

### Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão

Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group (abstract: p. 14)

Proyecto Más Médicos para Brasil en áreas remotas de Roraima, Brasil: relaciones entre los médicos y el Grupo Especial de Supervisión ( resumen: p. 14)

**Willian Fernandes Luna<sup>(a)</sup>**

<willianluna@gmail.com> 

**Bruna Teixeira Ávila<sup>(b)</sup>**

<avilatbruna@gmail.com> 

**Carlos Fabrício Fernandes Brazão<sup>(c)</sup>**

<fabriciobrazao@gmail.com> 

**Fernanda Pereira de Paula Freitas<sup>(d)</sup>**

<fernandappfreitas@gmail.com> 

**Luciana Côrrea de Sena Cajado<sup>(e)</sup>**

<cajadoluciana@gmail.com> 

**Luiz Otávio de Araújo Bastos<sup>(f)</sup>**

<luizotavio.bastos@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> 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.

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

<sup>(c)</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>(d, e)</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil.

<sup>(f)</sup> Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil.

O artigo busca discutir aspectos da experiência de atuação do Grupo Especial de Supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em áreas de difícil acesso no estado de Roraima, Brasil, com foco nas relações entre supervisores e médicos, identificando potencialidades e dificuldades e destacando estratégias utilizadas para superá-las. Trata-se de um relato de experiência oriundo de uma análise de conteúdo temática de documentos produzidos pelos supervisores nos anos de 2015 e 2016, com o surgimento de três categorias-chave: potencialidades, desafios do processo e construções a partir da supervisão. Na análise, percebeu-se que essa relação se apresenta como inovadora, em um 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.

**Palavras-chave:** Educação permanente. Atenção básica. Saúde indígena. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Supervisão acadêmica.

## Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) surge como uma das respostas à escassez de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Básica (AB), e à má distribuição desses profissionais no país<sup>1</sup>. Um dos eixos do PMM, o PMMB, concretiza o provimento emergencial de médicos para regiões prioritárias, proporcionando equipes de saúde completas na AB a milhares de municípios brasileiros<sup>2</sup>, fortalecendo o cuidado longitudinal às populações de maior vulnerabilidade. A supervisão acadêmica é realizada mensalmente por meio de visitas locais realizadas por médicos supervisores vinculados a instituições supervisoras (IS), investindo-se na formação e qualificação do trabalho em saúde, singularizando as experiências e aprimorando as competências dos médicos supervisionados<sup>3</sup>. Cada grupo de aproximadamente dez supervisores é coordenado por um tutor, que acompanha o diálogo com os gestores locais e o núcleo gestor no Ministério da Educação (MEC).

A ampliação de acesso ao atendimento médico nas áreas indígenas, onde o provimento emergencial foi mais significativo<sup>4</sup>, trouxe o desafio do deslocamento regular dos supervisores, principalmente na Amazônia Legal. Para isso, foi articulado entre MEC e Ministério da Defesa o suporte logístico das Forças Armadas para o transporte até as áreas de difícil acesso. Desde 2014, a estratégia posteriormente denominada de Grupo Especial de Supervisão (GES) adentrou quatro estados da Amazônia, passou a contar com um grupo permanente de supervisores e tutores vinculados à Universidade de Brasília e estabeleceu parcerias com as IS locais e outros setores de cada estado<sup>5</sup>.

Em 2015, a Universidade Federal de Roraima solicitou auxílio do MEC para garantir a supervisão acadêmica nas áreas indígenas de difícil acesso e no município de Uiramutã, sendo o GES-RR composto por um tutor e sete supervisores com perfil para questões pedagógicas e interculturais; alguns com experiência em área indígena; médicos de família e comunidade; uma médica parteira; e uma com experiência no território de Roraima. As visitas acontecem em frequências bi ou trimestrais para supervisão *in loco* – deslocamento até as localidades e reuniões locorregionais anuais –; encontro coletivo para discussão de temas, debates e estímulo à educação continuada; e supervisões longitudinais – acompanhamento a distância, por telefone, mensagem eletrônica, videoconferência e outras ferramentas<sup>3</sup>.

