

Supervisão Acadêmica e apoio pedagógico do Programa Mais Médicos em áreas indígenas e remotas da Amazônia Legal: vivências, desafios e perspectivas

Academic Supervision and Pedagogical Support of the More Doctors Program in indigenous and remote areas of the Legal Amazon: experiences, challenges and perspectives

Natalia de Campos Carvalho¹, Rosilda Mendes²

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: setembro de 2021

RESUMO

Este artigo busca analisar a supervisão acadêmica do Grupo Especial de Supervisão (GES) do Programa Mais Médicos (PMM) em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal, com foco na realidade dos profissionais dessas localidades e nas possibilidades de suporte pedagógico para regiões de difícil acesso. O trabalho foi desenvolvido a partir de entrevistas semiestruturadas com 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 nas 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 isso, 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 nesses locais sobre o alcance real da supervisão, o que exige dela uma postura crítica e engajada por melhorias para a região.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Mais Médicos. Supervisão. Zonas remotas. Saúde de Populações Indígenas. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The article seeks to analyze the academic supervision of the Special Supervision Group (GES, in Portuguese) from the More Doctors Program (PMM in Portuguese) in remote areas and indigenous territories of the Legal Amazon, focusing on the reality of professionals in these locations and the possibilities of pedagogical support for regions of difficult access. The work was developed from semi-structured interviews with PMM doctors and the autobiographical narrative of the researcher. The data were subjected to textual content analysis, which yielded three categories: the PMM's "being a doctor" (trajectories, expectations, and work perspectives); the contextualization of medical work in indigenous and remote areas of the Legal Amazon; and the characteristics of the GES/PMM's academic supervision functioning that distinguish it as "special" and fundamental to the country. The research thereby helped in understanding the reality of the region, the challenges faced by practitioners and supervisors, and the possibilities for improving pedagogical support for the PMM and other medical provider programs. Finally, it discusses the imperative of the structural issues of work and life in these places on the actual scope of supervision, which requires it to take a critical and engaged stance for improvements in the region.

KEYWORDS: Health Consortia. Supervision. Remote Areas. Health of Indigenous Peoples. Primary Health Care

¹ Ministério da Educação, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6731-7462>. E-mail: natrmfc@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5680-1657>

INTRODUÇÃO

Com enorme extensão territorial e marcado por grandes desigualdades socioeconômicas, o Brasil enfrenta problemas na oferta e distribuição de profissionais de saúde em diversas localidades, como nos territórios indígenas e municípios de difícil acesso da Amazônia Legal¹. Para enfrentar esse cenário, foi criado em 2013 pelo governo federal o Programa Mais Médicos (PMM), composto por três eixos de atuação: Provimento, Educação e Infraestrutura². O Eixo Provimento, responsável pela contratação emergencial de médicos para a Atenção Primária à Saúde (APS), obteve importante repercussão em municípios de pequeno porte, na periferia dos grandes centros urbanos e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e vem resistindo como o braço de maior relevância política do Programa, mesmo após sucessivas mudanças de chefia do Ministério da Saúde (MS)³.

Entre as estratégias de operacionalização do PMM, inclui-se a supervisão acadêmica, que se direciona à capacitação dos profissionais que atuam em cenários diferentes dos quais se formaram, tornando-se um incentivo para a sua fixação nesses cenários. Além disso, a supervisão compõe o respaldo legal para o exercício da profissão de médicos graduados no exterior que ainda não tenham revalidado seus diplomas no Brasil⁴.

A supervisão do Programa é realizada usualmente através de encontros presenciais com os médicos ao menos uma vez por mês, de modo que o supervisor faz visitas ao local de trabalho dos supervisionados 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 de gestores dos municípios, o que ajuda a incrementar políticas locais e capacitar a rede⁵.

Contudo, em muitos lugares do país não tem sido possível realizar a visita da supervisão todos os meses, sobretudo por obstáculos geográficos. Essa é a realidade da maioria dos municípios da Amazônia Legal, que não apresentam rotas de voos comerciais regulares, sendo o transporte usualmente feito pelos rios, com deslocamentos que chegam a durar mais de 20 dias – essas cidades serão denominadas “áreas remotas” neste trabalho. Além disso, os elevados custos financeiros para viabilizar o transporte aéreo avulso para essas 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 PMM⁶.

