

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: narrativa de usuários

**SÃO LUÍS, MA
OUTUBRO – 2016**

PRISCYLLA DE OLIVEIRA MIRANDA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: narrativa de usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola

SÃO LUÍS, MA
OUTUBRO – 2016

Miranda, Priscylla de Oliveira

Programa mais médicos: narrativa de usuários / Priscylla de Oliveira Miranda. São Luís: UNICEUMA, 2016.

92 p. il.: color.

Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2016.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Relação médico-paciente. 3. Programa Mais Médicos. II. Título.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: narrativa de usuários

Priscylla de Oliveira Miranda

Dissertação aprovada em 25 de Outubro de 2016 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Douat Loyola
Orientadora
Universidade Ceuma

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Examinador Interno
Universidade Ceuma

Prof. Dr. Tadeu De Paula Souza
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo
Suplente
Universidade Ceuma

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos por DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

A meus pais, Antonildo e Euzamar, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam a melhor de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser a melhor, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

A meu querido, André, por ser tão importante na minha vida. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter cuidado de mim enquanto eu cuidava da dissertação!

A meus irmãos, Patryck e Pabllo, suas respectivas esposas Keline e Samira e meus queridos sobrinhos, Kethelen, Kevem, Tayla e Ruan, por seus sorrisos iluminados os quais confortaram meu coração nos momentos de cansaço.

Às minhas amigas de sempre, Jane e Aline, por só quererem o meu bem e me valorizar tanto como pessoa. Obrigada pelo incentivo e amizade!

Aos meus colegas de trabalho do Núcleo de Simulação em Saúde - CEUMA, a leveza de trabalhar com vocês, permitiu-me maior dedicação a dissertação.

À minha querida professora Cristina Loyola, que acreditou no meu potencial de uma ajudar, e como ajudou. Me fez enxergar que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas... Você não foi somente uma orientadora, mas, em alguns momentos, conselheira, confidente, mãe e amiga. Você se tornou referência profissional e pessoal para meu crescimento. Obrigada por estar a meu lado e ter-me feito aprender tanto!

A todos os usuários, ACS e colegas Enfermeiros das UBS por onde andei, por colaborarem para a concretização desta dissertação. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

A meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente à Márcia Veras...Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvir minhas bobagens. Foi bom poder contar e está com vocês!

A todos os funcionários do mestrado, em especial ao Rafael que tanto colaborou comigo. Aos professores que proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA. Agradeço em especial ao professor Marcos Pacheco,

por ser “meio pai” desse trabalho. Muito obrigada pelas orientações e amizade! Você é um referencial para mim.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

Michel Foucault

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação com outros países	23
Tabela 2 - Estados abaixo da média nacional.....	24
Tabela 3 - Dados sócio demográficos da entrevista semiestruturada.....	50

LISTA DE SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária em Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CES	- Câmara de Educação Superior
CIMF	- Confederação Ibero Americana de Medicina Familiar
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COAPES	- Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
CRM	- Conselho Regional de Medicina
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBS	- Equipe Básica de Saúde
EqSF	- Equipes de Saúde da Família
eSF	- Equipes de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FIES	- Fundo de Financiamento Estudantil
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	- Instituições de Ensino Superior
INEP	- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	- Ministério da Educação
MINSAP	- Ministério de Saúde Pública
NASF	- Núcleo de apoio a Saúde da Família
OCDE	- Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde

PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	- Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMEF	- Programa Médico e Enfermeira de Família
PMM	- Programa Mais Médicos
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PROUNI	- Programa Universidade para todos
PROVAB	- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	- Programa de Saúde na Família
RAIS	- Relação Anual de Informações Sociais
RCM	- Racionalidade Científica Moderna
SBMFC	- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SISAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SISMOB	- Sistema de Monitoramento de Obras
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MIRANDA, Priscylla de Oliveira, **Programa Mais Médicos**: narrativa de usuários, 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 92 p.

RESUMO

O objeto do presente estudo é a narrativa dos usuários acerca da assistência recebida pelos profissionais do Programa Mais Médicos, no município de São José de Ribamar. Os objetivos são: descrever o perfil sócio demográfico do usuário atendido pelo Programa Mais Médicos, analisar a aceitação do programa Mais Médicos pela população atendida e conhecer as demandas assistenciais mais frequentes na narrativa dos usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, de natureza analítica. Os sujeitos envolvidos no estudo para essa pesquisa foram os usuários atendidos por profissionais inseridos no Programa Mais Médicos. A análise de dados ocorreu a partir da triangulação dos dados da observação participante, das entrevistas e questionários, tendo sido utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados indicam que os pacientes estão satisfeitos com os médicos, que há estratégias da população para contornar as dificuldades do idioma, e que dentre outros apontamentos, há falha na Atenção Primária a Saúde no que diz respeito a promoção da saúde, prevenção de doenças, educação em saúde e orientação para o autocuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Relação médico-paciente. Programa Mais Médicos.

MIRANDA, Priscylla de Oliveira, **Programa Mais Médicos**: narrativa de usuários, 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 92 p.

ABSTRACT

The object of this study is the narrative of the users about the care received by the professionals of the Program More Doctors, in São José de Ribamar. The objectives are: describe the demographic profile of the user socio served by the program More Doctors, analyze the acceptance of the More Doctors program by population served and know the most frequent care demands in the narrative of users. It is a qualitative, exploratory, descriptive and analytical nature. The subjects involved in the study for this research will be the users serviced by professionals who are entered in the Program More Doctors. Data analysis occurred from the triangulation of data participant observation, interviews and questionnaires, and was used content analysis in the thematic mode. The results indicate that patients are satisfied with the doctors, there are people's strategies to circumvent this difficulty of language, and that among other notes, has failed in Primary Health with regard to health promotion, disease prevention, health education and guidance for self care.

Keywords: Primary. Medical care. Program More Doctors.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Atenção primária em saúde	17
3.2	Recursos humanos na Atenção Básica: insuficiência, má distribuição e formação	23
3.3	Programa Mais Médicos	26
3.4	Caracterização do sistema de saúde cubano	32
3.5	De curar indivíduos para suprimir sintomas: construção e conformação da clínica contemporânea.....	36
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	46
4.1	Tipo do estudo	46
4.2	Local do estudo.....	47
4.3	Participantes do estudo	47
4.3.1	Critérios de inclusão	47
4.3.2	Critérios de exclusão.....	48
4.4	Técnica e instrumento de coleta de dados	48
4.5	Análise dos dados	48
4.6	Aspectos éticos.....	49
5	RESULTADOS.....	50
5.1	Descrição dos dados empíricos	50
5.1.1	A consulta médica na unidade básica de saúde: qualidade e acolhimento	51
5.1.2	Médico x paciente: há comunicação?	52
5.1.3	Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom	53
5.2	Análise dos dados	54
5.2.1	A consulta médica na unidade básica de saúde: qualidade e acolhimento	54
5.2.2	Médico x paciente: há comunicação?	59
5.2.3	Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68

APÊNDICE A - Questionário sócio demográfico.....	75
APÊNDICE B - guia geral para motivar as perguntas	76
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
APÊNDICE D – ARTIGO.....	78
ANEXO A – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO	79
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA	91
ANEXO C – TERMO D E COMPROMISSO NA UTILIZAÇÃO DOS DADOS, DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	92
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	93

1 INTRODUÇÃO

Um adequado provimento de serviços de saúde em regiões remotas, pobres e periféricas no meio urbano é um problema em quase todos os países do mundo (CAMPOS et al., 2009). O autor ressalta ainda que há uma distribuição geográfica desproporcional na oferta de profissionais de saúde em exercício, e que essa é ainda maior quando a classe profissional observada é a dos médicos. Nos dias de hoje essa situação é vista como um grande obstáculo para o desenvolvimento dos mais variados sistemas de saúde.

No Brasil este cenário não é diferente, o país conta com uma média de 1,8 médicos para cada 1000 habitantes (BRASIL, 2013c). A Organização Mundial da Saúde (OMS), utiliza como referência o sistema de saúde britânico com 2,7 médico/habitante, por ser considerado um dos melhores sistemas de saúde pública, centrado na atenção básica (GARCIA et al., 2014).

Olhando de longe, o Brasil tem uma média próxima do que aconselha a OMS. Entretanto, quando vista de perto, a realidade do acesso aos serviços de saúde no país é discrepante. A maioria dos médicos se concentra nas regiões Sul e Sudeste e quando migram para outras regiões, há preferência pelas capitais, e nas capitais, fazem opção pelos grandes centros, ficando desassistidas as cidades mais remotas, comunidades ribeirinhas e regiões periféricas das grandes cidades. Ou seja, há diferenças no número de médicos entre as regiões brasileiras, dentro das unidades da federação, e por fim, em uma mesma cidade. Segundo o Ministério da Saúde, 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional e cinco deles têm menos de 1 médico por mil habitantes. É exemplo disso o estado do Maranhão, com 0,58 méd./hab e o estado de São Paulo, que apesar de ter uma média de 2,49 méd./hab. possui municípios com médias bem menores, por exemplo: o município de Registro 0,75 méd./hab. e Araçatuba 1,33 méd./hab (BRASIL, 2015a).

Ao longo de anos, na tentativa de resolver a questão da má distribuição de médicos pelo país, o governo implementou várias iniciativas na extensão universitária, na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que queiram atuar nas áreas mais carentes do país. Algumas dessas intervenções são: o Projeto Rondon (1967) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois do sistema único de saúde criado, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em, 2001, e o Programa de Valorização do Profissional da

Atenção Básica (PROVAB), em 2012. Nenhuma dessas medidas conseguiu assegurar por completo a oferta de médicos no país (GIRARDI, 2011; OLIVEIRA et al., 2015).

No ano de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa, com 2.773 entrevistados. O resultado revelou que 58,1% da população apontou a falta de médicos como o principal problema do SUS (MORAES et al., 2014).

Diante da continua problemática da falta de médicos, e mais uma vez na tentativa de trazer soluções, o governo federal cria, no ano de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com meta de levar 15 mil médicos para regiões onde há falta destes profissionais, agilizar investimentos em infraestrutura para os hospitais e unidades de saúde, além de aumentar o número de vagas para médicos nas regiões carentes do país (BRASIL, 2013c).

Cercado de polêmicas desde seu lançamento em 8 de julho de 2013, o PMM é alvo de inúmeras críticas. Logo que chegaram ao Brasil no final de agosto deste mesmo ano, os primeiros médicos vindos de Cuba, Portugal, Espanha, Argentina e Uruguai, sofreram hostilizações por médicos e estudantes brasileiros em várias partes do país. Manifestações contrárias ao programa, protestos e promoção de greves foram promovidas por várias entidades da classe, incomodadas principalmente pela não exigência de revalidação do diploma e contratação de profissionais cubanos, sob o argumento de que a formação destes seria precária e incapaz de atender pacientes a partir da realidade brasileira.