Mensalmente, os supervisores produzem registros escritos sobre o processo de trabalho e os diferentes contextos, somando uma diversidade de materiais brutos. Após dois anos de trabalho, os componentes do GES-RR sentiram a necessidade de sistematizar esse material e refletir sobre as relações construídas nesse contexto, pois, além dos desafios decorrentes do isolamento geográfico, a supervisão em áreas indígenas depara-se com outras questões complexas e pouco analisadas. Este estudo objetiva compreender a relação entre supervisores e supervisionados pelo GES-RR, a partir do olhar dos primeiros.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência oriundo de uma análise documental. Reconhece-se aqui o foco no universo da produção humana, em particular, no mundo das relações, das representações e da intencionalidade – objetos da pesquisa qualitativa<sup>6</sup>. Tais aspectos, junto ao fato de que todos os envolvidos na produção deste texto também exerciam alguma função (supervisão ou tutoria), possibilitaram a desconstrução da ideia de neutralidade.

Para tanto, foram selecionados todos os relatórios de aspectos gerais dos oito supervisores que atuaram em áreas indígenas entre 2015-2016, totalizando 61. Esses relatórios são documentos próprios do GES-RR, diferente dos oficiais do PMMB, com questões abertas que permitem dissertar sobre: o tipo de supervisão realizada (presencial, a distância ou locorregional); pontos positivos e dificuldades da supervisão; recomendações para a próxima supervisão; e potencialidades da supervisão na área indígena. É uma fonte de dados limitada à experiência dos supervisores nessa relação.

Os pesquisadores realizaram a revisão documental e leitura integral dos materiais, de modo simultâneo. Buscaram-se trechos dos documentos que se relacionassem às seguintes questões: relações entre supervisão acadêmica e médicos do PMMB; relações entre supervisão acadêmica e gestão municipal ou Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); relações entre supervisores, tutor e apoiadora MEC-RR; e relações entre supervisão acadêmica e comunidade.

Nessa pré-análise, produziram-se cinco arquivos que possibilitaram outros três momentos: ordenação desses documentos; análise de conteúdo temática de Bardin, adaptado por Gomes<sup>7</sup>; e elaboração de síntese interpretativa, permitindo o diálogo dos eixos identificados com a experiência dos supervisores, os objetivos e questões iniciais da pesquisa.

Desse tratamento dos dados, surgiram três categorias temáticas: Potencialidades; Desafios do processo; e Construções a partir da supervisão. Também foram identificados núcleos de sentido que atravessam os cenários de atuação do PMMB e se expressam nas relações estabelecidas pela supervisão em campo.

Os supervisores foram identificados a seguir pela letra S e por um número aleatório para garantir sigilo. Houve aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 1.953.459).

## Resultados e discussão

Em Roraima há dois DSEI – unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena<sup>8</sup>: o Leste; e o Yanomami e Ye'kuana. No estado, os territórios indígenas e povos que neles habitam são bastante diversos, bem como os desafios políticos e socioeconômicos comuns às regiões de fronteira.

No período do estudo, a maioria dos médicos incorporados às equipes de saúde indígena de Roraima pelo PMMB eram cubanos ou brasileiros formados no exterior, visto que os locais de difícil acesso são pouco procurados por médicos brasileiros<sup>9</sup>. Somavam cerca de trinta profissionais e nenhum deles relatava experiência prévia com populações indígenas; contudo, realizavam o curso a distância de especialização em

Saúde Indígena nos períodos de “arejo” (folga após permanência nas aldeias), quando têm acesso à internet. Essa participação era condição para permanência no PMMB.

O caráter hierárquico e autoritário contido na formação médica na maioria dos países (incluindo Cuba e Brasil) e a relação de poder estabelecida a partir da experiência apresentam-se também na relação supervisor-supervisionado e na prática médica. Alguns profissionais parecem acostumados com uma realidade de divisão clara de papéis e tarefas, quando o médico detém a maior parte do poder e conhecimento. Isso traz ansiedade ao se verem impotentes ou pouco respeitados nesse cenário de trabalho interdisciplinar e trazem isso como demanda à supervisão.

Todavia, na perspectiva pedagógica crítica, também há um esforço de compreensão desse espaço como construção do conhecimento por supervisor e supervisionados, no qual todos podem ensinar e aprender de maneira horizontal<sup>10</sup>.

Tais questões influenciam e diversificam o caráter da supervisão, apontando para aspectos potentes desse processo, desafios enfrentados e construções que foram possíveis nas relações.