Para dar resposta a esses desafios, foi realizada uma pactuação entre os ministérios da Educação (MEC), Defesa e Saúde, que resultou, ainda em 2014, na criação do Grupo Especial de Supervisão (GES)⁶. A iniciativa contou ainda com a colaboração dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde dos estados do Acre, Amazonas, Pará e Roraima e passou a ser amparada posteriormente pela Portaria

28/2015⁷, 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 Instituições Supervisoras (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 PMM⁷.

O GES é composto por tutores e supervisores com experiência destacada na APS, em sua maioria especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), muitos deles com mestrado em áreas afins. Entre suas ações, ganham destaque as visitas às áreas indígenas e remotas amazônicas em localidades dificilmente acessadas por outras instituições. O Grupo se divide em quatro núcleos estaduais (Acre, Amazonas, Pará e Roraima), com médias de um tutor para cada 12 supervisores e um supervisor para cada seis ou sete médicos. No atual formato, a maior parte dos DSEIs desses quatro estados com médicos do Programa encontra-se sob supervisão do GES⁸.

Apesar da grande produção científica sobre o PMM, existem poucas pesquisas até o momento sobre a supervisão acadêmica e sua relação com o cotidiano de trabalho dos médicos do Programa. Além disso, 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 da cooperação entre o Brasil, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Cuba no final de 2018, pouco se pesquisou sobre a situação dos DSEIs e do processo de trabalho dos novos profissionais do PMM que preencheram parte dessas vagas⁹.

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar a supervisão acadêmica do GES em áreas remotas e territórios indígenas da Amazônia Legal, buscando compreender a realidade dos profissionais que nelas atuam e apontando possibilidades de suporte pedagógico para médicos em contextos semelhantes, em iniciativas de provimento já existentes ou a serem implantadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório,¹⁰ que buscou aprofundar os significados e representações dos atores envolvidos e que levou em conta a reflexão da pesquisadora-objeto como parte integrante do conhecimento produzido. Em virtude da pandemia de COVID-19, que, para controle da disseminação da doença, levou, desde março de 2020, à suspensão das visitas de supervisão do PMM, os recursos disponíveis para a condução da pesquisa de campo foram limitados

consideravelmente. Para contornar esse cenário, foram valorizados os recursos virtuais e as vivências prévias da autora como meios de informação sobre o objeto de estudo para a elaboração de uma proposta compatível com o momento de exceção vivido na atualidade.

Assim, optou-se pela realização de entrevistas¹¹ por videoconferência e produção de narrativas¹² como estratégia de apresentação da interação sujeito-objeto e seus desdobramentos. Os dados foram produzidos das seguintes formas:

- Entrevistas semiestruturadas com médicos do PMM que tenham trabalhado durante pelo menos um ano em áreas remotas ou DSEIs na região da Amazônia Legal; que sejam supervisionados pela pesquisadora; e que possuam motivações distintas para o trabalho nestas localidades. A escolha dos entrevistados foi intencional, garantindo pertinência ao meio social pesquisado e permitindo explorar as variadas representações sobre a supervisão acadêmica nessas localidades. Optou-se pela realização de entrevistas com cinco profissionais médicos por videoconferência através da plataforma Google Meet. Ao longo do texto, os médicos entrevistados foram identificados pela letra “E” e por números aleatórios de 1 a 5 para a garantia do seu sigilo.
- Narrativa autobiográfica da pesquisadora, que possui trajetória singular e emblemática em relação ao fenômeno estudado. Atuando como supervisora do GES-Amazonas desde 2017, a descrição, reflexão e introspecção intelectual e emocional da autora foram utilizadas como recurso para compreender a supervisão acadêmica e as subjetividades envolvidas. Os trechos identificados como relatos/narrativas são destacados em itálico, iniciados e finalizados com o elemento gráfico “***” e dispostos com verbos em primeira pessoa.

Os dados foram sistematizados a partir da identificação dos trechos das entrevistas que se relacionassem com questões da supervisão acadêmica e das condições de vida e trabalho nas áreas remotas e indígenas. Em seguida, foram produzidas narrativas que complementassem esses tópicos e que agregassem informações sobre o funcionamento das atividades do GES e as percepções sobre o cotidiano desses lugares. O material ordenado foi submetido à análise de conteúdo de Bardin¹³, cuja síntese possibilitou a comunicação dos dados resultantes com os objetivos da pesquisa. Desse refinamento do texto, emergiram três categorias de análise: o “ser médico” do PMM (trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho); a contextualização do trabalho médico nas 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.

O período pesquisado foi 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 do 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/EPM e aprovado sob o parecer de número 4.227.686.