Defendido e incentivado pelo Ministério da saúde o programa segue contando com 18.240 profissionais, distribuídos em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, levando assistência em saúde a 134 milhões de brasileiros (PORTAL BRASIL, 2014).

No Nordeste, o estado do Maranhão, possui em sua rede de Atenção Básica 723 profissionais no PMM, e deste total 553 são estrangeiros. E estão distribuídos em 177 municípios. Dentre estes, recortamos para essa pesquisa, o município de São José de Ribamar, que fica localizado na Região Metropolitana de São Luís também conhecida como Grande São Luís e que é composta por outros 7 municípios: Raposa, Paço do Lumiar, Alcântara, Bacabeira, Rosário, Santa Rita e a capital do estado São Luís, perfazendo juntos, uma população de 1.496.100 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). A escolha deste município se deu pelo fato de que a quantidade de médicos estrangeiros pertencentes ao programa, que é de 7 profissionais, é maior que nos demais municípios da região, até mesmo da capital que conta com 52 médicos do programa, sendo destes 3 estrangeiros, segundo a Secretaria do Municipal da Saúde de São José de Ribamar.

Considerando este cenário como uma pequena amostra do programa no país, e também do impacto na sociedade brasileira da discussão acirrada produzida pelos colegiados de representação dos profissionais médicos, diante da Lei que cria o PMM, avaliamos como importante compreender melhor esta realidade a partir da perspectiva dos usuários, para os quais o programa foi criado e que ainda não haviam sido ouvidos. Esperou-se obter, através da narrativa destes, uma análise da importância da consulta, da aceitabilidade pela comunidade e, da compreensão em relação ao Programa Mais Médicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a narrativa dos usuários acerca da assistência recebida pelos profissionais do Programa Mais Médicos.

2.2 Específicos

- a) Descrever o perfil sócio demográfico do usuário atendido pelo Programa Mais Médicos;
- b) Conhecer as demandas assistenciais mais frequentes na narrativa dos usuários;
- c) Analisar a aceitação do programa Mais Médicos pela população atendida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção primária em saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) corresponde a um conjunto de práticas integrais à saúde, direcionadas a atender às necessidades individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. Atualmente, a atenção primária à saúde é tida internacionalmente como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário – cidadão (GIOVANELLA et al., 2012).

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos Sistemas de Saúde, pela primeira vez, no chamado Relatório Dawson, em 1920 na Grã-Bretanha. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar às autoridades norte-americanas, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTOS, 2001).

O relatório Dawson, propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde, para cobertura de toda a população. Nesse documento, o centro de saúde é uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas (ROEMER, 1985).

O marco histórico mundial da atenção primária a saúde, foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, então capital do Cazaquistão, na época, uma das repúblicas da União Soviética. Participaram do evento representantes de 134 governos, o Brasil esteve ausente, sendo aprovado um documento, “Declaração de Alma-Ata”. O mesmo foi ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que lançou internacionalmente a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 (ALVES et al., 2013).

O Documento de Alma Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito

humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Na Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária a Saúde é compreendida como atenção à saúde essencial, fundamentada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade. Presume-se dessa forma, a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo “praticantes tradicionais” (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, integrando assim, um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA et al., 2012).

No Brasil, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (CHEN et al., 2004). Porém, no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, este referencial parece ter perdido gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde (COSTA e PINTO, 2002). Tal concepção foi definida pela portaria nº 648 GM/2006, como sendo:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, não paginado).

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o Programa de Saúde na Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Percebendo a expansão do PSF que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de

março de 2006, onde ficou estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2006). O PSF é composto por equipes multiprofissionais que possuem, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), de setembro de 2015, existem implantadas, hoje no Brasil, 40.052 equipes de saúde na família, realizando a cobertura de 123.346.692 brasileiros (BRASIL, 2015c).

No intuito de desenvolver qualitativamente a assistência na Atenção Básica, o Ministério da Saúde realizou em 2011, um levantamento dos dez principais desafios que estariam causando impedimento de melhorias e que deveriam ser levados em conta na proposta da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são estes, citados no quadro 1:

Quadro 1 – Desafios para Atenção Básica

1	Financiamento insuficiente da Atenção Básica
2	Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde
3	Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde
4	Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis
5	Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado
6	Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais
7	Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão
8	Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores
9	Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica
10	Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade

Fonte: Pinto et al. (2014)

Em resposta aos desafios apontados anteriormente várias ações da PNAB foram tomadas, a exemplo o lançamento do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica Unidades Básicas de Saúde - UBS) que, em conjunto com o Mais Médico, alcançou ao total de mais de R\$ 5 bilhões em investimentos. A criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-SUS Atenção Básica, foram implementados neste mesmo período, visando informatizar a Atenção Básica e pretendendo promover mudanças no uso das informações para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde. Também em 2011 foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), assim como o Programa Telessaúde Brasil Redes, reestruturação do Programa Saúde na Escola, a criação do Programa Academia da Saúde e a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Estas e outras ações como, Política de Educação Permanente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e o estímulo e incentivo para Implantação de Planos de Carreira no SUS, buscam em conjunto, segundo Ministério da Saúde, enfrentar os dez desafios citados anteriormente (BRASIL, 2015b).

Destaca-se ainda que, em 2011, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 439, que tratou de diretrizes para a Atenção Básica e demandou um conjunto de ações, dos quais destacam-se: A mobilização de todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica. A garantia por meio das três esferas do governo, ações necessárias para que a Atenção Básica seja de fato a principal porta de entrada do SUS, capaz de atender às demandas da comunidade com acolhimento humanizado em todas as UBS, prestando atenção integral resolutiva, imparcial e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário, mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção. Intensificação dos esforços para criar novas políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde (BRASIL, 2015b). Percebemos que esta última diretriz é fundamental para que as outras ocorram, pois o sucesso do Programa de Saúde na Família depende especialmente, de sua capacidade em atrair e manter profissionais de saúde nas suas equipes. E isto tem sido um grande desafio, particularmente em relação aos médicos (GIRARDI e CARVALHO, 2002; BRASIL, 2002; NEY, 2009).

Para a Atenção Básica a escassez de profissionais, distribuição desigual e o crescente desprovimento de médicos, resultam em um baixo crescimento da cobertura

populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Ministério da Saúde coloca que nos últimos sete anos a cobertura da ESF no Brasil cresceu uma média anual de 1.141 equipes de Saúde da Família (eSF), o que representou o pequeno acréscimo de 1,5% a cada ano na cobertura da população, mesmo com investimento de recursos e ações implantados a partir de 2011, referenciados anteriormente.

Em conformidade com estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS, a indisponibilidade de médicos para compor as eSF é um dos maiores impedimentos para expansão da ESF (BRASIL, 2015b). Essa carência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na Atenção Básica (AB), resulta muitas vezes em uma disputa entre municípios pelos poucos profissionais disponíveis, causando o comprometimento de recursos do município para além de sua capacidade de pagamento, seguido de descontinuidade dos vencimentos e rompimento de compromissos com o médico contratado; o não cumprimento da carga horária, ou porque o gestor “compensa” a remuneração reduzindo a carga horária, ou porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade deles não permaneça um ano no mesmo município (SANTOS e PINTO, 2008).

Um estudo realizado no município de São Paulo, entre 2004 e 2005, sobre avaliação da existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos e a rotatividade dos mesmos na ESF, encontrou correlação negativa entre as duas variáveis. Segundo o estudo, os fatores que apresentaram maior impacto para com a rotatividade foram: a capacitação para se trabalhar com saúde da família e medicina de comunidade, distância até o local de trabalho e indisponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, a pesquisa indicou que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa, e ainda seria uma forma de compensação da precariedade do vínculo (CAMPOS e MALIK, 2008). Outros estudos confirmam a alta rotatividade do profissional médico como desafio para a expansão e qualificação das ações realizadas na estratégia de saúde da família (GIRARDI e CARVALHO, 2002; BRASIL, 2002).

A alta rotatividade, particularmente, é um fenômeno desestimulante para o restante da equipe, composta por enfermeiros, cirurgiões-dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais. Há um prejuízo da efetivação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e o vínculo entre equipe e população, fatores estes determinantes para qualidade na prestação de assistência em saúde da ESF (PINTO et al., 2014).

Como resposta organizada a estas dificuldades a Frente Nacional de Prefeitos – entidade que reúne municípios brasileiros – iniciou o movimento “Cadê o médico”, através de milhares de assinaturas, em Janeiro de 2013. Este movimento nacional de pressão municipal sobre o governo federal, expunha o déficit profissional que as resoluções anteriores do MS não conseguiram resolver. A campanha indicou uma carência generalizada dentre vários municípios brasileiros, principalmente na periferia de grandes cidades e municípios do interior do país, onde os gestores públicos encontraram maior dificuldade em contratar profissionais médicos. Além da falta destes e da dificuldade em contratá-los, também foi colocada como proposta o aumento do número de vagas nas residências médicas; a criação de mais vagas para os cursos de graduação em medicina; a instituição do serviço civil obrigatório para todas as profissões em saúde para os alunos egressos das universidades públicas; o fortalecimento da mesa de negociação SUS regionalizada com a participação de prefeitos; a definição da residência em saúde da família como pré-requisito para as demais residências de especialidades; e o apoio à carreira do SUS nos municípios, nos estados e na União (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2015).

De maneira resumida, podemos dizer que, o PSF, mesmo expandindo-se nos anos 2000, ganhando mais complexidade e tornando-se a Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização da atenção básica no País, continuou passando nestes últimos anos, por vários problemas. O Ministério da Saúde afirma que desde a criação do SUS, possibilitou-se um significativo aumento do acesso aos cuidados de saúde para população brasileira. Contudo, muitas dificuldades ainda são enfrentadas no acesso aos serviços de saúde, por pessoas que vivem em áreas de vulnerabilidade social, rurais, comunidades remotas, dentre outras. A contradição é que quanto menor, mais pobre e de difícil acesso o município, mais precárias as condições sociais, e menor tem sido a opção dos profissionais por estas localidades. Entretanto é lá que se demanda com força, a presença profissional médica para melhorar a saúde da população. Agravava-se o quadro ainda pela dificuldade do município em atrair e fixar os profissionais, que na escassez quantitativa passam a compor um quadro cruel de disputa entre os municípios (SANTOS e PINTO, 2008; GIRARDI, 2011). A OMS estima que 50% da população mundial reside em áreas rurais remotas, e que essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica (ARAÚJO e MAEDA, 2013).

Uma das mais novas ações da PNAB, para o enfrentamento das fragilidades na Atenção Básica, colocadas acima, foi o a criação do Programa Mais Médicos, o qual dentre os

vários objetivos, buscam melhorar a questão dos recursos humanos, apontada por pesquisas e pela população como o maior dos problemas.

