

O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil

The More Doctors Program in remote areas:
the experience of the Special Supervision Group in Pará, Brazil (abstract: p. 12)

El Programa Más Médicos en áreas remotas: la experiencia del Grupo Especial
de Supervisión en el estado de Pará, Brasil (resumen: p. 12)

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar^(a)

<raphael@medicina.ufmg.br> 

Harineide Madeira Macedo^(b)

<hmmacedo@unb.br> 

^(a) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 801, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

^(b) Centro de Educação a Distância, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) abrange, no eixo provimento, a supervisão acadêmica, realizada por instituições supervisoras (IS) que firmaram termo de adesão com o Ministério da Educação (MEC). A supervisão é parte das ofertas educacionais e implica visita periódica e regular aos médicos participantes do PMM. Entretanto, devido às dificuldades de algumas IS da região Norte cumprirem o que lhes cabe no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o MEC criou o Grupo Especial de Supervisão (GES), que atua desde 2014 nessa região. Este artigo registra a experiência do GES no estado do Pará no período de janeiro de 2015 a maio de 2017. Sua principal contribuição é possibilitar o atendimento à população habitante de uma região vasta e com notória escassez de médicos, uma vez que a supervisão dos profissionais é obrigatória e, caso ausente, inviabilizaria o programa no Pará.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde. Área carente de assistência médica. Atenção Primária à Saúde. Política pública. Capacitação em serviço.

Introdução

O emprego de médicos estrangeiros em contextos de escassez desses profissionais em diferentes sistemas de saúde, particularmente na Atenção Primária, é uma constante em diversos países. Conhecidos comumente com *International Medical Graduates* (IMG), esses profissionais contribuem significativamente para o funcionamento da Atenção Primária em países como os Estados Unidos¹⁻⁵ e o Canadá⁶⁻⁹. A Grã-Bretanha, por exemplo, contava, em 2013, com 16% de IMG entre seus médicos generalistas (GP) com idade entre trinta e cinquenta anos, e 19% na faixa etária acima de cinquenta anos¹⁰.

Os motivos dessa escassez são, via de regra, atribuídos a uma menor propensão dos médicos desses países em seguir carreiras na Atenção Primária, ou devido a uma maior rotatividade dos profissionais que atuam nesse contexto, em busca de melhores condições de trabalho^{11,12}. Com o intuito de lidar com esse problema, diferentes países desenvolveram programas ou iniciativas visando ao provimento de médicos – estrangeiros ou não – em regiões com história de escassez desses profissionais. Citam-se, como exemplos, os programas canadenses de *return for service*¹³, os programas americanos de visto especial para médicos estrangeiros (J-1 Visa Waiver)¹⁴ e os incentivos para atração de médicos estrangeiros para a Atenção Primária à saúde no Reino Unido¹⁵. Também é possível encontrar, na literatura internacional, exemplos de políticas de provimento médico em Bangladesh¹⁶, Noruega¹⁷ e Austrália¹⁸, entre outros.

Como exemplos de incentivos para atração e fixação de profissionais de saúde em países em desenvolvimento, citam-se, a título de exemplo, iniciativas de recrutamento e treinamento em áreas rurais (Tailândia); percursos educacionais práticos, orientados à resolução de problemas e centrados no estudante e na comunidade (Etiópia, Gana e Quênia); uso de incentivos financeiros, facilidades para treinamento e serviço compulsório (Indonésia, Tailândia, África do Sul, Zâmbia, México e Equador); e foco na melhoria das condições de vida e moradia em área remotas (Tailândia e Zâmbia)¹⁹.

No Brasil, a escassez de profissionais médicos em determinadas regiões geográficas é estudada pelo menos desde a década de 1970, quando o sanitarista Carlos Gentile de Mello publicou os primeiros estudos sobre o tema¹¹. Desde então, vários programas governamentais buscaram atenuar o problema, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) em 2001, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), em 2011, e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) em 2013²⁰. Este último foi criado por meio da Lei 12.871/2013²¹, com o objetivo de melhoria do cuidado primário em saúde às populações residentes em áreas consideradas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na proposta do PMM, há um componente ou eixo de ação denominado provimento emergencial de médicos, que é composto pelo PMMB. Os demais eixos referem-se ao investimento em infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e à expansão de vagas nos cursos de Medicina e de residência médica – essa última voltada, em especial, à Medicina de Família e Comunidade (MFC) e às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que foram revistas e republicadas com redefinição de eixos estruturantes para os cursos de Medicina em junho de 2014.