RESULTADOS

Ser Médico do PMM: trajetórias, expectativas e perspectivas de trabalho

Com a saída dos profissionais da cooperação Brasil-OPAS-Cuba, a maior parte dos médicos do PMM nas áreas remotas e indígenas amazônicas passou a ser composta por brasileiros graduados no exterior, sobretudo na Bolívia, Paraguai e Argentina. O crescimento dos custos das faculdades privadas de medicina e a grande concorrência nos vestibulares de universidades públicas têm feito muitos brasileiros cursarem medicina no exterior e, com isso, o Programa tem se tornado cada vez mais atrativo para profissionais que ainda não têm seus diplomas revalidados no Brasil¹⁴. Essa trajetória é compartilhada com os médicos entrevistados, como ilustra uma das falas:

“(...) 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)

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (REVALIDA), criado em 2011 em articulação entre o MEC e MS, é o instrumento avaliativo que subsidia o processo de revalidação brasileiro¹⁵. 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%, tendo em 2017 o pior nível de aproveitamento de sua história, com cerca de 95% dos candidatos reprovados em pelo menos uma das etapas¹⁴. 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 PMM fez a saúde fluir de uma forma bem melhor? E, de forma verdadeira, diminuir o caos da saúde nas cidades?” (E1)

Com o forte crescimento no número de inscritos no exame e problemas operacionais do MEC em sua aplicação, só se concluiu uma única edição do REVALIDA entre os anos de 2017 e 2020. Essa realidade,

que tem influenciado o mercado de trabalho desses profissionais, chega a gerar concorrência por vagas do PMM¹⁴. Contudo, desde 2019 o MS tem reduzido a oferta de vagas do Programa em localidades de difícil acesso e fixação profissional e ampliado seu número nos centros urbanos do país, que acabam sendo preenchidas por médicos graduados no Brasil^{3,14}. Além disto, o Conselho Federal de Medicina (CFM), opositor do PMM desde sua criação, tem obtido sucessivas vitórias judiciais contra a contratação de médicos não revalidados no Brasil, barrando, em menos de dois anos, mais de 210 ações que pediam flexibilização do REVALIDA¹⁶.

O saldo final desse processo tem recebido críticas, sobretudo com o agravamento da pandemia de COVID-19, em que unidades de saúde de grandes cidades chegaram a ser fechadas por falta de médicos¹⁶. Por um lado, milhares de médicos graduados no exterior têm sofrido com os atrasos na aplicação do REVALIDA e com o impedimento de contratações fora do PMM. Por outro lado, áreas de difícil acesso, como os DSEIs da Amazônia, têm observado uma redução progressiva da disponibilidade de profissionais do Programa, retornando, em alguns casos, ao quadro anterior ao da chegada dos médicos intercambistas^{3,14}. As dificuldades nessa trajetória inicial de trabalho foram destacadas 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)

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.

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

Os DSEIs são unidades de responsabilidade sanitária federal e que possuem em suas redes de saúde os seguintes componentes:

- Postos de saúde (Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI, postos avançados, pontos de apoio etc.) localizados em algumas aldeias onde ocorre a atuação direta do Agente Indígena de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento, além do atendimento

itinerante dos demais profissionais de saúde.

- Polos Base, situado nas aldeias (tipo I) ou em áreas urbanas (tipo II) e que têm as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI (compostas essencialmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, AÍSS, odontólogos, e técnicos/auxiliares de saúde bucal), 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, localizadas nas áreas urbanas, que realizam o apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde – SUS (pacientes em trânsito para a realização de exames, procedimentos, consultas especializadas ou tratamentos específicos nas cidades).
- 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 estados¹⁷.

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. Nesse itinerário, o transporte tem sido um dos pontos críticos das equipes, envolvendo problemas como o tipo de embarcação, a segurança e a duração do trajeto¹⁸. 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 quatro horas. Dependendo da época do ano, até cinco 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 (em área), nosso barco estragou e a gente teve que remar. Só que a gente não tinha remo. Teve que ser no pau. A gente ficou duas 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 supertenso.” (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 quatro 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 seis 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)

Uma vez instaladas no Polo Base, as EMSIs organizam a logística para a sua permanência durante

longos períodos, que chegam a durar, em alguns casos, até 45 dias. Nesse 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^{17,18}.