3.2 Recursos humanos na Atenção Básica: insuficiência, má distribuição e formação

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2011), com 2.773 pessoas, apontou por 58,1% dos entrevistados, que a falta de médicos seria o principal problema do SUS. Possuindo apenas 1,8 médicos por mil habitantes, o Brasil se coloca atrás de países, como a Argentina, Portugal e Espanha, como mostrado na tabela 1 (BRASIL, 2013c).

Tabela 1 - Comparação com outros países

PAÍSES	Médico por 1.000 hab.	PAÍSES	Médico por 1.000 hab.
Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1	Austrália	3
Bolívia	1,2	Argentina	3,2
Colômbia	1,4	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9	Portugal	3,9
México	2	Espanha	4
Canadá	2	Cuba	6,7

Fonte: Brasil (2013c)

Além da falta de profissionais, o país sofre com uma distribuição desigual: 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional e 5 deles têm menos de 1 médico por mil habitantes – Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Mesmo em estados com maior relação de médicos por habitantes, como é o caso de São Paulo (2,49), há regiões com relação muito menor, como por exemplo, Registro (0,75), Araçatuba (1,33) e Franca (1,43) (tabela 2) (BRASIL, 2013a).

Tabela 2 - Estados abaixo da média nacional

ESTADOS	Médico por 1.000 hab.	ESTADOS	Médico por 1.000 hab.
Acre	0,94	Paraíba	1,17
Alagoas	1,12	Paraná	1,68
Amapá	0,76	Pernambuco	1,39
Amazonas	1,06	Piauí	0,92
Bahia	1,09	Rio de Janeiro	3,44
Ceará	1,05	Rio Grande do Norte	1,23
Distrito Federal	3,46	Rio Grande do Sul	2,23
Espírito Santo	1,97	Rondônia	1,02
Goiás	1,45	Roraima	1,21
Maranhão	0,58	Santa Catarina	1,69
Mato Grosso do Sul	1,1	São Paulo	2,49
Mato Grosso	1,54	Sergipe	1,3
Minas Gerais	1,81	Tocantins	1,08
Pará	0,77		

Fonte: Brasil (2013a)

Além do número insuficiente de médicos e distribuição desigual no país, graduaram-se em Medicina, nestes últimos dez anos, apenas 65% da necessidade destes profissionais para o mercado de trabalho neste mesmo período. De 2003 a 2012 foram abertas 143 mil novas vagas de emprego médico formal, mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos no mesmo período, ficando desta forma um déficit de 50 mil médicos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2011). Outro estudo feito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), baseado em dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), demonstra que, entre os anos de 2009 e 2010, para 12.982 egressos dos cursos de Medicina, foram criados 19.361 empregos formais (BRASIL, 2015b).

Isso ocorre por que, mesmo o Brasil tendo uma quantidade de escolas de medicina relativamente alta, o país tem, por exemplo, uma proporção de graduados de cursos de Medicina por habitante, inferior à média dos países integrantes da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE). Enquanto no Brasil tivemos 14.634 graduados em 2011, média de 0,74 para cada 10 mil habitantes (MARTINS et al., 2012), Reino Unido e Austrália têm, respectivamente, 1,1 e 0,93 (PINTO et al., 2014). Uma outra característica que fundamenta esta situação, é a concentração das poucas vagas, nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul do País.

Uma outra razão decorre da insuficiente regulação estatal sobre a formação profissional e o exercício da profissão médica no país, inclusive sobre a formação para as especialidades. Mesmo com a determinação do artigo nº 200 da Constituição Federal de 1988, que coloca como papel do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos em saúde, não existe em nosso país controle público sobre a formação das diferentes especialidades médicas, tal como ocorre na Austrália, França, Reino Unido e Suécia, com base no pressuposto de que o mercado de saúde não é livre (BLOOR e MAYNARD, 2001). Espanha, Portugal, Canadá onde a residência médica é obrigatória e direcionada a composição de especialidades no Sistema de Saúde, investem na formação de uma proporção adequada de médicos de família. Segundo a Organization for Economic Co-Operation and Development (2011), em 2005, a proporção de médicos de família, chegava a 52,1% na Austrália; na França, 49,3%; em Portugal, 49% e no Canadá, 48%.

Ligando a regulação deficiente às demais características de, pouca oferta de vagas para formação em medicina, bem como de vagas insuficientes de residência médica para os egressos deste mesmo curso, e a má distribuição destes profissionais pelo país, temos uma situação preocupante. Em 2012, para 15.804 egressos dos cursos de Medicina foram ofertadas 11.468 vagas de acesso direto na residência de 2013. Tal situação foi detalhada pela Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde, confirmando a escassez de especialistas (como em especialidades de maior necessidade devido à transição demográfica e epidemiológica e em áreas vitais das políticas públicas), com distribuição inadequada das vagas de residência (HADDAD et al., 2011). Um estudo sobre a migração de médicos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos da Santa Casa de São Paulo demonstrou a importância da residência como fator de fixação, ainda mais quando realizada em conjunto com a graduação em uma mesma região de saúde (SEIXAS et al., 2009).

Para enfrentar tais problemas, ao final de 2011, o governo brasileiro implantou duas ações visando o aumento do acesso à assistência médica na Atenção Básica. Primeiro, regulamentou a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que trata da possibilidade de médicos que se formaram com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), poderem abater a dívida em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde. O desconto equivale a 1% ao mês e dessa forma, se este médico atua, por exemplo, dois anos em uma equipe em área com necessidade, poderá abater em 24% da sua dívida total (BRASIL, 2015b).

A outra iniciativa foi a criação do PROVAB. Neste programa o médico passa por um período de atuação supervisionada na Atenção Básica (AB), sendo inserido em uma Equipe de Saúde da Família, cursa uma especialização *latu sensu* em AB e é acompanhado pedagogicamente por uma Instituição de Ensino Superior, e esta experiência é valorizada como critério de ingresso na residência médica. Será concedido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) aos profissionais que realizaram o PROVAB, um adicional de 10% na pontuação da seleção da residência médica. Inicialmente o Programa atraiu 380 médicos, mas com mudanças no seu desenvolvimento, que incluíram a oferta de especialização e o pagamento de bolsa para os profissionais participantes, este número aumentou para mais de 3 mil médicos inscritos anualmente. Em Janeiro de 2013, o programa contava com a participação de 3.579 médicos, mesmo assim não conseguia atender à necessidade apresentada pelos municípios (BRASIL, 2015b).

Ambas as ações resultaram em mais provimento de médicos para a Atenção Básica, porém em quantidade inferior à que o sistema demandava. Dessa forma, sob mais esta justificativa e respondendo às demandas existentes, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos.

3.3 Programa Mais Médicos

O Programa foi instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013, assinada pela Presidenta Dilma Rousseff e regulamentada por portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação e em seguida sancionado pela Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013 (BRASIL, 2013b).

Diferente do que muitos pensam o programa não objetivava apenas o aumento de recursos humanos na área médica. É constituído por três eixos: O Provimento Emergencial de recursos humanos na área médica, que tem o objetivo de promover Atenção Básica em regiões prioritárias dos SUS, que são consideradas áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano, áreas como por exemplo regiões do semi-árido, região amazônica, áreas com população indígena e quilombola, áreas de vulnerabilidade social como periferias de grandes cidades, entre outros. Outro Eixo é o Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, sendo este ligado a uma série de iniciativas, como o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que traz como proposta a construção de novas UBS com melhor estrutura, como também reforma

e ampliação das já existentes. O ultimo Eixo está relacionado à Formação Médica no Brasil, onde um conjunto de medidas estruturantes foram tomadas a médio e longo prazo, buscando efetivar mudanças no currículo de formação médica, para que seja consoante às necessidades do país (BRASIL, 2015b).

Sendo iniciado o programa, foi aberto um edital para que os municípios pudessem aderir, assinando de um Termo Compromisso com ações e responsabilidades de curto e médio prazos. Este termo implicava em obrigações que garantisse condições para um bom funcionamento das UBS; garantia, de benefícios aos médicos, como: moradia, alimentação, deslocamento e tempo para se dedicar às atividades de educação e inserção em uma equipe de Atenção Básica. Responsabilidade por alimentar os sistemas de informação previstos e compromisso com a implantação ou apoio à implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, entre outros. Uma vez assinando o termo de compromisso, o município poderia solicitar pelas vagas de acordo como os critérios de necessidade da população, cobertura e oferta de serviços já disponíveis na AB pelo município, composições de equipes e condições de infraestrutura da UBS. Estas regras, combinadas com variações de prioridades regionais, municipais, que se estabeleceu-se o número máximo de vagas disponíveis para cada cidade, através do Ministério da Saúde. Dessa forma, quando o município se inscrevia, essas regras já estavam programadas no Sistema de Gestão do Programa, disponível on-line, e o município só poderia solicitar vagas até este “teto”. É permitido ao município indicar uma equipe já existente, e que esteja sem médico, ou implantar nova equipe. É proibido, pelo programa, que sejam substituídos médicos que já atuavam em equipes de Saúde da Família do município, uma vez que o objetivo deste programa é garantir atenção permanente onde ela estava sendo irregular e expandir a cobertura para população (BRASIL, 2015b).

Ao fim da inscrição dos municípios, é sabido o número total de vagas e a distribuição delas, e assim passasse a etapa de chamado dos médicos, que também é feita através de editais obedecendo a critérios, que estabelecem diferentes perfis, para ordem de inscrição destes. Os primeiros a poder se inscrever são os médicos com registro no Brasil, ou seja, que tenham Conselho Regional de Medicina (CRM) independente da nacionalidade, quer tenham se graduado em medicina no país ou não. Caso não haja o preenchimento total das vagas oferecidas, o programa abre para os médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado. Ainda existindo vagas abre-se para um terceiro grupo formado por profissionais médicos estrangeiros sem diploma revalidado. Caso ainda haja vagas, passada

estas três etapas de chamamento individual, a Lei permite ao Ministério da Saúde realizar acordos de cooperação com organismo internacional, solicitando médicos para atuação específica no programa. Até o fim de 2014, seguindo os critérios de inscrição, 14.462 médicos foram contratados, sendo a maioria formada por médicos cooperados: 11.429 profissionais, sendo estes contratados através Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Os demais 1.187 eram brasileiros ou estrangeiros formados no exterior. E, 1.846 eram médicos que haviam cursado Medicina no Brasil. Já no ano seguinte, com a expansão do programa, os médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado, e os brasileiros graduados no exterior preencheram todas as 4.139 vagas ofertadas.