O PMM é gerido principalmente pelo Ministério da Saúde (MS), mas possui parceria com diversas instituições, inclusive com o Ministério da Educação (MEC), que é corresponsável pela gestão do PMMB, respondendo pelas capacitações iniciais e processo de supervisão acadêmica continuada, ou seja, pela maioria dos elementos que compõem o eixo provimento emergencial.

O presente artigo é um relato de experiência que aborda a formação e atuação do GES do PMM no estado do Pará (GES/Pará), instituído pelo MEC por meio da Portaria Normativa nº 28, de 14 de julho de 2015. Por se tratar de um relato, os fatos e dados apresentados se baseiam em documentos oficiais e na experiência e análises dos processos de trabalho por parte dos autores, vinculados ao GES desde os seus primeiros meses.

Estratégias de supervisão profissional em programas de provimento médico

Programas de provimento de profissionais médicos são planejados com estratégias específicas de supervisão e qualificação profissional, uma vez que, além de contar com profissionais formados fora do contexto em que irão atuar, esses programas precisam também proporcionar benefícios que contem como incentivo à fixação desses profissionais. Essas estratégias também têm importância legal quando, em alguns cenários, o exercício profissional sem a habilitação exigida se encontra condicionada a ações periódicas de supervisão e capacitação.

Para garantir uma capacitação adequada a esses profissionais, assim como a adaptação necessária a seus contextos, países que costumam empregar médicos estrangeiros contam com diferentes estratégias. Na Noruega, por exemplo, programas de formação específicos em Medicina de Família e Saúde Pública, baseados em treinamento em serviço e grupos tutoriais, são desenhados para ocorrer em qualquer área do país¹⁷. No Reino Unido, tanto médicos formados em outros países quanto aqueles graduados no país precisam, a fim de adquirir o registro profissional pleno, passar por um processo conhecido como *approved practice setting* (APS), composto por um esquema de supervisão profissional direta e avaliações²². Países como Canadá, Austrália e Nova Zelândia também mantêm a exigência de prática profissional supervisionada para médicos estrangeiros que atuam em serviços de Atenção Primária²³⁻²⁵.

No Brasil, a participação em atividades de integração ensino-serviço é condição para a permanência dos médicos no PMM. Por esse motivo, as ações de qualificação profissional são compostas por dois ciclos formativos: o primeiro está subdividido nos eixos educacionais “Especialização e Supervisão Acadêmica”, enquanto o segundo se encontra subdividido em “Aperfeiçoamento e Extensão”. Ainda há a formação seletiva conhecida como Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), pela qual passam os médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros, que desejam ingressar no PMM. Enquanto o MAAv é realizado no formato presencial, os cursos de especialização – realizados nos dois primeiros anos de permanência do profissional no Brasil – e o eixo de aperfeiçoamento e extensão, realizado após o término desses cursos, são realizados na modalidade a distância.

A supervisão acadêmica, que deve ocorrer durante toda a estada do profissional no país, é usualmente mensal e presencial. Entretanto, a vastidão do país e a baixa

densidade observada em diversos lugares criam dificuldades próprias e inerentes a essas condições, uma vez que nem sempre é possível a presença mensal de supervisores profissionais em determinadas áreas. É por esse motivo que foi criado o GES do PMM, em 2014, para atuar na região Norte do país, onde se observam tais condições mencionadas.

O GES

O GES surgiu em um contexto no qual havia dificuldade na manutenção, pelas IS da região Norte, da regularidade nas supervisões acadêmicas realizadas pelos profissionais a elas vinculados. Trata-se de uma estratégia de gestão para enfrentar o desafio de executar a supervisão acadêmica nessa região do país, em colaboração com as IS e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) locais e as Forças Armadas, a partir de pactuações firmadas pelo núcleo gestor do MEC com a Presidência da República e Ministério da Defesa.