Não se espera, por razões óbvias, que os Polos e os pontos de apoio nas aldeias ofereçam condições análogas aos serviços de saúde dos centros urbanos. Entretanto os desafios apresentados no cotidiano dessas 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 de sete anos de uso e ela tá falhando, então ela só funciona o dia que ela quer (...) Com ela quebrada de novo, 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 que 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 sérias, que comprometem o desempenho das EMSIs, como 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 dez 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 nem 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 o outro 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, à alimentação e à 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 leva 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 3 kg. Olha só que loucura! Exaustão física mesmo! (...) Eu preciso estar mais centrada, menos cansada, eu preciso comer bem. Tem dia que a gente come supermal. Tem dia que eu como uma batata doce e uma tapioca e acabou. Tudo o que eu comi no dia. E emagrecer 3 kg 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 maloqueira, na chuva.” (E5)

Outra questão ressaltada têm 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. Esse 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 noturno¹⁸.

Quando questionados sobre o que poderia tornar mais atrativo o trabalho nos territórios indígenas, houve consenso entre os entrevistados sobre a necessidade de melhorias estruturais nesses 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 consequentemente 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 mais precisava. (...) Da minha última entrada no Polo Base, 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)

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 nessas localidades, como também o quanto isso 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 a “gambiarras prescritivas” para gerir a falta de medicamentos básicos. No primeiro caso, vi situações em que membros da equipe chegavam a gastar do próprio bolso até R\$ 1.000,00 (mil reais) num mês para esses consertos e que um dos motivos levantados seria o medo da demissão. Essa ameaça é constante para os profissionais não médicos, em especial na Saúde Indígena. Segundo 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. Isso 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 anticonvulsivantes em dias alternados, quando deveriam ser de uso diário. Foram apontados até mesmo espaçamentos maiores à medida que o racionamento se tornava mais grave (exemplo: losartana 50 mg, um dia sim, três dias não, para garantir o mínimo até a próxima entrada no Polo, torcendo para que a oferta de medicamentos melhore nos próximos meses). Além dos fármacos de uso contínuo, foi

descrita a prescrição de antibióticos com tempo de tratamento bastante reduzido (exemplo: amoxicilina 500 mg, de oito em oito horas, durante dois dias). Existem ainda relatos frequentes de perda de medicamentos, como antiparasitários, por vencimento do prazo de validade. A situação de desperdício de determinados medicamentos contrasta com a falta, por exemplo, de ácido fólico, que é utilizado pelas gestantes ao longo do pré-natal. Dessa forma, a supervisão também tem se esforçado para discutir as condutas não convencionais, como o uso intercalado de medicamentos para doenças crônicas, tentando adequá-los ao limite da coerência clínica, além de reportar nos relatórios mensais de supervisão essas deficiências e ainda dialogar com a gestão, questionando o direcionamento dos recursos.

Uma segunda realidade acompanhada pelo GES são os municípios situados em áreas remotas da Amazônia Legal. Nessas localidades, as águas têm um papel preponderante na vida da população, configurando a cultura, a integração com a natureza e constituição do espaço. As embarcações de transporte misto, cargas e pessoas, de grande porte ainda são os principais meios de integração regional, utilizando a calha de rios importantes como o Amazonas, o Madeira e o Maues-Açu. Nas localidades mais afastadas das sedes desses municípios, predomina o transporte por voadeiras nos igarapés, fortemente dependentes da condição de cheia dos rios. Apesar disso, as motocicletas ainda são o principal meio de transporte no centro dessas cidades e fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, tanto no deslocamento para os serviços quanto para as visitas domiciliares^{1,18}.

Para ilustrar esta realidade, trago o relato da visita que fiz a um desses 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 cachorros vira-latas. 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 desses 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 há carros na cidade, bicicletas e motos dominam as ruas. Capacetes? Quase não se vê. Eu mesma, 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 sido trocada a gestão política há pouco tempo e me contaram que não tinha 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. 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.

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 nas sedes dos municípios e que esporadicamente realizam ações nas comunidades do entorno rural. Soma-se a isso um rol de doenças infecciosas endêmicas na região, como a malária, e a precariedade socioeconômica marcante nessas localidades¹⁹.

A fixação e o provimento de profissionais de saúde na Amazônia são temas complexos, que têm esbarrado em questões como a carência de recursos materiais, humanos e financeiros¹. Diferentemente 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 a estar, em alguns casos, a mais de 1.000 km 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 nessas localidades, sendo os profissionais atraídos, em sua maioria, para os grandes centros urbanos do país^{1,19,20}.