## Potencialidades

Na perspectiva de uma relação em construção, pouco consolidada e normatizada, e apesar do prévio planejamento criterioso e individualizado dos encontros, as potencialidades do processo criativo podem ser mais latentes do que os resultados palpáveis. O maior desafio para essa relação recém-inaugurada é romper os limites das possibilidades e ultrapassar as “situações-limites” – a fronteira entre o ser e o ser mais, a ponto de encontrar o “inedito-viável”<sup>11</sup>.

Os supervisores percebem que os supervisionados esperam da supervisão apoio e intermediação de conflitos com a equipe, com a gestão ou com a comunidade, reconhecendo alguns aspectos positivos nesta relação:

Conhecimento da realidade de trabalho dos e das profissionais que atuam naquela área. Demonstração de apoio e “amparo” aos médicos e médicas que atuam no DSEI. (S2)

Dar voz e legitimar o olhar da comunidade sobre a presença do setor Saúde em sua área. (S5)

[...] dialogar com a gestão por melhores condições de trabalho à medida que as demandas forem surgindo. Colaborar no processo de trabalho das equipes, não tirando o foco central de nossa atuação: o/a médico/a. (S6)

A presença em área parece sedimentar a importância de conhecer a realidade na qual os médicos trabalham. Surge, inclusive, como modo de gerar problematizações oportunas à melhoria do trabalho:

[...] A supervisão no polo-base com certeza trouxe muita qualidade para a atividade. Pude vivenciar com o médico e com a equipe a rotina de atendimentos na unidade de saúde e na aldeia indígena. (S4)

Ir para a comunidade nesta supervisão fez perceber a necessidade e a importância de conhecer o território e o ambiente onde os médicos trabalham. (S2)

Quando assume caráter problematizador do cotidiano do trabalho, a supervisão acaba por fortalecer uma relação dialógica e intercambiadora:

Conversar com comunitários para avaliar a atuação do profissional médico. Incentivar o diálogo do profissional médico e curandeiros/pajés, agregando a medicina tradicional ao arsenal terapêutico da equipe de saúde indígena. (S7)

Em área indígena é muito mais fácil observar e propor melhorias no trabalho do médico e da equipe – o diálogo é mais fácil, assim como o acompanhamento das atividades, das visitas, dos atendimentos e da rotina. (S3)

Nessa categoria, o inédito-viável surge a partir do núcleo de sentido “o que se vislumbra construir e o que a relação propicia”. Tem-se uma relação de vínculo e confiança, ampliando a construção de novos saberes nesses cenários interculturais, que se reflete em práticas contra-hegemônicas e convida ao diálogo com a medicina tradicional.

Vínculo e confiança parecem estar relacionados também ao tempo de contato, bem como à modalidade e à frequência da comunicação. A supervisão ocorre em grande parte a distância, por mensagem eletrônica e telefone e, quanto mais frequente e continuada, mais fortalece esse vínculo, segundo os supervisores. Estes, no entanto, parecem se preocupar com o retorno desses contatos, visto que alguns supervisionados tendem a assumir uma postura passiva: “[precisa-se] Melhorar ainda mais a comunicação. Reforçar necessidade de responder os e-mails e mensagens” (S3).

Estabelecer vínculo implica no estreitamento das relações e responsabilização<sup>12</sup> e, nesse ínterim, a confiança torna-se essencial para que o supervisionado se mostre aberto à construção conjunta do aprendizado e se desapegue da vaidade daquele que tudo sabe.

A roda de conversa realizada permitiu uma aproximação maior entre supervisores e médicos, [...] e uma melhoria no vínculo e relação supervisor-cooperado, além de facilitar o processo de supervisão pedagógica e apoio geral. (S3)

Para isso, os supervisores sugerem como fundamental no seu trabalho:

Avaliar as atividades com a equipe e com os médicos durante acompanhamento mais próximo na visita aos polos-base. Continuar tentando extrair demandas de alguns dos médicos e apoiar os médicos na elaboração dos TCC. Acompanhar de maneira mais próxima principalmente o médico que tem menos tempo de trabalho em área indígena. (S1)

As recomendações às próximas supervisões registradas nos relatórios expressam a preocupação com o crescimento e continuidade do trabalho:

Estimular interconsulta e consultas domiciliares. Cobrar registro médico adequado e em português. Cobrar reuniões com equipe mais frequentes e decisões compartilhadas. (S7)

Procurar saber dos profissionais os temas de interesse para discussão ou encaminhamento de material. (S2)

O olhar do supervisor, agente externo, pode ser um estímulo à educação permanente, com favorecimento do diálogo intercultural e adequação das práticas sanitárias, adentrando temas relativos ao desenvolvimento de competências mais ligadas às ciências sociais, muitas vezes pouco desenvolvidas nestes locais<sup>13</sup>. A potência da supervisão também parece residir no estímulo à busca de novos conhecimentos por meio de problematizações e aprendizados mútuos, não se limitando a uma oferta automática de materiais para o supervisionado. Isso seria o que Freire chama de “saber de experiência feito”, que é diferente da transmissão, quando o educador apenas oferece os seus saberes ao educando<sup>11</sup>.

