

Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas.

Notes about the specificities in the academic supervision in indigenous area in “Programa Mais Médico para o Brasil”: The case of the state of Amazon.

Notas sobre las características de la supervisión académica en área indígena en ámbito del “Programa Mais Médico para o Brasil”: El caso del estado del Amazon.

Maximiliano Loiola Ponte de SOUZA¹

RESUMO: A proposta do texto consiste em apresentar alguns apontamentos sobre o processo de supervisão acadêmica em área indígena, no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), partindo de uma experiência de pouco mais de dois anos como tutor no contexto do estado do Amazonas, visando fornecer subsídios para discussão. Após uma breve contextualização, apresento algumas das especificidades da supervisão em área indígena que podem ser reunidos em três grupos: a) transcorrer em contexto onde antes havia importante carência de médicos; b) dá-se em área de difícil acesso; c) ocorrer em um cenário político complexo. Dentre as conclusões apresentadas destaca-se a necessidade de se estabelecer interações mais efetivas entre o Ministério da Educação e a Secretaria Especial de Saúde Indígena para enfrentarmos os desafios de supervisionar os médicos em área indígena.

Palavras-chave: Saúde da Família, Recursos Humanos, População Indígena

¹ Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1998), residência médica em Psiquiatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (2000), mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2004) e doutorado em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz (2009). Atualmente é pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde indígena, antropologia da saúde e saúde mental.

ABSTRACT: The purpose of the text is to present some notes about the academic supervision process on indigenous areas, under the “Programa Mais Médico para o Brasil” (PMMB), starting from a little more than two years experience as a tutor in the state of the context of Amazon to provide input for discussion. After a brief background, I present some of the specifics of supervision on indigenous area that can be divided into three groups: a) spend in the context where there was significant shortage of doctors; b) takes place in an area of difficult access; c) occur in a complex political landscape. Among the conclusions presented highlights the need to establish more effective interactions between the Brazilian Ministry of Education and the Special Secretariat of Indigenous Health to meet the challenges of supervising physicians in indigenous areas.

Keywords: Family Health, Human Resources, Indigenous Population

RESUMEN: El propósito del texto es presentar algunas notas sobre el proceso de supervisión académica en tierras indígenas, en el marco del “Programa Mais Médico para o Brasil” (PMMB), a partir de una pequeña experiencia de más de dos años como profesor particular en el estado de Amazonas contexto para proporcionar información para el debate. Después de una breve reseña, se presentan algunas de las características específicas de la supervisión en el área indígena que se pueden dividir en tres grupos: a) pasan en el contexto donde había gran escasez de médicos; b) se lleva a cabo en una zona de difícil acceso; c) se producen en un complejo panorama político. Entre las conclusiones presentadas destaca la necesidad de establecer una interacción más eficaces entre el Ministerio de Educación de Brasil y la Secretaría Especial de Salud Indígena para afrontar los retos de la supervisión de médicos en las zonas indígenas.

Palabras-clave: Salud de la Familia, Recursos Humanos, Población Indígena

INTRODUÇÃO

A construção deste texto parte de minha experiência de mais de dois anos como tutor do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), trabalhando junto aos supervisores do programa que desenvolvem suas atividades junto aos médicos que atuam em área indígena, no Estado do Amazonas. Neste estado as atividades de tutoria e supervisão são realizadas pela Secretaria de Saúde do Amazonas (SUSAM), que está credenciada como instituição supervisora junto ao Ministério da Educação (MEC), intuição responsável pela coordenação nacional do processo de supervisão.

A construção deste texto parte, portanto, de uma experiência marcada pela especificidade do contexto amazônico, que talvez não abranja de modo integral as especificidades encontradas nos diferentes contextos indígenas brasileiros. Para uma descrição mais abrangente das especificidades da supervisão no âmbito do PMMB em área indígena far-se-ia necessário agregar os apontamentos de colegas que estão atuando noutros contextos brasileiros.