Sobre o processo de trabalho das equipes, são descritas experiências pontuais como as da Unidade Básica de Saúde Fluvial de Coari, AM, e a das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFRs) de Porto Velho, RO, que desenvolvem atividades educativas em comunidades ribeirinhas e de formação profissional em áreas remotas da Amazônia^{19,20}. Contudo ainda prevalecem importantes contradições entre as premissas da ESF e sua operacionalização nesses cenários. Estudos realizados na APS de municípios do interior do Amazonas^{19,20} indicaram alta rotatividade de profissionais, organização fragmentária do cuidado de 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 disso, o trabalho multiprofissional mostra-se fragilizado, colocado muitas vezes como sobreposição de especialidades num mesmo espaço de atuação e restrito a simples encaminhamentos. Esse cenário se reflete em baixa longitudinalidade e integralidade do cuidado, pautando a assistência pela demanda espontânea e pelas queixas clínicas individuais¹⁸⁻²⁰.

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 ESFRs^{19,20}. 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 dessas localidades – com raras exceções, ligadas principalmente aos médicos cubanos durante a cooperação Brasil-OPAS-Cuba

entre 2013-2018. Além disso, profissionais acabam rodando de unidade em unidade para suprir a falta de profissionais nas áreas remotas, comprometendo ainda mais o vínculo com os usuários^{18,20}.

Apesar dessas 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, escala e expediente de trabalho traz maior segurança para as equipes, mesmo diante de outros aspectos de isolamento^{18,20}.

A partir desses apontamentos sobre o contexto de trabalho dos médicos do PMM, traremos maiores detalhes sobre como se dá a supervisão acadêmica do GES nessas localidades, suas perspectivas e os desafios a serem transpostos.

Supervisão acadêmica do GES/PMM: especial e fundamental

Como já exposto, 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 nesses locais. Neste trabalho, traremos com maior detalhamento 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 têm 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 em uma 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. Nossa primeira reunião com supervisores e tutores acontece no mesmo dia, no período da tarde, contando com a presença de oficiais da 12ª Região Militar 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. Nessa 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 supervisionados⁸.

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.

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, Itamarati, 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 ou aeroporto até alguma pousada onde me instalava, almoçando 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 desse 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 desses lugares e mediar diálogos entre os profissionais e gestão.

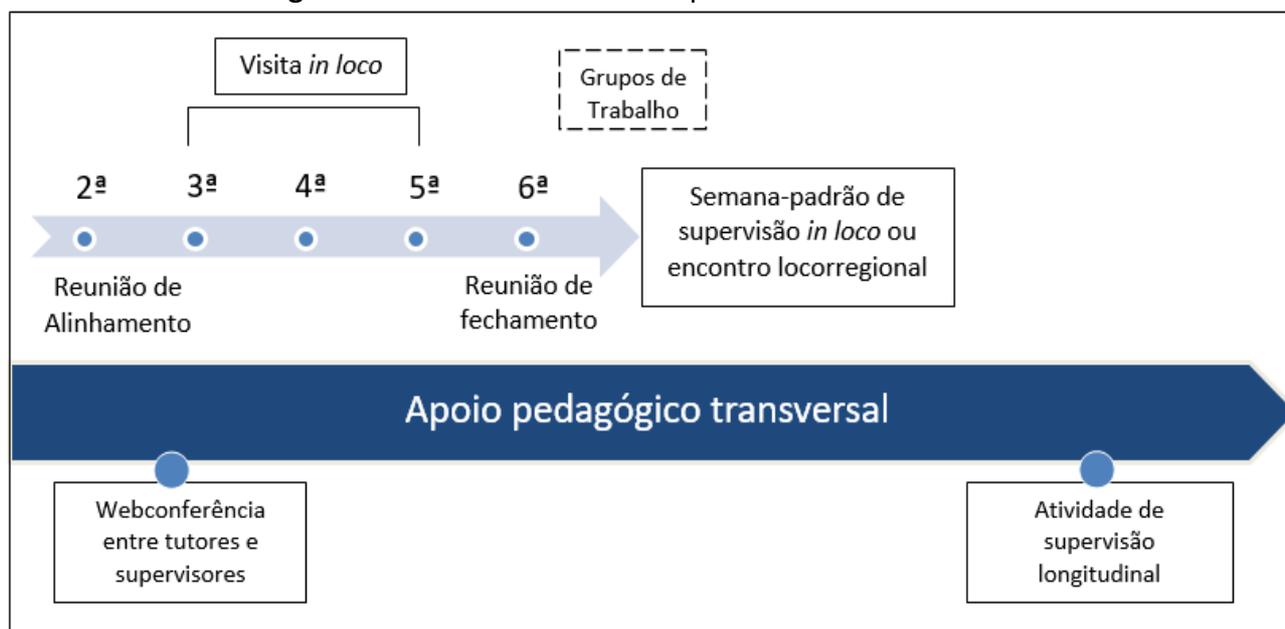
Sobre as nuances da abordagem com estes profissionais, relato as questões das visitas de supervisão *in loco*:

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 hierárquica 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 essa situação a uma fragilidade 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 (ou burra) 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.