É a Portaria 28/2015²⁶ que ampara o GES e esclarece e normatiza os objetivos do grupo:

Art. 2º – O GES terá como objetivos:

- I – Realizar Supervisão Acadêmica, de forma permanente ou temporária, a profissionais atuantes no PMMB, em área de difícil deslocamento de supervisores das Instituições Supervisoras;
- II – Reestabelecer o contato do médico participante com as ações pedagógicas do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
- III – Estabelecer parceria com a Instituição Supervisora local sobre as informações da situação dos médicos acompanhados perante o PMMB;
- 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 Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As atividades do GES tiveram início em dezembro de 2014 com o embarque da primeira equipe de supervisores destinada a visitar médicos de áreas mais remotas, inclusive atuantes em área indígena, no estado do Amazonas. Desde então, a estratégia foi sendo aperfeiçoada com áreas de cobertura sendo revistas, sempre sob a pactuação com as equipes locais das instituições supervisoras.

Embora atue com especificidades logísticas, o GES é composto pelos mesmos profissionais que atuam em todo o PMM e que se encontram especificados na lei de sua criação (Lei 12.871/2013²¹): o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante do programa; e o tutor acadêmico, docente médico responsável pela orientação acadêmica e pela coordenação do trabalho dos supervisores. Até o início de 2015, havia apenas um tutor responsável pelo GES no estado do Pará, o qual era responsável por todos os supervisores que atuavam naquele estado no âmbito do grupo. A partir da missão ocorrida em novembro de

2016, dois tutores passaram a coordenar o GES devido ao grande número de supervisores e à complexidade logística requerida para o planejamento das missões. Ao todo, entre o seu início até o fim de 2017, seis tutores passaram pelo GES – dois dos quais ainda atuavam no fim daquele período.

Antecedentes do GES no estado do Pará

A chegada do GES no estado do Pará não aconteceu de imediato, mas em 2015, após sucessivas reuniões com a instituição responsável pela supervisão acadêmica. O território paraense era supervisionado à época por uma única IS: a Universidade Federal do Pará (UFPA), que não conseguia supervisionar a totalidade do território sob sua responsabilidade por não haver candidatos locais a supervisor que se interessassem em realizar viagens para locais remotos no estado e devido às dificuldades nos trâmites de financiamento do deslocamento pelo MEC.

A efetivação da supervisão acadêmica, como prevista em lei, é de responsabilidade do Ministério da Educação, que a executa por meio de Termo de Adesão firmado com as IS. O não cumprimento do que prevê a Lei leva o MEC a ser responsabilizado diretamente, mesmo que a IS esteja no intermédio direto da ação^{27,28}. Por essa razão, uma vez constatada a existência de regiões assistidas por médicos sem supervisão acadêmica, foi necessário pactuar com a UFPA o ingresso imediato do GE naquele território, visando à superação da falta de visitas aos médicos das regiões remotas do Pará. Após cerca de seis meses de reuniões e negociações, em março de 2015 ocorreu a primeira visita do GES no Pará, nas microrregiões do Baixo Amazonas, Carajás e Araguaia, incluindo a área indígena de Itaituba, que até o início do ano em tela não recebia visitas de supervisão regularmente.

Ao longo do período analisado, uma segunda instituição supervisora – a Universidade Estadual do Pará (UEPA) – aderiu ao PMMB e assumiu uma boa parte do território do estado.

Inicialmente, o MEC identificou áreas que não estavam recebendo visitas de supervisão e reuniu-se com a primeira IS para identificar as áreas que permaneceriam sob a supervisão do GES. Pactuou-se, na ocasião, que os alvos desse tipo de supervisão seriam alguns municípios com maior dificuldade de acesso ou aqueles em precária condição de se manter um supervisor, como os municípios da região de Altamira e o município de Placas, além de outros da região de Carajás e do Baixo Amazonas. Posteriormente, a grande parte de áreas remotas passou para a UEPA, ficando com o GES apenas os municípios que essa instituição não teria condições de assumir.

Como o GES opera no Pará

O deslocamento dos supervisores é operacionalizado envolvendo recursos do PMMB para o deslocamento de seus locais de origem até as cidades-polo. A partir desses pontos, as Forças Armadas encarregam-se de levá-los até o local de atuação dos médicos participantes.