Para resolver os problemas gerados pela falta de médicos, vários países do mundo optaram por políticas de atração de médicos formados em outros países. Mesmo aqueles com indicadores de relação médico por habitantes superiores ao do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas. Dados apresentados pela OCDE em 2009 e pelo *General Medical Council* do Reino Unido em 2011 demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá. Para propor medidas na área, foram respeitadas as regras estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS de 2010. Esse código orienta os Estados-Membros do Sistema das Nações Unidas a se comprometerem, voluntariamente, a observar os princípios e as práticas éticas no que diz respeito ao recrutamento internacional de profissionais de saúde. O documento reúne princípios éticos que são aplicáveis ao recrutamento internacional de profissionais de saúde, no sentido de reforçar os sistemas dos países em desenvolvimento, incluindo assuntos como a capacidade e a qualidade de formação de profissionais, as políticas de apoio à fixação de profissionais de saúde, a reciprocidade dos benefícios, à coleta e intercâmbio de informações, o monitoramento e a pesquisa no tema. Desse modo, não se propõe a recrutar médicos graduados em países que tenham uma relação de médico por 1.000 habitantes menor do que a do Brasil (BRASIL, 2015b).

Sendo assim o Brasil firmou cooperação com a OPAS que é ligada à OMS, e estabeleceu cooperação com o governo de Cuba, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na Atenção Básica. Os médicos que participam do Programa pela Cooperação Internacional são chamados de médicos cooperados, justamente porque não entram no programa individualmente, mas sim por meio da cooperação com a OPAS. Para

todos os médicos que não possuem registro no Brasil a Lei deu poderes ao Ministério da Saúde de criar o Registro Único, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa e na localidade específica definida por ele, dispensando a necessidade de revalidar o diploma, no período em que participar do Programa, que poderá ser de três anos prorrogáveis por mais três. Antes de iniciar as atividades no Programa, precisam realizar durante três semanas de um módulo de acolhimento e avaliação, onde são abordados conteúdos relacionados à legislação do Sistema de Saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, especialmente da atenção básica em saúde. Recebem orientações importantes conforme perfil epidemiológico e cultural das regiões nas quais irão atuar e também aulas sobre a Língua Portuguesa (BRASIL, 2013c). Apenas com a conclusão desse primeiro módulo com aproveitamento é permitido aos profissionais deslocarem-se às áreas para as quais foram alocados. Contudo também é previsto em Lei, o acompanhando destes profissionais por tutores médicos, com objetivo de contribuir, apoiar e orientar o processo de educação permanente. Todos devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento, sempre integrando ensino e serviço. Os médicos do programa contam ainda com o apoio clínico e pedagógico do Telessaúde Brasil Redes (www.telessaudebrasil.org.br), seja pela interação com outro médico pelo número (0800 644 6543) ou por meio de interações mediadas por computador, *tablet* ou *smartphone*. Tem acesso ilimitado ao Portal Saúde Baseada em Evidências (periodicos.saude.gov.br) – uma ampla base de periódicos nacionais e estrangeiros para consulta, estudo e pesquisa – e à Comunidade de Práticas (www.atencaobasica.org.br) – que é uma rede colaborativa na qual o sujeito pode dialogar e trocar experiências com profissionais de saúde de várias profissões e localidades. A Lei nº 12.871 também diz que o médico integrante do Programa que não cumprir as atividades previstas neste, na região escolhida para tal, será desligado e perderá de seus benefícios (BRASIL, 2013b).

A qualidade de equipamentos e infraestrutura foi um outro ponto colocado como importante no que objetiva a Lei que rege o PMM. É importante lembrar que antes do lançamento deste, outro programa de Requalificação das UBS, instituído pela Portaria nº 2.206, de 12 de setembro de 2011, já havia sido dirigido para qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, o qual teve seu orçamento triplicado com o lançamento do PMM. O programa de Requalificação das UBS é composto por cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e construção de UBS fluviais, objetivando

melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população (BRASIL, 2015b).

Um censo realizado por equipes do PMAQ em conjunto com dados do Ministério da Saúde, nos anos de 2011 e 2012, possibilitou identificar o número de UBS com sedes próprias, cedidas ou alugadas; se estavam com documentação adequada ou não; datas de construção e da última reforma realizada, quantidade de UBS com acesso à internet, e outras informações úteis para definir as estratégias do Programa e as UBS que necessitariam receber intervenções. Dando seguimento, foi permitido aos municípios inscreverem-se em uma plataforma *on-line*, informando outros dados mediante solicitação. Os que já dispunham de metragem adequada, segundo Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) poderiam aderir ao Componente Reforma. Aquelas que tinham uma dimensão abaixo da mínima exigida, ao Componente Ampliação. Depois de autorizada a proposta, o município deveria informar, no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), todas as etapas de execução para receber as demais parcelas para estruturação para que fossem repassadas para a prefeitura responsável. No SISMOB, são disponibilizadas informações dos valores repassados, execução das obras, e empresas contratadas para execução, sendo estes disponibilizados para o acompanhamento da sociedade. Para toda esta reestruturação já foram investidos mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios (BRASIL, 2016).

O terceiro e último eixo diz respeito às mudanças na formação dos profissionais médicos, ampliação de vagas na graduação e residência médica. Segundo o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, seriam abertas 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017. Destas, 5,3 mil já foram concretizadas, tendo sido criadas 1.690 vagas em universidades federais e 3.616 em instituições privadas, em todas as regiões do país. O aumento de 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020, também é meta para o Programa, das quais 4.742 já foram criadas. O objetivo do Programa é sair dos quase 380 mil médicos antes do seu lançamento e chegar a 600 mil em 2026, quando o Brasil alcançaria o média de 2,7 médicos por mil habitantes. O Programa planeja ampliar as vagas de graduação em Medicina saindo da proporção de 0,8 vagas por 10 mil habitantes e chegando em 2017 a 1,34 vaga/10 mil, chegando assim a meta de 2,7 med./1.000 hab (BRASIL, 2015b). A Lei nº 12.871/2013 determinou mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais apontam para uma graduação dirigida fundamentalmente para as reais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Estas devem ser adotadas por todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas. Uma dessas mudanças está na obrigatoriedade de

que 30% do internato deve acontecer na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS. Estas mudanças serão acompanhadas através de uma avaliação a ser realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) aos alunos do 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de Medicina do País para aferir tanto seu estado de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado pelas novas diretrizes curriculares, quanto acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte deste aluno (BRASIL, 2013b). Além disso, o art. 36, § 1º da Resolução Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) nº 03/2014 seguindo a Lei nº 12.871/2013, prevê que esses exames deverão constar como critérios classificatórios nos processos de seleção para o ingresso em programas de residência médica, credenciados pela CNRM, sendo sua realização de âmbito nacional (BRASIL, 2015b).

Outro ponto que sofreu mudanças, foi a abertura de curso para formação em Medicina pelas escolas brasileiras. Sem passar por critérios padronizados de julgamento, o MEC avaliava a qualidade da proposta e consultava o Conselho Nacional Instituições de Ensino Superior, sobre os projetos recebidos de instituições interessadas em abrir um curso de Medicina. Com o programa Mais Médicos esta iniciativa passou a ser pública e constituída por várias etapas, onde primeiramente o Ministério da Saúde, indica quais regiões de saúde têm necessidade de expansão de vagas, e confere se estas possuem rede de saúde em condições de proporcionar uma boa formação médica. Seguidamente, o Ministério da Educação (MEC) publica um edital de seleção dos municípios para verificar quais têm interesse em receber um curso de Medicina para que sejam submetidos a uma avaliação *in loco* que julgará a capacidade de receber o curso pretendido. Os municípios terão que comprovar, a visita realizada por uma equipe do MEC, que possuem as condições exigidas de rede de saúde, para receber o curso de Medicina, e oportunizar campo de prática adequado ao padrão exigido pelas novas diretrizes curriculares. Passada esta etapa, há a abertura de um outro edital para que as Instituições de Ensino Superior (IES) privadas possam se candidatar a abrir seus cursos nos municípios apontados pelo MEC, o qual também irá avaliar qual das IES candidatas serão aprovadas para instituírem seus cursos. As IES são avaliadas de acordo com um conjunto de critérios: pontuações nas avaliações do MEC, nos cursos existentes daquela mantenedora, sejam em Medicina ou na área de Saúde; projeto político-pedagógico de acordo com as novas DCN; planejamento de infraestrutura; saúde e estabilidade financeira; plano de implantação do curso; contrapartidas oferecidas aos serviços do SUS que serão campo de

prática; proposta de integração ensino-serviço; volume de adesão a programas como o Programa Universidade para todos (PROUNI) e o FIES (BRASIL, 2015b).

A Lei nº 12.871/2013, também estabelece a criação de um Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), o qual deverá ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino, responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e de programas de residência médica com a finalidade de, entre outras coisas, planejar a formação dos profissionais; garantir investimentos e adequado funcionamento com estrutura e a qualidade necessária para que os serviços de saúde sejam campo de prática para a formação; definir ações para avançar na integração ensino-serviços, com prioridade na Atenção Básica; definição da composição, estímulos e funcionamento da preceptoria da graduação e da residência, dentre outros (BRASIL, 2015b).

As mudanças em relação à Residência Médica foram feitas em relação às vagas, e também ao acesso à elas. A Lei determina que até o fim de 2018 haja o mesmo número de vagas de residência médica de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. Estas dez referidas especialidades são estabelecidas na Lei do Mais Médicos como sendo: Genética Médica, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, , Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Patologia, Radioterapia e Medicina Geral de Família e Comunidade. Esta última dará acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto. Sendo assim, o médico que optar em fazer residência que não seja de acesso direto, terá que fazer antes, um ou dois anos de Medicina Geral de Família e Comunidade Medicina Geral de Família e Comunidade, à depender da residência escolhida (BRASIL, 2015b).

Como se pode perceber a lei que cria o PMM ultrapassa em muito a questão quantitativa dos profissionais médicos, impactando diretamente, a graduação e pós-graduação destes profissionais.

3.4 Caracterização do sistema de saúde cubano

Sendo a maior das ilhas do Caribe, Cuba é um país com população de 11.210.064 habitantes, onde 8,5 milhões vivem em área urbana (OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN, 2014). Ainda de acordo com o autor o país, é regido por um governo socialista e vem conseguindo desenvolver-se economicamente, apesar do enfrentamento de embargos econômicos impostos ao país. Atualmente possui índices de

saúde e educação igualadas às dos países desenvolvidos, a exemplo a taxa de mortalidade infantil, de 4,2 por mil nascidos vivos; expectativa de vida, de 77,97 anos e de alfabetização de 99,8% da população. Mesmo possuindo poucos recursos naturais (com destaque para a produção de cana de açúcar, banana e fumo), Cuba é um país com alto investimento em recursos humanos, sendo as colaborações internacionais de profissionais a outros países sua principal fonte de recursos, superando inclusive os ganhos econômicos com o turismo (DAL PRÁ et al., 2015).

A iniciativa de investimento na formação de recursos humanos na área de saúde, deu-se a partir da necessidade de assistência à saúde da população, logo após a Revolução de 1959. Na ocasião o país encontrava-se em difícil quadro sanitário caracterizado por tétano, difteria, sarampo, tosse ferina, poliomielite, tuberculose e outras doenças, onde muitas crianças contraíam gastroenterite e doenças respiratórias, as quais estavam entre as principais causas de morte (OSA, 2011).