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 – com o risco de se tornar apenas um *check-list* simplório: “teve alguma dúvida este mês? Não”. “Cumpriu a carga horária? Sim”. “Tem alguma ocorrência a reportar? Não”.

Após retornarmos do interior do estado para Manaus, fazemos, na sexta-feira pela manhã, uma reunião para repasse das informações coletadas e atividades de formação programadas. Esse 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 do desenvolvimento de materiais pedagógicos. Para facilitar essa produção, o GES- Amazonas tem se subdividido em Grupos de Trabalho (GT) sobre comunicação, Saúde Indígena, ferramentas pedagógicas e Linhas Essenciais de Cuidado (LEC). A partir dos GTs, têm sido realizados treinamentos para aprimorar as habilidades de comunicação com os supervisionados e gestores, as ferramentas de ensino em serviço e as questões de trabalho nos territórios indígenas, além da formulação de fluxogramas de cuidado para os temas clínicos mais comuns, compilados pelo Grupo sob o nome de LEC⁸. A estrutura básica de supervisão do GES- Amazonas é ilustrada na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura básica de supervisão do GES- Amazonas



Fonte: elaborada pelas autoras

Sob o ponto de vista dos médicos entrevistados, emergiram questões importantes sobre a supervisão e sua inserção no contexto de trabalho desses profissionais. 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

médicos 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 coordenador, 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 Polo quanto aos relacionados ao Programa em si.” (E2)

“(…) 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)

Nesse 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 para 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 nessas localidades e trazer a ideia de pertencimento a um coletivo mais amplo de profissionais, com colaborações mútuas e compartilhamento de experiências de trabalho. O

formato dessas 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 virtuais⁸. 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 e 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 ao 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 desses 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 esses 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 supervalioso 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 nessas localidades. Não se trata de negar as dificuldades enfrentadas nem de mascarar as condições de trabalho dos médicos nessas áreas, mas de trazer novos olhares sobre seu cotidiano e explorar os sentidos do trabalho sobre suas trajetórias pessoais. Além disso, a ideia de um suporte qualificado diante do isolamento traz à supervisão uma importância singular para os profissionais, contribuindo, de certo modo, para diminuir a evasão nessas regiões.

Sobre as dificuldades no trabalho trazidas pelos profissionais, os principais temas eram ligados a questões trabalhistas, como a organização das escalas, férias e afastamento por doença, com os médicos relatando problemas na comunicação com o MS para a resolução de questões básicas. Apesar de as atribuições dos supervisores serem ligadas ao campo pedagógico (representando, em sua essência, o MEC), estes acabam intermediando as demandas dos médicos com as gestões locais e mesmo com o MS, assumindo um papel de ponte de interlocução graças à maior proximidade com o cotidiano desses profissionais^{5,6,8}.

Um último aspecto levantado foi a possibilidade de uma maior interação entre a Especialização em Saúde Indígena, componente formativo obrigatório do vínculo do profissional com o PMM, e a supervisão acadêmica do GES. Por se tratar de instâncias bastante distintas, não existe atrelamento de conteúdos programáticos nem contato direto entre os orientadores da Especialização e os supervisores⁶, 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, tem 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)

DISCUSSÃO

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, dessa forma, a correlação de forças do período e os blocos de poder que disputam o controle do erário do país³.

O PMM, nesse sentido, não foge à regra. Implantado em 2013, cruzou um longo caminho desde a entrada na agenda governamental até a sua execução como política nacional. As rivalidades colocadas à época impactaram o desenho do Programa e influenciaram diretamente em sua data de lançamento³.

A partir de então, o PMM tem passado por mudanças, adaptações e sobrevivido a sucessivas tentativas de seu encerramento. A aprovação da Lei do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), em 2019, foi um dos pontos críticos do PMM, pois propunha-se, à época, sua substituição pelo novo Programa³. 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, o profissional se deslocaria a cada dois meses para o serviço de saúde de seu tutor, que permaneceria durante uma semana sob sua supervisão direta. 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^{3,21,22}.

