los profesionales, con la finalidad de ampliar las discusiones con médicos y equipos. Tal vez sea ese uno de los mayores resultados que la supervisión está continuamente construyendo: sensibilizar a supervisores y supervisados a mirar más allá del horizonte estrictamente biomédico, incentivando el diálogo intercultural en la realidad en la que están inseridos:

Noté interés por mantener los trabajos en las comunidades indígenas, a pesar de las dificultades estructurales que enfrentan. A medida que se les cuestiona con relación a dudas, en un primer momento declaran no tenerlas. Pero cuando empiezan a hablar sobre sus proyectos de intervención y sobre sus prácticas, algunas cuestiones comienzan a surgir y, sobre ellas, conseguimos desarrollar algunas discusiones interesantes, aunque sea por teléfono, haciendo valer los desafíos de una supervisión a distancia. (S6)

ar de ello, los supervisores observan una falta de estímulo frecuente entre los profesionales al relatar que la especialización en Salud Indígena ofrecida por la Universidad Federal de São Paulo no atiende las expectativas de formación técnico-clínica. Ante esa situación, el GES actúa colaborando para la valorización de ese espacio, incluyendo las cuestiones teóricas en la discusión de casos complejos de la práctica. De igual forma, incentiva y apoya el uso más adecuado de la lengua portuguesa y la construcción de una mejor relación con la gestión de los DSEIs.

Se observa que para la realización efectiva de esas construcciones durante ese período fueron necesarias elaboraciones creativas, como el uso de metodologías activas, de espacios (reales o virtuales) en grupo de discusiones y de la realización de rondas de conversación:

Realizamos reunión en el DSEI-Yanomami y Ye'kuana [...] y evaluamos que fue un momento muy productivo, todavía más rico que las supervisiones realizadas individualmente, puesto que ampliamos las miradas con relación al proceso de trabajo en las aldeas. (S4)

En este mes fue posible realizar una discusión en tiempo real y reforzar la importancia del contacto del supervisor con los médicos para su perfeccionamiento. (S3)

En esa construcción, es importante subrayar la experiencia y el dinamismo de los supervisores y la relación construida también con los gestores. A eso se suma el proceso de aprendizaje desarrollado y continuamente reevaluado en el transcurso de esa experiencia, en reuniones de evaluación y en los espacios de educación permanente realizados regularmente entre supervisores y tutoría.

Consideraciones finales

El análisis documental permitió el acceso a diferentes cuestiones envueltas en las relaciones entre supervisores y médicos del PMMB, a partir del punto de vista de los supervisores. Ante el carácter innovador y complejo de esa relación en el GES-RR, los límites y potencialidades todavía parecen poco claros. En la práctica del apoyo *in loco* y a distancia, los supervisores acogen las demandas clínico-pedagógicas (y eventuales angustias) del cotidiano de los médicos, de forma continua y longitudinal. De esa forma, surgen confianza, vínculo, valorización e incentivo a los profesionales para un trabajo en equipo y para la comunidad. El acompañamiento abre oportunidad para espacios de intercambios de saberes de forma horizontal y mutua, respetando los diferentes conocimientos y sensibiliza a médicos y supervisores con relación a las cuestiones relativas a la salud indígena.

Sin embargo, esa relación puede perfeccionarse con la mejora de las herramientas de comunicación, promoción de más encuentros loco-regionales y de cuidado al cuidador y mayor conocimiento sobre el papel del supervisor.

Algunos desafíos se mantienen: distancia geográfica, dificultades en el incentivo al estudio de la lengua portuguesa, condiciones de trabajo, motivación de los médicos para permanecer en la salud indígena y cambio de paradigma del modelo biomédico.

Aun así, los registros sugieren que esos profesionales están consiguiendo superar las adversidades, enfrentando la escasez de recursos y actuando sin perder la criticidad. El papel del GES-RR, por su vez, se presenta como soporte para el desarrollo de nociones más amplias de cuidado individual y colectivo en estos escenarios peculiares, respetando las diferencias culturales y también construyendo con ellas nuevos paradigmas.

Este estudio posibilita conocer el universo de relaciones en la supervisión del GES-RR y puede presentar semejanzas con lo que sucede en otras IS del PMMB, lo que también debe estudiarse desde el punto de vista de los supervisados. Muestra también la necesidad de mayor integración entre academia y servicio de atención a la salud en áreas indígenas, lo que puede llevar a una mejor comprensión de ese escenario de actuación complejo y a la posibilidad de identificación y desarrollo de competencias necesarias para los profesionales de salud en esos locales.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Agradecimientos

Agradecemos a los demás supervisores que no fueron autores de este artículo, a los médicos y médicas que trabajan en esas áreas remotas y a todos los actores que hacen posible la actuación del Grupo Especial de Supervisión. Nuestra gratitud también a nuestros ancestrales indígenas y a los resistentes pueblos originarios en Brasil.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Referencias

1. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HÁ, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
3. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jun 2015; sec. 1, p. 11.



4. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1169-80.
5. Ministério da Educação (BR). 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. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
6. Minayo MCS. O desafio da Pesquisa Social. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 9-29.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 79-108.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*. 24 Set 1999.
9. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Suppl 1:1087-101.
10. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
12. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):287-301.
13. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):867-74.
14. Paula JB. Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2017.
15. Odorizzi VF, Noá KCA, Cruz AO, Marquezan RF, Odorizzi ALC. Internato rural em saúde coletiva com ênfase em saúde da família e programa mais médicos: uma proposta de integração para a formação médica. *Tempus*. 2015; 9(4):115-22.
16. Engestrom EM, Carvalho LC, Romano VF, Castro AAC. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais regionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus*. 2016; 10(1):241-52.
17. Castro TF, Moraes PN, Iguti AM. Grupos Balint-Paidéia: uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática no Programa Mais Médicos. *Tempus*. 2015; 9(4):137-49.
18. Rodrigues CCP, Quaresma MSM, Monteiro ORC. Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: o papel do supervisor no processo educacional. *Tempus*. 2015; 9(4):151-8.
19. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 217-46.



20. Castro TF. Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2015.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
22. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade – princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 431-42.
23. Hayad RLN, Olivares AIO, Ferreira MLS, Luitgards-Moura JF. Um olhar sobre saúde indígena no estado de Roraima. Mens Agitat. 2008; 3(1):89-98.
24. Pereira LL, 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 Suppl 1:1181-92.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS – 2011. Brasília: CONASS; 2011.
26. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. Interface (Botucatu). 2017; 21 Supl 1:1257-68.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 25/02/18.
Aprobado el 08/10/18.