Esclarece-se que o texto reflete a minha opinião particular sobre o assunto em pauta. As ideias contidas no mesmo, não refletem necessariamente, o ponto de vista das instituições as quais me vinculo. Ademais, o texto, tal como explicitado no título, apresenta “apontamentos”, ou seja, ideias gerais sobre o assunto, sem maiores pretensões analíticas. O eventual mérito do texto consiste justamente em elencar pontos que merecem ser discutidos em profundidade, tanto pelos atores envolvidos no processo, como por pesquisadores interessados no tema da implantação do PMMB em diferentes contextos brasileiros, em particular o indígena.

A proposta do texto, portanto consiste em apresentar alguns apontamentos sobre o processo de supervisão em área indígena, partindo da experiência do contexto do estado do Amazonas, visando fornecer subsídios para discussão. Antecedendo a apresentação dos apontamentos em si, irei tecer uma breve contextualização da assim chamada “saúde indígena”, para na sequência apresentar as questões específicas da supervisão neste contexto.

Breve contexto

As populações indígenas brasileiras apresentam enorme variedade linguística e cultural, além de terem experienciado de diferentes modos o contato com a população não indígena, ao longo de suas histórias coletivas¹. Temos no país desde índios isolados, com pouco ou nenhum contato com a sociedade nacional, até indígenas morando nos grandes centros urbanos nacionais, passando por grupos que estão passando por processo de re-emergência étnica, como no caso dos índios do nordeste brasileiro². Apesar desta imensa variabilidade é possível afirmar que os grupos indígenas brasileiros possuem, cada qual a seu modo, sistemas nativos de compreensão da saúde, da doença e da morte, e sistemas próprios de cuidados, promovido, tanto por especialistas tradicionais, como por não especialistas. Tal sistema interage de modo complexo com o sistema médico ocidental oferecido pelo estado brasileiro, tanto no que se refere aos aspectos simbólicos, como práticos³. Uma dicotomia plena entre os dois sistemas é difícil de ser defendida, dada a importante interação que estabelecem entre si.

Outro aspecto importante é que apesar das iniciativas mais recentes do estado brasileiro, de um modo geral as condições de vida e de saúde das populações indígenas é pior do que a das populações não-indígenas circunvizinhas. Elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, piores condições de saúde bucal, maiores prevalências de tuberculose e suicídio são observadas em diferentes grupos indígenas. Ademais além dos problemas relacionados à afecção por doenças infecciosas, tais como malária, hepatites, diarreias, pneumonias; crescem também entre as populações indígenas problemas relacionados a doenças crônicas, tais como obesidade, hipertensão e diabetes. Uma parte importante das populações indígenas também está exposta, a situações sócio sanitárias desfavoráveis, sem esgotamento sanitário, com dificuldades de acesso a água potável, e por vezes também convivem com importantes problemas de insegurança alimentar e violências⁴.

A atenção a saúde das populações indígenas aldeadas (mas não as das residentes nas cidades)

é realizada por intermédio do Subsistema de Saúde Indígena. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O subsistema deveria ser entendido, não como outro sistema de saúde, mas como uma espécie de sistema que antecede a entrada do paciente do sistema de saúde mais amplo. A ideia implícita é que dada a maior vulnerabilidade destes grupos, haveria a necessidade de uma oferta de cuidado que seria prestada no nível primário em seus próprios territórios⁵.

A organização do subsistema é feita em unidades territoriais chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS). É a distribuição dos diferentes povos indígenas no território que define, digamos assim, os limites dos DSEIS. Assim, os DSEIS não seguem os limites municipais, nem estaduais. Existem DSEIS que agregam municípios (ou parcelas deles) de um mesmo estado, e também outros que passam inclusive dos limites estaduais.

A despeito da importância do Subsistema de Saúde Indígena como estratégia para o enfrentamento das iniquidades em saúde, o mesmo apresenta um conjunto de problemas/desafios, dentre os quais destaco: a) problemas de financiamento; b) alta rotatividade de profissionais; c) importante precariedade, em diferentes contextos, das estruturas físicas utilizadas; d) dificuldades para gerenciamento de informação; e) dificuldade para vencer os desafios logísticos de oferecer cuidados em lugares dispersos, e por vezes distantes, inclusive dos pequenos centros regionais; f) dificuldade para implantação de um modelo assistencial que supere o campanhismo, que se dê na perspectiva da longitudinalidade e que incorpore o saber tradicional⁵.