Contudo, mudanças no cenário político resultaram na demissão do então ministro da saúde, Luís Henrique Mandetta, 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 Pinto³:

(...) 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 necessidade³.

A pressão de prefeitos e parlamentares, em consonância com as demandas de suas bases políticas levadas ao núcleo dos governos federais de Michel Temer e Jair Bolsonaro, tem sido fundamental para a proteção de mudanças no Eixo Provimento do PMM³. Entretanto novas composições políticas e a atuação de atores coletivos opositores ao Programa (entidades médicas, *lobbies* de apoio à saúde privada no Congresso etc.) podem influenciar esse cenário, fragilizando-o institucional e economicamente ou comprometendo áreas estratégicas, como a supervisão acadêmica. Em suma, encolhê-lo a um tamanho irrisório^{3,5,22}.

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 nessas localidades. Questões relevantes apontadas nesta pesquisa, como o apoio pedagógico contextualizado, a quebra do isolamento e a intercessão em outras instituições, podem ser esvaziadas pela 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”²¹.

Sabe-se, de fato, que os custos logísticos para a manutenção do GES, somados à remuneração dos supervisores, são bastante elevados. As cifras despendidas nos voos para as capitais dos quatro estados do GES e para a ida a essas áreas remotas – hospedagem, locação de aeronaves e seu combustível etc. – são consideráveis e, por isso, precisam ser planejadas com a devida cautela. Contudo a supervisão nesses 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^{6,8}. O GES é peça importante para a qualificação do trabalho nessas localidades e deve ser encarado como uma linha precisa

de investimento – uma iniciativa estratégica e necessária para a melhoria do cuidado em saúde em regiões quase inacessíveis ao poder público nacional.

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. Nesse 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 nessas localidades^{6,8}.

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 a 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 Armadas⁶⁻⁸.

Por outro lado, esta pesquisa trouxe um conjunto de práticas de supervisão realizadas nos municípios de Carauari e Santa Rosa do Purus e no DSEI Parintins que têm contribuído para a qualificação do trabalho dos médicos do PMM nessas 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, a suavização do isolamento e a intermediação em outras instituições sobre questões cotidianas desses 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 às experiências de vida de cada profissional – que funcionaram como facilitadores do processo de aprendizagem em serviço. Além disso, foram identificadas questões como as resistências dos médicos em compartilhar suas dificuldades no ambiente de trabalho e em acionar a supervisão com maior frequência, o que colabora para um “vazio” comunicativo que precisa ser ultrapassado para uma melhor intermediação dos supervisores, que precisam romper o silêncio com delicadeza a fim de acessar, com maior profundidade, as questões mais determinantes de cada sujeito.

Esse 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^{6,8}. 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 por esta pesquisa. Além disso, 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, seja 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, seja 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 essas 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 (por exemplo: 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)^{3,21,22}. Nesse 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^{6,8}.

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 GES⁶. 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, para um maior alinhamento dessas esferas, a aproximação com as Instituições de Ensino Superior (IES) que desenvolvem os conteúdos das especializações. Por um lado, o cronograma das atividades de 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 desses cursos, dialogando com as demandas mais visíveis desses profissionais e com as limitações estruturais dessas localidades. Além disto, o contato entre os orientadores das especializações 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 essas contribuições do Grupo, a pesquisa traz de mais significativo o entendimento sobre o contexto de trabalho e de vida desses profissionais nas áreas indígenas e remotas da Amazônia. As narrativas e a fala dos médicos foram incisivas sobre as dificuldades enfrentadas para a atuação nesses cenários e o quanto essas 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 tem gerência ou impacto imediato, o que coloca a supervisão acadêmica num dilema semelhante ao apontado por Arouca²³ 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?²³

O GES se destaca como importante iniciativa nessas localidades, mas não pode ser encarado como uma panaceia para as questões mais relevantes das áreas indígenas e remotas^{6,8}. A supervisão do Grupo não pode, dessa forma, se apresentar com uma leitura simplória dessas realidades e se colocar como um modelo assistencialista de APS focal, uma “medicina de pobre para pobres”. Ela deve compartilhar esses problemas e se colocar como ponte para a denúncia e busca por melhorias para essas localidades, caso contrário correrá o risco de ofertar um apoio pedagógico intangível para a maioria dos supervisionados.