Ainda, nas experiências de espaços coletivos de supervisão com oficinas e encontros locorregionais, é possível perceber quem necessita de maior atenção: “A supervisão locorregional demonstra que alguns continuam necessitando de uma atenção maior, tendo em vista que dois deles parecem ter demandas importantes para serem observadas *in loco*” (S6).

Por fim, essa relação pedagógica propicia um intercâmbio cultural, técnico e científico que traz inovação e um “mosaico de possibilidades” para as políticas públicas de saúde e formação médica no país<sup>14</sup>. Alguns profissionais, por exemplo, possuem experiência em gestão, docência e pesquisa e poderiam contribuir com produção científica na área, com protocolos de saúde indígena ou recebendo estagiários de Internato Rural<sup>15</sup>, e não apenas limitando-se à atenção à saúde nas aldeias. Porém, essa ampliação ainda não é prevista nas diretrizes do PMM.

## Desafios do processo

Dentre as dificuldades identificadas no núcleo de sentido “fragilidades e desafios encontrados no processo de supervisão”, destacam-se: desinteresse e desmotivação dos profissionais; dificuldades com a língua – principalmente por médicos estrangeiros – e com a comunicação durante a supervisão longitudinal; dificuldades de acesso à área e de supervisão *in loco*; adversidades estruturais do contexto da saúde indígena – como condições de trabalho e relacionadas à Rede de Atenção à Saúde (RAS) precárias; e dificuldade no diálogo intercultural e na forma de abordagem.

Por várias vezes pedi que sugerissem uma temática para ser discutida; enviei e-mails e mensagens problematizando a pouca procura deles e não obtive resposta. [...] Minha questão ainda é: em que medida essa escassez delas no discurso pode ser considerada uma omissão por vergonha ou desinteresse mesmo? (S6)

Os médicos ainda não compreendem a importância da supervisão e da resposta imediata dos e-mails e mensagens, talvez por ser ainda uma atividade muito nova. (S3)

Como empecilho nas conversas telefônicas, alguns médicos demonstram pouco domínio do português, apesar de estudos demonstrarem que a maioria das pessoas nas comunidades indígenas não tem dificuldade de se comunicar com o profissional<sup>4</sup>. Aliado a isso, estão os limites da internet e o pouco vínculo inicial:

Mau funcionamento da internet, referida pelos médicos, o que dificulta a realização de webconferência, o uso de sites e plataformas mais pesadas [...]. Dificuldade de entender os médicos cubanos ao falar com eles por telefone. O vínculo entre supervisores e profissionais ainda está em construção [referência ao início do trabalho]. (S6)

A distância é bastante simbólica neste processo. Não se ver, não sentir as reações de uma conversa, às vezes não se ouvir (quando se troca uma mensagem), de certa forma, não facilita os caminhos de uma relação profissional e pedagógica. (S2)

Nos momentos presenciais também se percebem dificuldades recorrentes: "Dificuldade em realizar um processo mais potente e menos superficial. Dificuldade de problematizar questões estruturais e questões que envolvam uma mudança na prática já há muito tempo realizada pelos médicos" (S1).

É preciso considerar ainda que a proposta pedagógica do PMMB envolve arranjos institucionais diversos e processos de articulação e coordenação complexos. Alguns registros mostram conflitos e aspectos negativos da relação supervisor-supervisionado, especialmente quando o supervisor não tem governabilidade sobre o problema apresentado pelo supervisionado, como em questões administrativas ou relacionadas à gestão dos serviços. Isso traz frustração a partir do momento em que uma expectativa real e legítima não é atendida.