DESENVOLVIMENTO

a) Trabalhando em um contexto onde antes havia importante carência de médicos.

- Antes do PMMB os DSEIS apresentavam carência crônica de médicos. Sendo um cenário de importantes dificuldades de acesso, e em alguns casos de isolamento relativo, os médicos que lá antes atuavam buscavam em geral ofertas salariais mais atrativas, ou em outros casos, uma experiência singular de interagir com os povos indígenas. Haveria, de qualquer modo uma motivação, monetária ou existencial para atuar em um contexto com maiores dificuldades para o exercício da profissão. Por outro lado, no caso dos médicos do PMMB que atuam em área indígena, não se observa esta motivação específica. Os médicos não decidiram trabalhar nestes contextos, simplesmente foram lá alocados. Destaca-se, inclusive, que nos primeiros momentos do programa, nenhum critério específico de seleção para área em trabalho em área indígena foi efetivamente utilizado.

- Diante da falta crônica de médicos para atuarem nos DSEIS que antecedeu a chegada dos profissionais do PMMB, de forma usual as equipes de saúde, realizavam procedimentos que

extrapolaria suas competências profissionais, caso estivessem em cenários usuais de trabalho. Por outro lado, os médicos intercambistas cubanos, vêm de um modelo assistencial que não tem habitualmente a diversidade de profissionais que temos no Brasil em nossas equipes de atenção básica a saúde. Neste encontro de perspectivas, os médicos por vezes entendem que os demais profissionais estariam realizando procedimentos próprios dos médicos, e a equipe percebe o médico como alguém que teria dificuldade para o trabalho em equipe.

- Ao passarem a realizar procedimentos médicos antes realizados por outros profissionais, os médicos passam também a questionar a realização destas condutas na ausência de condições mínimas, seja de insumos, seja de estrutura. Neste contexto, os médicos podem ser “acusados” de não terem perfil para atuarem em área indígena, seja pelos colegas de trabalho, seja pela gestão dos DSEIS.

b) Atuar em área de difícil acesso

- Como visto anteriormente o campo da saúde indígena é altamente complexo, havendo diversidade étnico-cultural, indicadores de saúde mais baixos e precariedade sanitária. Um supervisor para atuar neste contexto deveria minimamente ter experiência de trabalho na atenção básica, e em contextos interculturais, ou rurais. Tal perfil de supervisor é extremamente escasso, não havendo disponibilidade de profissionais nos municípios nos quais os DSEIs se encontraram, sendo necessário trazê-los de outros estados.

- Mesmo com a possibilidade de trazermos de outros estados, não temos, pelo menos no Amazonas, conseguindo manter a quantidade adequada de supervisores para o trabalho em área indígena.

- A possibilidade de construirmos uma parceria com a SESAI no sentido de realizar uma prospecção de médicos (não integrantes do PMMB) junto ao efetivo de profissionais atuantes nos diferentes DSEIs do país, para atuarem como supervisores em área indígena no Amazonas, não se mostrou possível, por motivos que extrapolam o meu entendimento.

- Os médicos que atuam nos DSEIS, não atuam nas sedes municipais, mas em comunidades localizadas horas e até dias “de distância” de barco. O supervisor quando vai desenvolver suas atividades busca disponibilizar uma semana, bimensalmente, para esta atividade. Desta forma, é virtualmente impossível realizar a visita a todos os supervisionados *in loco*, por uma questão de tempo.

- Para executar a supervisão do maior número de médicos, os supervisores vêm tentando identificar algum momento no qual haja uma maior quantidade de médicos na sede de algum dos municípios do DSEI (treinamentos, por exemplo) para agendar suas visitas de supervisão. É preciso haver fina articulação dos supervisores com os apoiadores no DSEIS. Em muitos casos esta interação se mostrou possível. Entretanto tivemos casos nos quais as supervisões foram agendadas

considerando a realização destas atividades coletivas, e que estas últimas foram desmarcadas e não houve sequer o aviso para o supervisor.