No intento de transformar esta realidade o governo cubano considerou como prioridade para o país, a criação de um sistema de saúde onde fosse possível oferecer serviços ao maior numero de pessoas possível e cujo foco estivesse voltado para medicina preventiva e orientação à pratica de medidas de higiene (MADUREIRA, 2010). Dessa forma foi criado em 1960 o Sistema Nacional de Saúde Cubano, pautado na atenção integral à saúde, direito do cidadão e responsabilidade do Estado, passando a ser a única forma de prestação de serviços de saúde em Cuba (OSA, 2011). Entretanto, a iniciativa foi amplamente dificultada, pois nos meses seguintes à revolução, mais da metade dos médicos emigraram do país, permanecendo na Ilha cerca de 3.000, além de 16 professores da Universidade de Havana (MADUREIRA, 2010), renunciando estes, ao exercício privado da medicina.

Com número reduzido de profissionais, neste mesmo ano, o governo investiu fortemente na formação de recursos humanos, sendo criado também o Ministério de Saúde Pública (MINSAP), ao qual foram vinculadas as universidades, ficando o MINSAP com a responsabilidade pela formação de seus profissionais, levando em conta as necessidades do país, baseadas em diagnósticos de saúde e estudos demográficos epidemiológicos. Dessa forma cabe ao MINSAP em conjunto com a população, decidir sobre a formação das necessárias especialidades para o país. Talvez seja esta, uma das maiores contribuições da Revolução para a saúde pública, visto que, ligando-se as universidades ao MINSAP, o governo introduziu o conceito de universalização da docência médica, integrando estudantes

de medicina e enfermagem às unidades assistenciais docentes, permitindo a popularização dos programas de formação dos recursos humanos no âmbito sanitário (OSA, 2011).

Em Cuba, há 25 faculdades de medicina, todas públicas, e uma Escola Latino-Americana de Medicina, na qual estudam estrangeiros de 113 países, inclusive do Brasil. A duração do curso de medicina em Cuba, a exemplo do Brasil, é seis anos em período integral, depois o estudante deve fazer especialização, que dura de três a quatro anos. O currículo para os cursos de medicina é o mesmo para todas as faculdades. Há aulas de ciências biomédicas, ciências sociais, morfofisiológica e interdisciplinaridade. Anatomia patológica, genética médica, microbiologia, parasitologia, semiologia, informática e outras disciplinas. Pelas regras do Ministério da Educação de Cuba, apenas os alunos que obtêm notas consideradas altas, em uma espécie de vestibular e ao longo do ensino secundário, são aceitos nas faculdades de medicina (GIRALDI, 2013).

Com a criação da Constituição da República de Cuba, em 1976, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) ganhou legitimidade, ficando definindo que o Estado garantiria à população o direito aos serviços de saúde pública em todos os níveis de atenção, com propagação de ações de divulgação sanitária e educação para a saúde (CUBA, 1976). Segundo Rocha et al. (2015), sua concepção baseia-se no artigo 50 da constituição, que visa atender às necessidades de saúde da população, sem distinção ou exclusão social.

O Sistema de Saúde Cubano é organizado em três níveis de atenção: Primário, Secundário e Terciário, priorizando, entre os três a Atenção Primária à Saúde, pois tem a prevenção como conceito primordial do sistema sanitário. Para alavancar tudo isso tem como principal proposta o Programa Médico e Enfermeira de Família (PMEF). Este compõe a Equipe Básica de Saúde (EBS), formada por um médico e uma enfermeira, ficando responsáveis por uma população de até 1500 pessoas (DAL PRÁ et al., 2015).

O PMEF deve atuar na docência, assistência, investigação e administração dos serviços e sua atuação está baseada nos eixos estabelecidos na Lei da Saúde Pública nº 41, a qual estabelece, em seu artigo 1º, que os serviços devem garantir ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, restabelecimento da saúde, reabilitação social dos enfermos e assistência social. Responsabiliza-se também, pelo monitoramento e controle epidemiológico da população adstrita e, por isso, está diretamente relacionado ao MINSAP (CUBA, 1983).

Na atenção secundária do SNS, caracterizada por menor cobertura e maior complexidade, e neste eixo estão concentrados os hospitais gerais municipais e provinciais que contam com meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, os quais não são oferecidos

pelos Policlínicos, como laboratórios, ressonância magnética, entre outros. De maneira geral, o segundo nível de complexidade é acessado por aqueles usuários que não tiveram a resolução de seu problema na APS. Já o nível terciário do SNS é composto por Hospitais Nacionais e Institutos e caracteriza-se pela mínima cobertura e complexidade máxima (DAL PRÁ et al., 2015).

Dentre vários sistemas de saúde mundiais, há de que se destacar no SNS a participação da sociedade no que se refere às questões de saúde. Cuba tem como característica singular, a participação popular na sua gestão e na administração dos recursos e serviços de acordo com as necessidades sociais de saúde da população. Cabe destacar, que a administração de todas as estruturas de saúde, desde os consultórios até o MINSAP, é realizada pelos próprios profissionais de saúde em conjunto com os usuários do sistema (DAL PRÁ et al., 2015).

O Sistema de Saúde Cubano é conhecido mundialmente pela sua Cooperação Médica Internacional, imagem de marca do sistema de saúde e do próprio regime, sendo esta concretizada pela colaboração direta de profissionais de Saúde cubanos no estrangeiro e pela formação de profissionais estrangeiros em Cuba e nos seus países. Em 23 de Maio de 1963, com o envio de uma brigada de 55 médicos voluntários para a Argélia, deu-se início a um largo conjunto de colaborações permanentes com o estrangeiro, mas foi em 1960, no Chile, que Cuba principia a colaborar internacionalmente em situações de desastres (MADUREIRA, 2010).

Várias cooperações a outros países, principalmente por motivos de desastres, foram realizadas por Cuba desde a década de 60, como o terremoto no Peru em 1970 com 60.000 mortos. Durante os anos 90 até o ano de 2004, foram tratadas em Cuba, em razão do acidente de Chernobyl, 17.733 crianças. Em 1998 na América Central o Furacão Mitch, causou a morte de 30000 pessoas. Para estes e vários outros países, Cuba enviou equipes medicas. Em Setembro de 2005, após o desastre provocado pelo Furacão Katrina em New Orleans, foi constituído o Contingente “Henry Reeve”, para atender a situações de catástrofe natural e de grandes epidemias. Integrado por 10000 médicos, enfermeiros e finalistas do curso de Medicina, já interveio em várias situações de catástrofe natural, como no devastador terremoto do Haiti em Janeiro 2010 (MADUREIRA, 2010).

Uma das cooperações mais recentes e importantes foi feita com o apoio da OMS, para o combate à epidemia pelo vírus Ebola na África. Em 2014, Cuba enviou mais de 250 profissionais entre médicos e enfermeiros, grupo maior que a soma dos profissionais da Cruz

Vermelha e Médicos sem Fronteiras juntos, e que já estariam atuando na região. A delegação cubana foi a maior entre, os estrangeiros a prestar ajuda nos países africanos, para este fim (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, por demanda de número insuficiente de médicos para atender na Atenção Básica, foi realizada no ano de 2013, a contratação da Cooperativa Internacional de Médicos Cubanos. Após um acordo entre o Ministério da Saúde e a OPAS, a qual mediou a contratação, cerca de 11.429 médicos cubanos vieram prestar serviços ao país, dentro do Programa Mais Médicos.

3.5 De curar indivíduos para suprimir sintomas: construção e conformação da clínica contemporânea

Há uma questão de fundo que nos auxilia a entender uma parte da atual tensão existente no campo da medicina, e resistência, ou baixa aceitação dos médicos formados no Brasil para o trabalho na atenção primária em saúde. Para tanto abordaremos neste capítulo como a Clínica foi historicamente construída até está sua configuração atual, assim como sua relação com as políticas públicas para atenção primária no Brasil. Também vamos trabalhar aqui com o conceito utilizado por Luz (1988), de Racionalidade Científica Moderna (RCM), como sendo “o espírito de uma época”. E vamos estudar esta RCM, a partir da sua historicidade e não dos seus avanços, porque não se trata aqui, de discutir veracidade, mas de compreender o dualismo existente entre os que fazem a clínica da doença e os que ampliam o olhar para as singularidades do doente.

A medicina constituiu-se como ciência na Grécia, há mais de dois mil e quinhentos anos, século V a.C. a partir de quatro grandes escolas, Cnido, Cós, Crotona e Sicília (DURANT, 1943). Antes disso, apresentava-se ligada fortemente à religião, sendo a doença, no geral, considerada um castigo dos deuses e ficando o tratamento dos doentes na responsabilidade dos sacerdotes de Asclépio, deus da Medicina na mitologia Grega ou Romana (LYONS e PETRUCCELLI, 1987; SCLIAR, 2002 apud CAMPOS e BEDRIKOW, 2015). Apontando em seu trabalho apenas as diferenças de métodos clínicos entre as escolas de Cnido e Cós, os pesquisadores, Campos e Bedrikow (2015) expõem que a escola de Cnido, localizada no extremo da península de Datça, atualmente em território Turco, foi um centro de arte e cultura no século IV a.C., onde o método adotado fundamentava-se na classificação das doenças de acordo como os órgãos afetados e sintomas. Considerado como de pensamento

convencional, preocupava-se em classificar e nomear as doenças como entidades independentes do ser humano (DURANT, 1943 apud CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

Já a escola de Cós, localizada em uma ilha Grega, situada ao extremo do mar Egeu, ao lado da costa sudoeste da Turquia, Hipócrates, considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da Medicina, era professor. O papel histórico de Hipócrates e seus seguidores foi o de libertar a medicina tanto da religião quanto da filosofia. Os hipocráticos utilizavam-se de métodos empíricos no manejo dos doentes, detinham-se mais no paciente do que na doença, dando grande importância à observação e anotação dos casos e fatos específicos (DURANT, 1943 apud CAMPOS e BEDRIKOW, 2015). Dessa forma, podemos dizer que as escolas em questão, Cnido e Cós, trabalhavam métodos clínicos distintos na abordagem dos problemas de saúde das pessoas, a primeira enfatizando a doença e a segunda focalizando a experiência com a doença. Podemos inferir que um método centrava-se na doença e um outro no sujeito, e que coexistem de maneira complementar ou contrastante até os dias atuais.