Dificuldade de conseguir priorizar demandas pedagógicas em relação às questões estruturais. (S1)

Receber solicitações e queixas que não são possíveis de serem resolvidas via processo de supervisão. (S2)

Entretanto, mesmo fora da governabilidade da equipe de supervisão, conhecer e identificar alguns problemas e demandas podem ser essenciais para o processo de construção de soluções antes não discutidas. Isso igualmente aparece em outros trabalhos, que apontam algumas possibilidades de avanço desse processo, como o uso de metodologias ativas nos encontros localregionais<sup>16</sup> e a realização de Grupos Balint-Paideia na supervisão prática<sup>17</sup>.

Essa situação é similar a outras realidades, como a descrita em uma experiência no estado de Roraima<sup>18</sup>, apontando o envolvimento dos supervisores com questões

estruturais ligadas à gestão, situação de moradia e de ajuda de custo dos médicos, além das dificuldades locais com acesso e comunicação, principalmente quando relacionadas a comunidades ribeirinhas. Em alguns momentos, essas pautas podem ser as únicas demandas extraíveis: "Estar atento a dificuldades, seja em questões da prática clínica ou de processo de trabalho, dos supervisionados em sua rotina, já que os mesmos tendem a demandar pouco da supervisão" (S8).

Soma-se a isso o próprio contexto de saúde indígena e os desafios dos supervisores de lidarem com as implicações das condições de trabalho propostas: dificuldades de acesso à água encanada e energia elétrica, internet, linha de telefone e outras tecnologias<sup>13</sup>. Profissionais acostumados a uma prática médica baseada no uso de instrumentais e de exames complementares de rotina queixam-se, na supervisão, sobre a falta de acesso a esses recursos, principalmente em atendimentos como o pré-natal.

Alguns autores abordam essa complexidade de inserção dos profissionais em território indígena, tanto pelas questões estruturais e organizacionais quanto pelas questões culturais no confronto das diferentes visões de mundo, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma aponta sobre o processo saúde-doença-cura<sup>13,19</sup>.

Nesse sentido, o papel do supervisor parece ser também o de estimular a discussão sobre essas pautas, que não seriam trazidas espontaneamente. A formação médica no Brasil e em Cuba não parece preparar o profissional para alguns desses desafios: "Dificuldade de os médicos ampliarem o olhar das problemáticas da comunidade para além da perspectiva biomédica, pois acreditam que outras ações devam partir de outros setores do governo" (S7).

Os supervisores percebem frequentemente relativo descrédito dos profissionais quanto às práticas de cuidado da medicina tradicional indígena. A negação dessas práticas como possíveis parcerias no cuidado em saúde parece gerar um distanciamento da comunidade e o choque entre duas racionalidades médicas pode acarretar uma nova forma de dominação, mantendo o processo de colonização e normatização dos corpos indígenas<sup>19</sup>.

Nesse sentido, a supervisão pode aparecer como um incômodo a alguns profissionais, quando supervisores abordam temas como relações interculturais, interação com a equipe e abordagem comunitária. Para alguns médicos, essas discussões não fazem parte de suas atribuições profissionais:

[...] mostrou-se várias vezes incomodado com a conversa de supervisão, alegando que nada iria mudar em relação às dificuldades de trabalho em área. (S7)

Sinto dificuldade de abordar os temas da Antropologia porque eles dizem que já viram muito disso e daí não conseguimos avançar. (S5)

A supervisão enquanto processo novo apresenta uma dinâmica e proposta de trabalho diversa, em adaptação e que envolve vários atores e instituições, em um caminho continuamente criativo. Essa característica pode dificultar o entendimento da proposta pedagógica de educação permanente, gerando diversas interpretações, inclusive entre os supervisores: "A gente é professor, preceptor ou fiscalizador?" (S3).

Apesar das dificuldades do processo e das diversas e, por vezes, divergentes interpretações sobre a supervisão acadêmica, existem construções nesse percurso, que são destacadas na próxima categoria.

### **Construções a partir da supervisão**

A partir dos dados concentrados no núcleo de sentido “Funções e habilidades construídas com o processo de supervisão”, observaram-se alguns resultados parciais.

Segundo a portaria que regulamenta a supervisão acadêmica<sup>3</sup>, o papel do supervisor é o de acompanhar atividades dos médicos participantes; aplicar instrumentos de avaliação; e exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço, estando disponível a distância de forma permanente. Na prática, podemos sintetizar o trabalho de supervisão assumindo os papéis de: controle/avaliação, apoio/suporte e aprimoramento técnico-clínico<sup>20</sup>. Na experiência aqui analisada, esses papéis foram alcançados a partir de algumas construções, sendo o acolhimento um caminho à qualificação do processo de supervisão, ponte para outros afetos.