-Embora a estratégia de marcar supervisões em momentos de ajuntamento dos médicos na sede municipal esteja sendo utilizada, ela é problemática, pois a oferta destas atividades segue outras temporalidades, que não aquela que demanda pela supervisão.

- Outro ponto importante, refere-se ao fato que no contexto indígena os médicos possivelmente serão demandados a realizarem atividades que não estão no contexto estrito senso da atenção básica. Em área indígena estes médicos serão os únicos médicos atuando. Situação clássica é o caso de remoções de acidentes, e outros casos graves. Seria esta uma ação de atenção básica? Seria um desvio da função do médico? Como o supervisor deveria se portar diante de situações como essas?

c) Atuando em um cenário político complexo

- O supervisor que atuará em contexto indígena terá o desafio de auxiliar o médico a mover-se de forma culturalmente sensível e tecnicamente resolutiva no território. As comunidades têm os seus sistemas de poder, suas hierarquias locais que devem ser respeitadas.

- Mas o cenário não é complexo apenas no que se refere à relação com os poderes instituídos no âmbito das comunidades. No caso dos supervisores que atuam fora do DSEI, o secretário municipal de saúde é a autoridade de saúde máxima local. Com este o supervisor poderá no mais das vezes interagir de modo mais direto, nas situações nas quais problemas de ordem estruturais estiverem impactando negativamente, seja no trabalho dos médicos, seja no processo de supervisão. Quando os problemas ficam de difícil resolução, há sempre a possibilidade de situações problemas serem encaminhadas para a comissão estadual do programa, que podem ser maiores dificuldades, fazer contatos e diligências aos municípios. No caso do trabalho em área indígena este processo se complexifica. Embora o supervisor possa e tenha contato direto com a chefia do DSEI, esta não detém a capacidade resolutiva para muitas situações, que se dão no contexto central em Brasília, e a comissão estadual do programa não tem a mesma desenvoltura de intermediação nos casos, em área indígena.

- Minha experiência como tutor aponta que a interlocução com a SESAI precisa ser qualificada.

- Um dos pressupostos do PMMB é que o programa seria indutivo de melhorias, inclusive na estrutura física da atenção básica. Tal processo se daria por meio de pactuações entre o governo federal e os municípios, no qual o primeiro alocaria e custearia os médicos, e os segundos fariam as adequações necessárias na sua estrutura para recebe-los. No caso da saúde indígena, tal equação se reconfigura na medida em que não teríamos dois entes federativos a interagir, mas apenas o governo federal. Desta forma, tal círculo virtuoso mostra-se difícil de ser implantado no contexto indígena, visto que a capacidade de autoindução é limitada.

CONCLUSÃO

- Entendo que o processo de supervisão, em geral, e em particular dos profissionais que atuam em área indígena deva ser feito não para o médico, mas sim a partir do médico. A ideia implícita nesta proposta é que a supervisão, enquanto estratégia transformadora, não pode ser focada no ou nos médicos, deve ter um olhar mais amplo para todo o processo de gestão do cuidado ofertado;

- É preciso buscar estratégias que possam ampliar o quadro de supervisores e qualificar seus trabalhos;

- É preciso estabelecer interações mais efetivas em MEC/SESAI no sentido de pudermos enfrentarmos os desafios de supervisionar os médicos em área indígena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.

2. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(1):125-132.

3. Garnelo Luiza, Buchillet D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do alto rio negro (Brasil). Horiz. Antropol 2006, 12(26):231-260.

4. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação/Unesco; 2012. p. 60-106.

5. Garnelo L. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Educação/Unesco; 2012. p. 18-58.

Artigo apresentado em 11-09-15

Artigo aprovado em 10-11-15

Artigo publicado no sistema em 30-12-15