Durante a idade média, entre o século V e XV, os conhecimentos científicos em medicina pouco avançaram, pois havia uma forte influência da Igreja Católica a qual condenava as pesquisas científicas. Toda essa medicina racional explanada no parágrafo anterior foi contida com o avanço do cristianismo e a profunda reorganização social desta época. Com a Idade Moderna e com o Renascimento Cultural, o retorno à racionalidade é reativo ao misticismo medieval e às explicações religiosas e simultaneamente há a introdução do humanismo no lugar do teocentrismo. Neste momento houve grande revolução científica, despertada no século XVI, seguindo para o século seguinte, e resultando no final no século XVIII com a Clínica Moderna. O método Clínico moderno surgiu do desenvolvimento da ciência moderna e sua racionalidade baseada na observação e classificação da natureza. A busca de doenças presente no corpo é apontada pelo filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), como a principal característica da Clínica Moderna (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

E será dentro deste cenário, final do século XVIII, que o aprendizado da Clínica será associado ao hospital. Pois, diferentemente da idéia que se tem hoje do hospital como espaço de cura, da idade média até o final do século XVIII, este era apenas um espaço de assistência aos pobres (FOUCAULT, 1979). A medicina desta época era uma prática não hospitalar, e o hospital cumpria, até o começo do século XVIII, a função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada ao papel de separação dos indivíduos perigosos à saúde geral da população. Religiosos e leigos eram os responsáveis

pelos cuidados prestados aos doentes e dessa forma procuravam assegurar a salvação do pobre no momento da morte, tendo em vista a própria salvação como consequência da caridade realizada. No capítulo “O Nascimento do Hospital”, Foucault (1979) afirma que a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico, e que a cura somente se desenvolveria em forma de uma relação individual entre o médico e o paciente. Passado este momento o hospital converte-se em uma instituição socializante, tornando-se de grande importância no processo de formação dos jovens médicos ao proporcionar contato com o doente. Ele ressalta a importância da inserção no meio hospitalar para criação da identidade profissional, assim como a importância do hospital para a prática da biomedicina. O hospital passa a ser um espaço em que a “verdade” se ensina, impõe-se uma reorganização de sua estrutura. Ainda segundo o autor, a inserção dos corpos em espaço individualizado, classificatório e combinatório. As doenças passam assim a serem classificadas, ordenadas e nomeadas. A partir desse momento em que o hospital começa a conceber-se como espaço de cura e o médico torna-se o principal responsável, aparecendo o personagem do médico no hospital. Até o século XVIII havia o médico de consulta privativa e passa-se agora a existir o grande médico do hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar.

Com o objetivo de explicar como a lógica da racionalidade científica foi constituindo-se ao longo dos séculos e, em especial, a razão médica como responsáveis pelo estilhaçamento também do sujeito que produz conhecimento, Luz (1988) descreve o desenrolar dos acontecimentos que fundamentaram esta lógica desde o Renascimento Cultural até o Período Clássico, apontando o mecanicismo e o organicismo como traços constituintes da RCM, e o período entre os sécs. XVI ao XIX como o palco de transformações da arte de curar doentes ou indivíduos, para uma disciplina das doenças ou dos sintomas.

Para Luz (1997), a RCM, caracteriza-se por um conhecimento classificatório, ordenador e interventor, pois além de observar e explicar a realidade, modela-a. Buscam-se evidências empíricas e significados racionais que possam ordenar a Natureza, dar-lhe sentido. Enfim, é através da observação empírica que a ciência moderna produz verdades.

Estes primeiros traços são perceptíveis no Renascimento, origem da RCM por sua concepção objetivista da natureza e seu método experimentalista e racionalista. A separação entre Deus e o homem é uma primeira característica dessa Racionalidade, a exemplo a dessacralização que nos séculos XVII e XVIII atinge a vida humana, através das dissecação dos cadáveres, desdivinizando-se, dessa forma o corpo humano e o entregando-o à ordem da

racionalidade médica. Mais precisamente, a nova Racionalidade tem na Anatomia, com Leonardo da Vinci (1452-1519) e André Versálio (1514-1564), um momento inaugural, de rompimento com as antigas concepções sobre o organismo humano, instituindo-se assim a moderna Anatomia, uma das pedras angulares da medicina moderna (LUZ, 1988).

Durante o século XVII, a morfologia e o funcionamento do organismo unem-se em termos mecanicistas na Fisiologia, grande corrente da Medicina, vista como ciência das espécies mórbidas que podem danificar a máquina humana. O homem, visto como um autômato superior, faz parte do imaginário médico da grande “engenharia” proveniente do Renascimento, enquanto gravuras e desenhos do final do século XVI ilustram articulações, próteses, máscaras de madeira, couro ou ferro, sugerindo uma mecanização do corpo, destinada a consertar, ou ortopedizar partes (ou “peças”) danificadas pelas doenças e pelas guerras. “A cirurgia militar tem, não por acaso, um grande avanço nessa época”, e o cirurgião Ambroise Paré, é o exemplo mais célebre pelo desenvolvimento de próteses. O mecanicismo será traço constitutivo da racionalidade médica moderna (LUZ, 1988, p. 84).

Fernel (1505-1588), “clínico de talento”, em conjunto com outros médicos de sua época, esforça-se por isolar e individualizar as doenças, as febres, as erupções e etc., e dando início ao sistema classificatório de doenças na Patologia. Contudo, este sistema terá como consequência a nível do saber, transformar a medicina em um discurso disciplinar sobre a doença, ao invés de teorizar sobre saúde. A medicina tematizará cada vez mais as entidades mórbidas. Os clínicos procuraram nos leitos dos doentes, ou no microscópio do século XVII, as evidências que apontam para esta ou aquela doença. A patologia, que antes auxiliaria na clínica das doenças, converte-se em patologia clínica, tendo sobre a prática clínica a liderança da teoria, e o privilégio da ciência sobre a arte. Assim, o corpo se torna sede das doenças, e as doenças entidades patológicas (LUZ, 1988).

Para combater estas entidades, a medicina alia-se cada vez mais ao remédio, insistindo na intervenção medicamentosa como forma de derrotar a doença. Avanços na botânica, na química e outro serão organizados pelo saber médico no sentido de experimentação nos doentes, de ervas, tinturas, metais e minerais, que aos poucos iram formando o grande conjunto das drogas farmacêuticas que se constrói durante a época clássica, sobretudo no século XVIII. Torna-se importante conhecer as substâncias capazes de aniquilar as enfermidades, sobretudo as endêmicas e epidêmicas durante a Idade Moderna. Assim, progressivamente, o medicamento ganha um papel privilegiado na intervenção médica, contrariamente a uma visão hipocrática da clínica (LUZ, 1988). Este cenário nos

facilita compreender a arraigada medicalização da saúde nos dias atuais. Que consiste em práticas que proporcionam o aumento da utilização dos medicamentos e dos equipamentos em detrimento das ações preventivas em saúde, levando a saúde a ser percebida como um bem a ser consumido pela população.

O processo de medicalização fundamenta-se no modelo biomédico, sendo entendida a biomedicina, como uma medicina científica contemporânea, a qual tem uma percepção mecânica do corpo humano, representado por um acúmulo de partes, como uma máquina. Tal representação insinua que a interpretação da enfermidade deve ser fundamentada na relação de causa e efeito, sem considerar elementos políticos, sociais, econômicos e ambientais, inseparáveis desse conjunto. Assim, a medicalização colabora para tornar mais legítimo o conhecimento médico e, como resultado, o controle social que a medicina moderna imprime sobre os corpos.

Em sua discussão, Luz (1988, p. 26) expõe que a ruptura mais significativa é o fragmentação do próprio sujeito em inúmeros compartimentos. A razão converte-se em domínio da ciência; as paixões, da moral (ética) e da política; os sentimentos e os sentidos, das artes (estética). “Esta compartimentação terá o efeito de ‘negar’ socialmente o sujeito humano e de ‘neutralizá-lo’ epistemologicamente, criando condições históricas para torná-lo, como a natureza, objeto de ciência, [...] ‘coisa passível de intervenção’”.

Dando continuidade a construção da razão médica historicamente, entra a cirurgia na segunda metade do século XIX, trazendo contribuições para a concepção anatômica da doença. Antes disso, até o final do século XVIII, e ainda na primeira metade do século XIX, esta ainda faz parte das Artes Médicas. Mas não ainda das disciplinas das doenças, onde traz a vantagem de apresentar elementos de conhecimento da doença e de sua localização no organismo vivo, diferentemente da anatomia patológica, realizada em cadáveres (LUZ, 1988).

Dessa forma, à observação, a descrição e classificação, adicionada a busca de causa eficientes das doenças no corpo humano constituem o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna. A medicina vai tornando-se uma “ciência das doenças”, vivendo da morte, não dando importância às questões da vida, em termos teóricos do saber e da prática clínica, e conseqüentemente passará a ver na observação de indivíduos doentes, homens vivos, uma fonte de confusão e de desconhecimento (LUZ, 1988). O foco da intervenção médica volta-se, cada vez mais, para o corpo individual, contribuindo para a construção do indivíduo moderno, fazendo crescer também o poder médico alcançado neste

período, o qual estende-se até os dias atuais, ocupando-se apenas do orgânico devido a toda essa tradição secular.

Portanto, as disciplinas das doenças, através das categorias de: doenças, entidades mórbidas, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, tornam-se parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Excluindo, por outro lado, questões tematizáveis à vida, à saúde, à cura. Passando a saúde a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de doença, e a cura, passando a ser vista pela cessação dos sintomas. Dessa forma, onde a doença é eliminada do corpo, é legitimada a saúde na medicina moderna. Consequentemente a este cenário, o comportamento médico foi convertendo-se até ao papel de um observador neutro, com a atenção voltada para doença e seus múltiplos disfarces (CRUZ et al., 2013).

O entendimento da saúde como ausência de doença, mostra na formação médica a sua configuração. Um importante ordenador para este modelo de formação foi a proposta de Abraham Flexner que, em 1910 publicou o estudo *Medical Education in the United States and Canada – “A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*, conhecido como Relatório Flexner, onde discutia sobre educação médica. Tal relatório propôs uma reforma do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá e provocou vastas implicações na formação médica e medicina mundial. O estudo colocava que o ciclo clínico deveria ser realizado em hospitais e centrado na doença, de forma individual, sendo que as áreas sociais e o coletivo, não eram considerados na educação médica, apresentando-se o hospital como principal instituição de transmissão de conhecimentos. O modelo flexneriano é portanto, biomédico, centrado na doença e no hospital, reservando pequeno espaço, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde (PAGLIOSA e ROS, 2008).

No Brasil, a influência do modelo biomédico deu-se a partir dos anos 50, sendo implantado no país a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar. A Biomedicina, que valoriza a tecnologia dura em detrimento das leves (relação médico-paciente) e que tem custo elevado, tornou-se, dessa forma, o modelo hegemônico no Brasil e em vários outros países (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015). A Vigência do Relatório Flexner por mais de 100 anos, influenciou a ciência moderna nos currículos das escolas de saúde. Seu lugar privilegiado foi a universidade, contudo, os novos desafios da saúde colocaram em xeque o modelo flexneriano de ensino das profissões de saúde (ALMEIDA FILHO, 2010). Tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população e dele resultam sérias

falhas estruturais do sistema de formação em saúde. A educação profissional flexneriana não é coerente com os desafios atuais porque é fragmentada, voltada para realidades demográfica e epidemiológica passadas e propiciada por currículos estáticos que não formam graduados para superar os problemas contemporâneos (MENDES, 2012).