Até maio de 2017, a configuração do GES/Pará contava com cinco cidades-polo e 18 municípios, cujas visitas ocorreram sob as seguintes rotas:

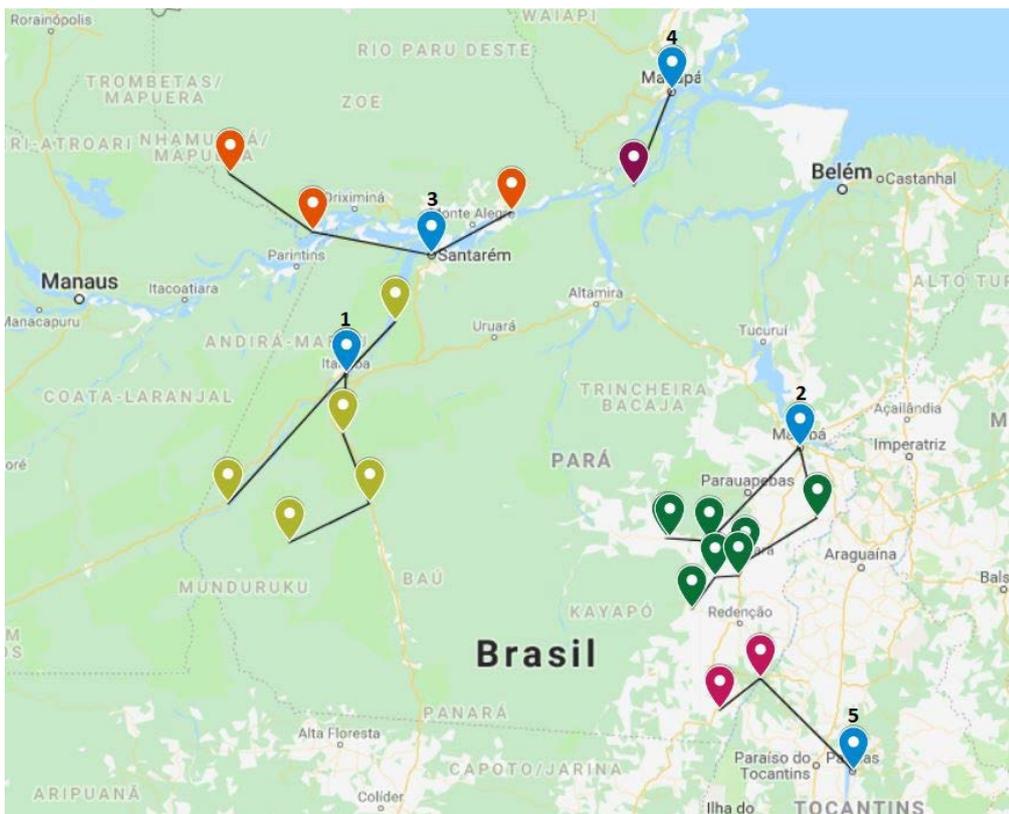


Figura 1 - Mapa com rotas das cidades-polo e municípios – GES/PA.

Legenda:

1. Itaituba – município de acesso aos médicos que atuam em Itaituba e região, inclusive área indígena, Jacareacanga, Trairão e Aveiro.
2. Marabá – município de acesso aos médicos que atuam em Piçarra, Água Azul do Norte, Tucumã, Cumarú do Norte, Xinguara, Bannach, Rio Maria e Ourilândia do Norte.
3. Santarém – município de acesso aos médicos que atuam em Prainha, Faro e Terra Santa.
4. Macapá – município de acesso aos médicos que atuam em Gurupá.
5. Palmas – município de acesso aos médicos que atuam em Santa Maria das Barreiras e Santana do Araguaia.

Fonte: DDES/MEC e Google Maps.

A definição das cidades-polo foi uma decisão do MEC, em acordo com o Ministério da Defesa, que considerou as condições das estradas, horários de voos de chegada e saída do supervisor, o tempo de deslocamento e a quantidade de médicos a serem supervisionados. Essa pactuação exigiu ida de membro da coordenação do MEC até o comando do exército em Belém, com vistas a apresentar os objetivos do grupo e alinhar logísticas de deslocamento e hospedagem dos supervisores, após inúmeras dificuldades de comunicação entre as instâncias militares, no início das atividades no Pará. Assim, a logística que coube às Forças Armadas envolveu a escolha da modalidade de transporte em cada microrregião (aéreo, terrestre ou fluvial) e, em alguns casos, segurança armada. O tipo de transporte utilizado em cada situação está demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Municípios GES/PA com cidade-polo e tipo de transporte

Cidade-polo	Município locus da supervisão	Tipo de transporte
Santarém/PA	Faro/PA	Fluvial
Santarém/PA	Terra Santa/PA	Fluvial
Santarém/PA	Prainha/PA	Fluvial
Macapá/AP	Gurupá/PA	Fluvial
Itaituba/PA	Itaituba/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Trairão/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Jacareacanga/PA	Terrestre
Itaituba/PA	Aveiro/PA/PA	Fluvial
Marabá/PA	Tucumã/PA	Terrestre
Marabá/PA	Bannach/PA	Terrestre
Marabá/PA	Ourilândia do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Cumarú do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Água Azul do Norte/PA	Terrestre
Marabá/PA	Piçarra/PA	Terrestre
Marabá/PA	Xinguara/PA	Terrestre
Marabá/PA	Rio Maria/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santa Maria das Barreiras/PA	Terrestre
Palmas/TO	Santana do Araguaia/PA	Terrestre

Fonte: DDES/MEC.