[...] apesar da distância geográfica, os médicos e médicas passaram a ser mais receptivos aos contatos da supervisão. Os profissionais sentem-se mais acolhidos. (S2)

Enquanto tecnologia no SUS, acolhimento envolve relações de cuidado; e de receber e escutar as pessoas, podendo ser direcionado aos usuários ou aos próprios trabalhadores<sup>21</sup>. No processo de supervisão, ele emerge em cada contato estabelecido, permitindo a identificação das necessidades do supervisionado. À medida que as relações são estreitadas, evidencia-se a inventividade da supervisão, por meio da qual se potencializa a construção de autonomia e de novas práticas<sup>13</sup>.

O acolhimento faz os profissionais sentirem-se amparados. Demonstração de interesse pelos profissionais. (S2)

No contexto de saúde indígena, a sensação de isolamento, comum a profissionais de saúde que trabalham em áreas remotas ou de difícil acesso<sup>22</sup>, é potencializada pela precária articulação com a RAS<sup>23</sup>. Em regiões rurais remotas esse também é um desafio para efetivação da integralidade e articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado, mesmo com o provimento de profissionais médicos na AB<sup>24</sup>. Em Roraima, pesa o fato de os serviços ambulatoriais e hospitalares, especialidades focais e meios diagnósticos estarem concentrados principalmente na capital, Boa Vista<sup>25</sup>.

A aproximação, o suporte e o estímulo ao trabalho por meio da visita *in loco* guardam o potencial de valorizar a atuação e contribuir para a motivação dos profissionais em permanecerem no PMMB, mesmo nesses contextos adversos. Similar ao que afirma Castro<sup>20</sup>, *in loco* também é o momento em que se captam as tensões do processo de trabalho, por meio da observação direta do cotidiano dos profissionais, equipes de saúde e comunidade:

Motivação ao trabalho dos médicos tanto por perceberem que estão sendo apoiados como pelo estímulo à identificação de fragilidades e dúvidas, mesmo com as dificuldades. (S1)

Construir espaços para pensar o cuidado do cuidador, tendo em vista que o cenário de roda de conversa dos profissionais conosco, em que puderam desabafar e colocar muitas de suas angústias, mostrou também ter um efeito terapêutico – o que deve ser levado em consideração a profissionais que atuam em áreas por vezes com estruturas e processos de trabalho bastante precarizados. (S6)

Para os supervisores, a motivação varia de acordo com a concepção do médico quanto à natureza do trabalho: humanitário – principalmente baseado na solidariedade e vocação internacionalista para alguns cubanos<sup>14,26</sup>; temporário – principalmente entre brasileiros que pretendem ingressar na residência médica ou entre estrangeiros e brasileiros formados no exterior que pretendem revalidar o diploma; ou realista – como ator real em um sistema público de saúde em construção.

Um aspecto importante é o de que o contato com diferentes culturas tem potencializado o interesse por parte dos supervisores em conhecer mais sobre especificidades dos povos indígenas e, mais especificamente, sobre etnias com as quais os profissionais atuam, a fim de ampliar as discussões com médicos e equipes. Esse talvez seja um dos maiores resultados que a supervisão esteja continuamente construindo: sensibilizar supervisores e supervisionados para um olhar além do horizonte estritamente biomédico, estimulando o diálogo intercultural na realidade na qual estão inseridos:

Notei interesse de manter os trabalhos nas comunidades indígenas, a despeito das dificuldades estruturais que enfrentam. À medida que são questionados a respeito de dúvidas, num primeiro momento, dizem não tê-las. Mas quando começam a falar sobre seus projetos de intervenção e sobre suas práticas, algumas questões começam a surgir e, em cima delas, conseguimos desenvolver algumas discussões interessantes, ainda que por telefone, fazendo valer os desafios de uma supervisão a distância. (S6)

Apesar disso, os supervisores notam um desestímulo frequente entre os profissionais ao relatarem que a especialização em Saúde Indígena oferecido pela Universidade Federal de São Paulo não atende a expectativas por formação técnica-clínica. Diante disso, o GES atua colaborando para a valorização desse espaço, incluindo as questões teóricas na discussão de casos complexos da prática. Igualmente, estimula e apoia o uso mais adequado da língua portuguesa e a construção de uma melhor relação com a gestão dos DSEI.