Com o passar dos anos, não houve equivalência na melhoria dos níveis de saúde e acesso por parte da população aos serviços e tecnologias, apesar dos elevados investimentos com a saúde. Esse desafio, comum a vários países ocidentais, desencadeou um movimento de busca por modelos de atenção capazes de alcançar “saúde para todos até o ano 2000”, de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde, cujos princípios foram enunciados na Conferência de Alma. A partir de então, vários países reorientaram a organização de seus sistemas de saúde com objetivo de fortalecer a atenção primária, enfatizando-se a prevenção, a promoção, a participação comunitária e o conceito de que o processo de saúde doença perpassa por fatores biopsicossociais. E é dentro desse contexto que experiências como a Medicina Comunitária, as Ações Programáticas de Saúde, os Sistemas Locais de Saúde e o Programa de Saúde da Família tornaram-se realidade, repercutindo inclusive, com a criação do Sistema Único de Saúde na década de 90 (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

É nessa década que nasce o PSF e que logo tornou-se estratégia estruturante da atenção primária do Brasil. Ao tomar a família como unidade de trabalho o agora, Estratégia de Saúde da Família aponta novos desafios, diferentes dos relacionados a clínica tradicional, cuja a unidade de trabalho é o indivíduo isolado, ou a saúde pública que se ocupa da população como todo (MARSIGLIA, 2007). Essa “nova” unidade de trabalho requisitaria habilidades diferenciadas dos profissionais de saúde. Com isso veio a discussão sobre qual seria o perfil mais adequado ao médico que compusesse uma equipe de saúde da família. Sendo apontado pela Confederação Ibero Americana de Medicina Familiar (CIMF) a disciplina Medicina de Família e Comunidade com melhor capacidade para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde. Condizente a CIMF, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), considera o médico de família e comunidade o especialista que atende o enfermo de forma integral, contínua, no âmbito familiar, considerando o contexto biológico, psicológico, social e espiritual, reconhecendo que a enfermidade está ligada à personalidade e experiência de vida da pessoa, considerando também a singularidade de cada indivíduo, família ou comunidade (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

A CNRM, entende que cabe ao médico de família e comunidade uma abordagem biossocial do processo de saúde-adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo, priorizando a prática centrada na pessoa, na relação médico – paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção (BRASIL, 2003).

O resgate histórico feito nos parágrafos anteriores, nos permite compreender como o método clínico da Clínica Moderna estruturou o modo de pensar e agir dos médicos nos últimos dois séculos, consistindo, a clínica, em buscar a doença presente no doente, valendo-se da anamnese, exame físico e exames complementares dirigidos a sinais e sintomas que permitam encontrar um nome, o da doença. E colocando esta em separado do doente, apartado este de, suas singularidades desprezadas, para que não atrapalhassem a concretude da doença na sua essência (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

O modelo biomédico trouxe grandes contribuições e avanços para ciência médica, mostrando eficácia em diversas situações, além de mostrar-se compatível com o modelo capitalista da atualidade. Porém revela-se frágil, ou insuficiente, para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos. Essa fragilidade aparece comumente na atenção primária, onde as demandas rebeldes, recusam-se a encaixar-se em diagnósticos conhecidos. Se para estabelecer um diagnóstico, basta entender a etiologia e definir o tratamento, nesse nível de atenção, é comum o profissional de saúde deparar-se com situações que não condizem com nenhuma doença conhecida, desafiando dessa forma o paradigma da Ciência Moderna (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

Marco (2003) explica que o avanço tecnológico da medicina e o aumento da oferta das mais variadas especializações, embora tenham aumentado os recursos diagnósticos e terapêuticos, contribuíram para criar o equivoco de que seria possível “curar doentes” sem o contato mais próximo com a pessoa que adocece. Evidentemente que, sendo o homem como um ser biopsicossocial, há que se levar em conta outros aspectos que estão envolvidos nas causas, manifestações, curso e evolução da saúde e também das doenças. Fazendo-se necessário que se volte tanto para o desempenho clínico quanto para as habilidades de comunicação.

Provavelmente, o fato de a Clínica Moderna apresentar-se de maneira hegemônica no exercício da medicina, explica-se pela continuidade da soberania do paradigma positivista competente a solução de uma série de problemas de uma sociedade moderna ocidental que acredita no poder científico como caminho para o progresso. Para Luz (1988), o principal

dogma dessa racionalidade moderna é considerar a ciência como único caminho para a verdade.

Podemos perceber que a solidez dessa forma de pensar concretizou-se ao longo da história. Em seu trabalho sobre a Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina, Bonet (1999), coloca que a partir da nova concepção de corpo abre-se um caminho para uma biologia e uma medicina positiva, e com isso a instituição de um dualismo entre o corpo e a mente que representará o material, mensurável e objetivável, e o homem, associado ao espiritual, social e psicológico. O autor afirma que nesse dualismo existe uma hierarquia, e que para a biomedicina o valor está nas profundidades do mensuráveis do corpo anatomizado, sendo essa valoração iniciada com as primeiras dissecações oficiais, século XIV, em universidades italianas, ainda controladas pela igreja.

Em reafirmação a esta realidade, recentemente, a Medicina Baseada em Evidências, movimento médico que se baseia na aplicação do método científico a toda a prática médica, veio fortalecer o mesmo paradigma por meio de estudos de Epidemiologia Clínica, apoiadas pela Bioestatística e Informática Médica (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

Contudo alguns movimentos contrários à medicina positiva vêm resgatando características deixadas de lado pela Clínica Moderna, como, o sujeito e sua singularidade, subjetividade, história de vida, protagonismo e capacidade de escolha. Entre estes a Reabilitação Psicossocial, o qual contrapõe-se à positividade do saber psiquiátrico, dando maior valor ao doente do que a doença. Tal movimento possibilitou aos doentes mentais retornarem ao convívio social, frequentando Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em oposição a permanecerem internados em hospitais psiquiátricos. Um outro movimento foi a Medicina Centrada na Pessoa, valorizando a experiência com a doença, enfatizando a maneira singular como cada pessoa é afetada. E também a Clínica Ampliada e Compartilhada, que introduziu em sua racionalidade a singularidade das pessoas e a co-construção do cuidado. Um dos indicativos de que a clínica voltada para o sujeito ganhou espaço nos últimos anos é a sua presença no relatório anual da Organização Mundial de Saúde de 2008, ainda que limitada à Medicina Centrada na Pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Supõe-se que o fato de ser citada no relatório, deva-se à influência norte-americana, pois tal modelo desenvolveu-se no Canadá. Diferente da Clínica Ampliada e Compartilhada que apresenta menos penetrabilidade internacional em virtude, talvez, de sua origem brasileira. Porém as duas têm dividido espaço nas publicações brasileiras (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

Observando os últimos dois parágrafos acima, percebe-se uma dualidade na maneira de conceber a Clínica, onde uma se limita ao método empírico classificatório e raciocínio fisiopatológico, para diagnosticar “qual a patologia”, e uma outra que se interessa pelo sujeito, não restringindo-se apenas às doenças. Este contexto nos permite inferir certa semelhança com a dicotomia colocada no início desse capítulo, entre a escola de Cnido voltada para a doença e a de Cós que atribuía maior importância a experiência que o indivíduo possuía com a doença (CAMPOS e BEDRIKOW, 2015).

Em um estudo onde os objetivos foram buscar saber o que dizem os documentos oficiais a respeito da clínica que deve ser praticada no âmbito da Atenção Básica no Brasil, realizado pelos autores Campos e Bedrikow (2015), foi visto que há uma presença marcante da Clínica Moderna, principalmente nas partes que versam sobre atribuições dos profissionais, aparecendo a Medicina Centrada na Pessoa e Clínica Ampliada e Compartilhada como coadjuvantes à clínica da doença, apresentando-se em alguns documentos apenas como intenções de mudança de modelo, mas não mostrando como deveriam ser exercidas. Esse mesmo estudo traz em suas conclusões que a Clínica centrada no sujeito, na forma como se apresenta nos cadernos da Atenção Básica, parece estar sob subjugação da clínica da doença, parecendo não ter força diante da clínica da doença.

Fruto de um processo histórico que ligou transformações epistemológicas e sociais ao longo do tempo, a clínica contemporânea, está imersa em ideais clássicos da Grécia antiga, os quais foram desprezados durante a idade média e resgatados no Renascimento, sendo seguidamente reafirmados com o empirismo da ciência moderna e a tecnologia vinda após a Revolução Industrial. Tal clínica vem sendo questionada por teorias contra-hegemônicas que admitem a singularidade do paciente, tão esquecida na clínica moderna. Contudo, os parágrafos descritos acima mostram que ainda há de se caminhar muito para que se empodere a Clínica que valoriza o doente além da doença, ou pelo menos encontrar um ponto de equilíbrio entre ambas as clínicas.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo do estudo

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa, exploratória de natureza descritiva, analítica. Em segundo Minayo (2007), ocorre à busca pela compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos. Procura-se enumerar ou medir os eventos estudados, não empregando instrumental estatístico na análise dos dados, mas envolvendo a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Minayo e Minayo (2001) consideram que os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o “significado e a intencionalidade” inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem do objeto, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, e também, o potencial criativo do pesquisador. Neste sentido, a pesquisa qualitativa gera dados ricos e descritivos e promove a sensibilidade aumentada às experiências de saúde dos outros (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

O estudo descritivo tem como proposta a descrição sistemática de um fenômeno, população ou campo de interesse, de forma objetiva e detalhada (GIL, 2006). É mais indicado quando se busca estudar as características de um grupo, utilizando-se a distribuição destas características e estabelecendo uma relação entre suas variáveis.

No que se refere aos estudos exploratórios, os mesmos permitem ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um determinado objeto, contribuindo para que outros problemas de pesquisa sejam levantados (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde UBS, do município São José de Ribamar, cujo território é de 338,37 km², ficando localizado a 30 km de distância da capital São Luís. Tem como municípios limítrofes Paço do Lumiar e Raposa, e abriga uma população estimada em 167.714 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Em relação à atenção a saúde, município de São José de Ribamar está dividido e organizado em seis regiões, comportando, UBS, centro de saúde, centro de especialidades, hospital e maternidade.

No âmbito da Atenção Básica em Saúde, o município possui 24 UBS, 30 equipes de PSF e 193 de agentes comunitários de saúde, duas equipes do Programa melhor em casa, um núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF), com cobertura de oito equipes ESF, acompanhamento do Programa Bolsa Família e Saúde na Escola. Tudo isso implica em 52,92 % de cobertura para o município. Participam deste cenário, pelo Programa Mais Médicos, treze profissionais, sendo que destes, seis são brasileiros e dentre estes apenas um não possui CRM, dois são estrangeiros e cinco cooperados. Com exceção dos médicos brasileiros, os demais estão distribuídos em seis UBS, das quais quatro foram visitadas para realização das entrevistas segundo os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

Para essa pesquisa foram considerados como sujeitos de estudo os usuários atendidos por profissionais que estejam inseridos no Programa Mais Médicos.