Embora as distâncias entre as cidades-polo e os municípios *locus* em linha reta não sejam significativas, cabe ressaltar que as vias terrestres e fluviais são, por muitas vezes, tortuosas, o que faz com essa distância não corresponda à realidade no tocante às dificuldades de acesso. Por esse motivo, não se costuma contar distâncias em quilômetros na Amazônia, mas em horas ou mesmo dias de navegação, no caso dos transportes fluviais. As viagens às localidades de Faro e Terra Santa, por exemplo, duram cerca de trinta horas em deslocamento fluvial, embora a primeira esteja a 365 quilômetros da cidade-base, e a segunda, a 203 quilômetros em linha reta. A duração exata da viagem depende, muitas vezes, da velocidade do transporte.

O transporte aéreo foi utilizado apenas no início das atividades do grupo, tendo sido refutado pela equipe gestora do MEC em face da precária segurança ofertada pela única empresa que possuía aeronaves disponíveis para frete. O trecho que era atendido por via aérea foi substituído por transporte terrestre e fluvial, em especial, para supervisionar médicos atuantes em Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Ressalta-se que, no primeiro ano do GES, o MEC contou com a participação da Marinha do Brasil para deslocar supervisores para a cidade de Prainha, mas em 2016 esse deslocamento passou a ser realizado pelo exército, assim como os dos demais supervisores.

Entre 2015 e maio de 2017, o GES/PA realizou supervisões mensais aos aproximadamente 62 médicos participantes do PMMB, conforme registrado no sistema informatizado que o MEC utiliza – o Webportfolio/UNASUS. Todavia, quando se apura o tipo

de supervisão, percebe-se que ocorreram quatro viagens presenciais em 2015 e cinco em 2016. Em 2017, ocorreu uma única viagem para supervisão presencial, no mês de março, em virtude de dificuldades enfrentadas pelo MEC em decorrência de mudanças na macrogestão e nas equipes técnicas, além da escassez de recursos financeiros no Governo Federal que afetou ambos os ministérios – da Educação e da Defesa. Assim, entre sua criação, em 2015, e o fim de 2017, ocorreram dez supervisões presenciais.

Processo de educação permanente da equipe

O PMM opera sob as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, seja por meio das ofertas educacionais formais ou por ações envolvendo todos os atores. É importante ressaltar que no GES foi privilegiado um espaço para a educação permanente (EP) de supervisores, apoio MEC e tutores, visando à qualificação da supervisão acadêmica e à consequente melhoria no apoio pedagógico que o médico recebe.

Considerando a variedade de tipos de transporte e os horários de transporte aéreo, a EP dos envolvidos no GES/PA foi organizada primeiramente em Belém/PA, o que significava deslocar cada supervisor para aquela cidade após a realização da supervisão nos municípios. A partir de 2016, novos ajustes ocorreram e a EP passou a acontecer em duas cidades: Itaituba/PA e Belém/PA, demandando maior precisão no deslocamento realizado pelos militares.

A metodologia dos encontros de EP, em geral, envolvia a discussão de problemas e situações específicas observadas durante o processo de supervisão, bem como da normatização relativa ao GES e ao próprio PMM. Discutiram-se também, nesses encontros, ocorrências diversas reportadas pelos supervisionados – na maioria das vezes, questões administrativas não solucionadas pelo MS, que eram registradas pelo Apoio MEC e repassadas às instâncias estaduais do MS.

Além desses encontros de EP presenciais, a equipe também participou de exposições dialogadas e troca de ideias por meio de webconferências planejadas e realizadas pelos tutores.