Observa-se que, para a efetivação dessas construções durante esse período, foram necessárias elaborações criativas, como o uso de metodologias ativas, de espaços (reais ou virtuais) em grupo de discussões e da realização de rodas de conversa:

Realizamos reunião no DSEI-Yanomami e Ye'kuana [...] e avaliamos que foi um momento muito produtivo, ainda mais rico que as supervisões realizadas individualmente, uma vez que ampliamos os olhares a respeito do processo de trabalho nas aldeias. (S4)

Neste mês foi possível realizar uma discussão virtual em tempo real e reforçar a importância do contato do supervisor com os médicos para aprimoramento. (S3)

É importante destacar, nessa construção, a experiência e dinamismo dos supervisores e a relação construída também com os gestores. Soma-se a isso o processo de aprendizado desenvolvido e continuamente reavaliado ao longo dessa experiência, em reuniões de avaliação e nos espaços de educação permanente realizados regularmente entre supervisores e tutoria.

## Considerações finais

A análise documental permitiu acessar diferentes questões envolvidas nas relações entre supervisores e médicos do PMMB, a partir do ponto de vista dos supervisores. Diante do caráter inovador e complexo dessa relação no GES-RR, os limites e potencialidades ainda parecem pouco claros. Na prática do apoio *in loco* e a distância, os supervisores acolhem as demandas clínico-pedagógicas (e eventuais angústias) do cotidiano dos médicos, contínua e longitudinalmente. Com isso, surgem confiança, vínculo, valorização e estímulo aos profissionais para um trabalho em equipe e para a comunidade. O acompanhamento oportuniza espaços de trocas de saberes de forma horizontal e mútua, em respeito aos diferentes conhecimentos, e sensibiliza médicos e supervisores para as questões relativas à saúde indígena.

Todavia, essa relação pode ser aprimorada com a melhoria das ferramentas de comunicação; promoção de mais encontros locais regionais e de cuidado ao cuidador; e maior conhecimento sobre o papel do supervisor.

Alguns desafios se mantêm: distância geográfica, dificuldades no estímulo ao estudo da língua portuguesa, condições de trabalho, motivação dos médicos para permanecerem na saúde indígena e mudança de paradigma do modelo biomédico. Ainda assim, os registros sugerem que esses profissionais estão conseguindo superar as adversidades, enfrentando a escassez de recursos e atuando sem perder a criticidade. O papel do GES-RR, por sua vez, vem como suporte para o desenvolvimento de noções mais amplas de cuidado individual e coletivo nesses cenários peculiares, respeitando as diferenças culturais e construindo com elas também novos paradigmas.

Este estudo possibilita conhecer o universo de relações na supervisão do GES-RR e pode apresentar semelhanças ao que acontece em outras IS do PMMB, o que também deve ser estudado a partir da óptica dos supervisionados. Indica também para a necessidade de maior integração entre academia e serviço de atenção à saúde em áreas indígenas, o que pode levar a melhor compreensão desse cenário de atuação complexo e à possibilidade de identificação e desenvolvimento de competências necessárias para os profissionais de saúde nesses locais.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas da elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos aos demais supervisores que não foram autores deste artigo, aos médicos e médicas que trabalham em áreas remotas e a todos os atores que fazem possível a atuação do GES. Gratidão também à nossa ancestralidade indígena e aos resistentes povos originários no Brasil.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

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 locorregionais 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 Suppl 1:1257-68.

---

This article aims at discussing aspects of the Project More Doctors for Brazil's Special Supervision Group in areas of difficult access in the Brazilian state of Roraima. It is focused on the relationships between supervisors and doctors, identifying potentialities and difficulties, and highlighting strategies to overcome them. This is an experience report from a thematic content analysis of documents produced by supervisors in 2015 and 2016. Three key categories emerged: potentialities, challenges of the process and constructions based on supervision. Based on the analysis, this is an innovative relationship in healthcare, where academia and services hardly ever come together. It is a complex relationship with structural, cultural and educational limitations. It requires creativity and planning to play all different roles under construction.

**Keywords:** Continuing education. Primary care. Indigenous health. Project More Doctors for Brazil. Academic supervision.

---

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.

Submetido em 25/02/18.  
Aprovado em 08/10/18.