CONCLUSÃO

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. Nesse 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 desses profissionais, além de sugerir possibilidades de sua aplicação em outros desenhos de provimento médico no país.

Para dar conta desses objetivos, a pesquisa buscou dar voz aos profissionais que se inserem nessas localidades, num caminho diferente do realizado por outros estudos, que trabalharam com entrevistas com supervisores ou com dados secundários. Esse processo trouxe mais vida para o texto, desnudando características do cotidiano desses 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. Dessa forma, optou-se pelo resgate das memórias da autora sobre o processo, na forma de narrativas, e pela realização de entrevistas a distância, com a 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. Nesse 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 dessas 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 em face das questões estruturais dessas realidades, muitas vezes privadas de condições básicas de transporte, moradia e saneamento. O dilema colocado à supervisão a impulsiona para uma atuação crítica que lute por melhorias nessas 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”²⁴.

REFERÊNCIAS

1. Rocha EMS, Boiteux PA, Azevedo GD, Siqueira CEG, Andrade MAC. Preditores Educacionais para Fixação de Médicos em Áreas Remotas e Desassistidas: uma Revisão Narrativa. *Rev bras educ med* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 20]; 44 (01). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281>
2. 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*; 2013 out. 23. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
3. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Políticas Públicas] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
4. 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*. 2015 jun. 15. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_16.06.2015-I.pdf
5. Almeida ER, Martins AF, Macedo HM, Penha RC. More Doctors in Brazil Project: an analysis of Academic Supervision. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2017 [acesso em 2021 jul. 20]; 21(Supl.1):1291-300. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0558>
6. Luna WF, Ávila BT, Brazão CFF, Freitas FPP, Cajado LCS, Bastos LOA. Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2019 [acesso em 2021 jul. 20]; 23(Supl. 1): e180029. <https://doi.org/10.1590/Interface.180029>
7. 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. *Diário Oficial da União*. 2015 jul. 14. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_15.07.2015-II.pdf

8. Ahmadpour B, Mendes JNSF, Silva Junior VM, Saraiva JVA. Supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no Estado do Amazonas. In: Heufemann NEC (organizador), et al. Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020.
9. Silva QTA, Cecílio LCO. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Saúde Debate [internet]. 2019 [acesso em 2021 jul. 20]; 43(121):559-75. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912121>
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
11. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia [internet]. 2004 [acesso em 2021 jul. 20]; 14(28):139-52. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
12. Marques V, Satriano C. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. Linhas Críticas [internet]. 2018 [acesso em 2021 jul. 20]; 23(51), 369-386. <https://doi.org/10.26512/lc.v23i51.8231>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
14. Renovato EA. Fronteiras e deslocamentos: as percepções de brasileiros que estudam medicina em Pedro Juan Caballero (Paraguai). Dourados. Dissertação [Mestrado em Sociologia]. Universidade Federal da Grande Dourados; 2021.
15. Ministério da Educação, Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 278, de 17 de março de 2011. Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras (Revalida). Diário Oficial da União; 2011 mar. 18. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: https://www.unir.br/noticias_arquivos/4151_portaria_interministerial_mec.doc_revalidacao_de_diploma_de_medico.pdf
16. Lazzeri T. The Intercept Brasil. Apesar da pandemia, CFM dificulta alternativas de validação de diplomas estrangeiros. 10 mai 2021 [internet]. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://theintercept.com/2021/05/10/apesar-pandemia-cfm-dificulta-alternativas-validacao-diplomas-estrangeiros/>
17. Ministério da Saúde (BR). Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Área temática II – Unidade I. Processo de trabalho e planejamento em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1-kOZ1V1WjZ9Rib5LuVJQPvskFjKOhEW9/view>
18. Andrade TRC. Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto rio Solimões - AM. Manaus. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
19. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet], 2018 [acesso em 2021 jul. 20]; 34(2):e00002817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
20. Dolzane RS, Schweickardt JC. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trab. Educ. saúde [internet], 2020 [acesso em 2021 jul. 20]; v.18, n.3, e00288120. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>
21. RNMMMP – Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. Nota da Rede de Médicas e Médicos

Populares sobre a proposta do Programa Médicos pelo Brasil. 2019 ago. 15. [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/08/05/rede-de-medicos-populares-denuncia-as-contradicoes-do-programa-federal>

22. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MGM, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad. Saúde Pública [internet], 2019 [acesso em 2021 jul. 20]; 35(10):e00178619. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>
23. Arouca SAS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
24. Andrade CD. Sentimento do mundo. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.