Desafios encontrados e possíveis soluções

A operacionalização do GES no estado do Pará mostrou-se um grande desafio em relação aos outros grupos de supervisão especiais, principalmente devido: a) à quantidade de cidades-polo que foram criadas para maior aproximação dos locais de atuação dos médicos participantes; b) ao tamanho e às diversidades geográficas dessa unidade federada, que exige mais planejamento e articulação com o Ministério da Defesa; c) às dificuldades de comunicação com o polo de Itaituba; d) às dificuldades de deslocamento de supervisores até o polo de Itaituba por voo comercial; e) à necessidade de alinhamento constante com os parceiros das Forças Armadas, visto que cada polo é coordenado por um comando diferente; f) à necessidade de segurança armada, devido à violência observada usualmente em alguns locais do estado; e g) ao fato de haver ocorrido quatro substituições de tutores desde o início das atividades do grupo.

A atuação do GES no Pará sempre exigiu do MEC um olhar mais atento e prontidão para ajustar cada aspecto. A preocupação principal era a tutoria, que, como já

mencionado, foi substituída várias vezes. Devido às mudanças logísticas que ocorreram, foi necessária a inclusão, posteriormente, de um segundo tutor à frente do processo. Além disso, imprevistos durante as supervisões presenciais programadas acarretavam mudanças no planejamento que afetavam tanto as Forças Armadas quanto tutores e supervisores. Entre esses imprevistos, podem-se citar: bloqueio na estrada em virtude de assalto ocorrido em cidade próxima, pane mecânica em veículos fretados pelas Forças Armadas e acidente automobilístico na estrada envolvendo um grupo de supervisores, sem maiores consequências.

Ainda assim, foi possível realizar as supervisões programadas em 2015 e 2016 e consolidar espaços para a educação permanente dos envolvidos.

Considerações finais

O GES do PMM no Pará, criado para garantir a supervisão acadêmica local dos médicos participantes do PMMB naquele estado, vem conseguindo cumprir os seis objetivos explícitos na resolução 28/2015²⁶ mediante articulação constante entre o Ministério da Educação, as Forças Armadas e as instituições locais supervisoras no Pará. Entretanto, devido às dificuldades usualmente observadas no tocante à logística de sua atuação, é necessária uma atenção constante, por parte das instituições mencionadas, para que a sua atuação se mantenha constante e resolutiva.

O grupo já é considerado uma experiência exitosa do PMM, porque conseguiu realizar a supervisão acadêmica conforme as diretrizes do programa e das políticas nacionais de saúde. A experiência de supervisão aos médicos pela equipe do GES contribuiu para consolidar o desenho do PMM, no que tange ao provimento emergencial, e demonstrar que é possível realizar a supervisão com a qualidade e sensibilidade necessárias ao atendimento à população que habita as áreas remotas do território brasileiro. A formação em serviço com as especificidades atendidas pelo GES só foi possível com uma educação permanente desenvolvida por uma equipe potente. Espera-se que, com a ruptura na macrogestão ocorrida no país em 2016, as políticas públicas em Saúde considerem as áreas prioritárias do SUS para injeção de recursos e mantenham a qualidade que a Atenção Primária à Saúde requer.

Contribuições dos autores

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

Direitos autorais

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

Referências

1. Esmail A, Simpson J. International medical graduates and quality of care. *BMJ*. 2017; 356:j574.
2. Norcini JJ, Zanten M van, Boulet JR. The contribution of international medical graduates to diversity in the U.S. physician workforce: graduate medical education. *J Health Care Poor Underserved*. 2008; 19(2):493-9. doi: 10.1353/hpu.0.0015.
3. Pinsky WW. The importance of international medical graduates in the United States. *Ann Intern Med*. 2017; 166(11):840-1. doi: 10.7326/M17-0505.
4. Baer LD, Ricketts TC, Konrad TR, Mick SS. Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Med Care*. 1998; 36(11):1534-44.
5. Salsberg E, Grover A. Physician workforce shortages: implications and issues for academic health centers and policymakers. *Acad Med*. 2006; 81(9):782-7.
6. Yen W, Hodwitz K, Thakkar N, Martimianakis MA, Faulkner D. The influence of globalization on medical regulation: a descriptive analysis of international medical graduates registered through alternative licensure routes in Ontario. *Can Med Educ J*. 2016; 7(3):e19-30.
7. Wong A, Lohfeld L. Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation. *Med Educ*. 2008; 42(1):53-60.
8. McGrath P, Wong A, Holewa H. Canadian and Australian licensing policies for international medical graduates: a web-based comparison. *Educ Health (Abingdon)*. 2011; 24(1):452.
9. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, Tan EY, Slade S, Verma S. Comparison of canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989–2007. *Acad Med*. 2011; 86(8):962-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e318222e314.
10. British Medical Association. The contribution of IMGs to the NHS [Internet]. Londres: BMA; 2015 [citado 18 Jan 2018]. Disponível em: https://www.bma.org.uk/connecting-doctors/img_doctors/m/downloads/281
11. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009; (44):13-24.
12. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004; 364(9449):1984-90.
13. Neufeld S-M, Mathews M. Canadian return-for-service bursary programs for medical trainees. *Health Policy*. 2012; 7(4):82-94.
14. Kahn TR, Hagopian A, Johnson K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med*. 2010; 85(4):614-21. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d2ad1d.
15. The NHS is investing £100m in a recruitment drive to hire foreign GPs. Independent [Internet]. 2017 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/nhs-recruitment-drive-foreign-doctoroverseas-gps-100-million-investment-hiring-staff-shortage-a7921511.html>
16. Rawal LB, Joarder T, Islam SMS, Uddin A, Ahmed SM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Hum Resour Health*. 2015; 13:36. doi: 10.1186/s12960-015-0030-6.
17. World Health Organization. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(5):390-4. doi: 10.2471/BLT.09.072686.



18. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3):102-9. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x.
19. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:19. doi: 10.1186/1472-6963-8-19.
20. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34. doi: 10.1590/1807-57622014.1142.
21. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 Dezembro 1993, e nº 6.932, de 7 Julho 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013; sec. 1, p. 206.
22. NHS Health Careers. Information for overseas doctors [Internet]. Londres: NHS; 2015 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/information-overseas-doctors>
23. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Qualifying to practice medicine in Ontario [Internet]. Toronto: CPSO; 2018 [citado 16 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/International-Medical-Graduates/Qualifying-to-Practice-Medicine-in-Ontario>
24. General Practice Supervisors Australia. Supervising IMGs [Internet]. Bendigo: GPSA; 2016 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <http://gpsupervisorsaustralia.org.au/supervising-imgs/>
25. Medical Council of New Zealand. Individual supervision plans [Internet]. Wellington: MCNZ; 2018 [citado 17 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.mcnz.org.nz/maintain-registration/supervision-img/supervisors-and-employers-of-international-medical-graduates/individual-supervision-plans/>
26. 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*. 15 Jul 2015.
27. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências *Diário Oficial da União*. 16 Jun 2015.
28. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 27, de 14 de Julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. *Diário Oficial da União*. 15 Jul 2015.



The More Doctors Program encompasses an academic supervision carried out by supervisory institutions that have signed an agreement with the Ministry of Education (MEC). Academic supervision is part of the educational offers and implies periodic and regular visits to participant doctors. However, due to the difficulties of some institutions in the North region to fulfill their responsibilities under the Project More Doctors for Brazil, MEC created the Special Supervision Group (GES), which has been operating since 2014 in that region. This article records the GES experience in the state of Pará from January 2015 to May 2017. Its main contribution is to enable the provision of care for the population that inhabits a vast region where there is shortage of doctors, as the supervision of the professionals is mandatory and if it did not occur, the Program would not be allowed in Pará.

Keywords: Health manpower. Medically underserved area. Primary healthcare. Public policy. In-service training.

El Programa Más Médicos (PMM) abarca la supervisión académica realizada por las Instituciones Supervisoras (IS) que hayan firmado documento de adhesión con el Ministerio de la Educación (MEC). La supervisión académica es parte de las ofertas educativas e implica una visita periódica y regular a los médicos del PMM. Sin embargo, debido a las dificultades de algunas IS de la región Norte para cumplir sus responsabilidades en el ámbito del PMMB, el MEC creó el Grupo Especial de Supervisión (GES), que actúa desde 2014 en la región. Este artículo registra la experiencia del GES en el estado de Pará en el período de enero de 2015 a mayo de 2017. Su contribución es hacer posible la asistencia a una población que habita una vasta región con notable escasez de médicos, una vez que la supervisión de los profesionales es obligatoria y si no la hubiera inviabilizaría el Programa en el Estado de Pará.

Palabras clave: Recursos humanos en salud. Área sin atención médica. Atención primaria de la Salud. Política pública. Capacitación en servicio.

Submetido em 18/02/18.
Aprovado em 23/09/18.