4.3.1 Critérios de inclusão

- a) Usuários que tenham sido atendidos por profissionais do Programa Mais Médicos, estrangeiros ou cooperados, e que tenham por língua mãe o espanhol;
- b) Maiores de 18 anos;
- c) Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Resolução 466/12.

4.3.2 Critérios de exclusão

Usuários que não tenham capacidade cognitiva para se comunicar.

4.4 Técnica e instrumento de coleta de dados

Para um melhor entendimento da realidade do local de estudo foi realizada anteriormente à entrevista, a observação participante com elaboração de diário de campo. A observação participante permite a compreensão da realidade, pois o pesquisador mantém uma relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa (MINAYO, 2004a).

Foram 18 horas de observação participante, durante os meses de junho de 2015 a outubro de 2015. A observação participante teve como base um roteiro de análise registrado em diário de campo.

Foi utilizada a entrevista estruturada (dados sócios demográficos) e a semiestruturada (inclui histórias de vida) para coleta de dados empíricos (APÊNDICES A e B). Os pacientes foram entrevistados individualmente, nas salas de consulta ou de reuniões das UBS. A entrevista semiestruturada está focalizada em um roteiro de perguntas principais complementadas por outras questões se por algum motivo estas surgirem no momento da entrevista (MANZINI, 2004). As questões apresentadas orientaram a entrevista. Todos os dados coletados foram gravados e transcritos pela mestranda.

4.5 Análise dos dados

Os conteúdos transcritos foram analisados ao longo da coleta e baseados na metodologia de Análise de Conteúdo, modalidade análise temática. Ao utilizar esse tipo de análise pode-se identificar os núcleos de sentido presentes nas falas dos sujeitos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2012). Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos (GOLDEMBERG, 2013).

A análise de conteúdo é entendida por Caregnato e Mutti (2006, p. 682) como uma “técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto

social”. Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Para isso, a Análise do Conteúdo conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa os dados obtidos são organizados para uma análise profunda, realizando-se uma leitura flutuante do conjunto das comunicações. Na segunda etapa, são verificadas as categorias, que são palavras ou expressões significativas que irão organizar o conteúdo das falas e dos registros. Na última etapa, a partir da organização dos dados, são realizadas as interpretações, procurando os significados e as inter-relações com a teoria (MINAYO, 2004b). Ainda nessa etapa trabalha-se com a triangulação, ou seja, com a combinação de metodologias diversas no estudo do mesmo fenômeno com o objetivo de abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo (GOLDENBERG, 2013).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma com o número de parecer: 1.009.517. Antes de iniciarmos as entrevistas os informantes receberam informações sobre as razões do estudo e seus procedimentos metodológicos. Aos participantes do estudo foi garantido o direito de interrupção da participação a qualquer momento, o acesso aos resultados e o sigilo sobre os mesmos. Além disso, foram explicitados os benefícios e riscos do estudo. Após os 16 pacientes aceitarem participar da pesquisa, eles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) de acordo com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição dos dados empíricos

As entrevistas foram realizadas nas UBS, antes ou após as consultas, com exceção de um dos pacientes, o qual foi entrevistado em sua residência.

O grupo de entrevistado é um grupo adulto (9/16) entre 18 a 49 anos, e 7 entre 50 a 69 anos. A maior parte se auto declara da cor parda (12/16), e 4 como sendo da cor branca. Em relação ao sexo, são 12 mulheres e 4 homens. No que diz respeito ao estado civil, há uma definição equivalente entre “outro” e união consensual, os quais constituem no grupo (7/16). Entre os demais temos 6 casados, 1 solteiro, 1 viúvo e 1 divorciado (tabela 3).

A maior parte dos entrevistados tem entre 1 e 3 filhos 10/16. A escolaridade dominante é o fundamental 9/16, destes apenas 3 possuem nível fundamental completo, 2 nível médio incompleto e 5 nível médio completo. Quanto ao local de residência, metade reside na Zona Urbana e a outra metade na Zona Rural do município de São José de Ribamar. Quatro dos entrevistados informaram ter procurado a UBS de maneira espontânea, por não estarem se sentindo bem de saúde. Os outros quatro relataram estar ali, devido às consultas anteriormente agendadas pelo Programa Hiperdia, o qual é destinado ao acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos (tabela 3).

Tabela 3 - Dados sócio demográficos da entrevista semiestruturada

PACIENTES ENTREVISTADOS					
Idade	18 - 49 9	50 - 69 7			
Cor	Parda 12	Branca 4			
Sexo	Mulheres 12	Homens 4			
Estado civil	Casado 6	Solteiro 1	Separado 1	Viúvo 1	União Consensual 7
Filhos	1-3 filhos 10	Mais de 4 filhos 5			
Escolaridade	Fundamental Completo 3	Fundamental Incompleto 6	Médio Completo 5	Médio Incompleto 2	
Endereço	Zona Urbana 8	Zona Rural 8			
Religião	Católicos 12	Evangélicos 3	Sem religião definida 1		

5.1.1 A consulta médica na unidade básica de saúde: qualidade e acolhimento

Em relação aos motivos que os levaram a procurar pela UBS, metade destes (8/16), relataram que se sentiram mal em relação à saúde. E a outra metade referiu estar ali para o acompanhamento mensal, que é feito para os pacientes que participam do Hiperdia.

Vim por que eu tô sentindo uma dor pesada na minha cabeça quando amanhece o dia, aí eu pedi pra agente de saúde medir a minha pressão que deu 11 por 18 e eu achei que tinha alguma coisa errada. (E2).

“Ah, diabetes, pressão alta...ah, um bando de coisa, pode anotar aí que dá umas dez coisas... risos... dor no corpo, fraqueza, essas coisas que a gente sente mesmo da própria doença. Aí a minha consulta é mês a mês.” (E5).

A maior parte dos entrevistados 13/16 não teve dificuldade em marcar suas consultas que foram agendadas pelos agentes de saúde. Outros dois tiveram que se dirigir à UBS para marcar, apenas um usuário relata ser muito difícil conseguir uma consulta, e que somente conseguiu pela desistência de um outro paciente.

“Foi a agente de saúde! Também é ótima comigo, quê quando eu comecei a sentir as coisas ela entrou rápido com o tratamento comigo...” (E1).

“Minha esposa falou com a Enfermeira Coordenadora. Aí foi que ela conseguiu uma vaga por que faltou uma pessoa, então Deus me conseguiu me colocar lá.” (E7).

Há exemplo das visitas feitas nas UBS, percebemos que grande parte das consultas tinham duração em média de quinze minutos e que os pacientes saíam da sala com ar de satisfação pelo atendimento (Diário de Campo).

A maioria dos entrevistados (13/16) relata que o profissional que lhes atendeu é estrangeiro. Porém um número menor (9/16) caracterizam sua nacionalidade, como Cubanos. Há quem (1/16) afirme que o médico é de algum país cuja língua mãe seja o inglês. Outros (3/16) tem dúvida entre México ou Cuba, como país de origem do médico que lhe atendeu. E (3/16) não sabem referenciar.

“Ah, dra. Edilha, Adilha, ...não é daqui do Brasil não... é Cubana. Acho que tá quase com um ano que eu me consulto com ela.” (E8).

“Tirando assim a parte que agente não entende a voz, né, por que é inglês.” (E2).

“De primeiro era brasileiro, agora é estrangeiro... é do México ou é cubana, doutora ... agora me passou um branco.” (E5).

“Não, não é daqui do Brasil não. Até o jeito de falar dela é totalmente diferente.” (E7).

Quanto ao exame físico, (15/16) pacientes disseram que os médicos realizam o exame físico conforme a suas queixas. Apenas um relatou que não houve exame físico.

“Se surgir algum problema, algum cansaço ou alguma coisa, ela bota uns aparelhos, bota no ouvido, manda eu respirar bem fundo.” (E3).

“Não, sobre examinar ela não me examinou, só perguntou onde era a dor. Ela não chegou e examinou onde é que era, nada.” (E7).

Onze dos dezesseis pacientes, falam sobre solicitações de exames de imagem e/ou laboratorial, destes oito pagaram a laboratórios particulares para realização dos exames, alegando dificuldades: tempo de espera longo, para realizar o exame e também para receber o resultado. Os outros dois confirmam as colocações acima, com suas experiências de terem feito os exames pelo posto ou estar esperando para fazer.

“Vou fazer particular por que é mais rápido pra gente ficar assim esperando pelo posto, custa.” (E2).

“Ela me passou um raio X, que foi uma luta pra marcar e quase três meses pra receber o resultado.” (E7).

5.1.2 Médico x paciente: há comunicação?

Em relação ao entendimento sobre a fala dos profissionais que os assistem, 10/16 fizeram a observação de que sentem dificuldade de compreender em alguns momentos, mas que ao final da consulta acabam entendendo. Relatam também que os médicos já melhoraram o português, ao longo de um ano. Um número menor 6/16 afirmou não ter dificuldade nenhuma, mas que já ouviram algumas pessoas afirmando que não entendiam nada do que os médicos falavam ou que eles falavam errado, e por isso pediam ajuda para alguém fazê-los entender.

“Às vezes agente não entende muito o que ele fala, mas eu acho que ele melhorou mais um pouco a fala dele, da primeira consulta pra cá. Acho que é do convívio com as pessoas brasileiras, né.” (E3).

“Não, Não. Eu entendi tudinho! Mas tem muita gente que consulta com ela e que não entende o que ela fala, né. Eu já ouvi umas duas pessoas dizer assim: ...ah eu não entendo o que essa doutora fala, ela fala enrolado.” (E7).

Quando questionados sobre qual a atitude que tomavam, quando não conseguiam compreender a fala do médico, a maior parte (10/16) responde que, dizem ao médico que não estão entendendo, e ele fala novamente. Apenas solicitou as orientações por escrito, e uma outra pediu ajuda para enfermeira “traduzir”, uma terceira disse que a médica mesmo, teve a iniciativa de “se fazer entender”.

“Ai eu digo pra ele que eu não entendi direito e ele torna a explicar, ai agente entende.” (E3).

“Eu também não sou besta, eu digo, anote aqui que em casa meus fi me expriçá, como é que eu tomo o remédio e como é que eu não tomo.” (E1).

“Aí ele pediu pa menina lá, a Enfermeira Chefe, pra ir lá traduzir pra ele, por que ele num tava entendendo de jeito nenhum o que ela tava perguntando pra ele.” (E7).

“Então quando ela começa a atender agente ela diz assim: Eu vou falar pausadamente, se você não tiver me entendendo, fale pra mim, que eu repito.” (E4).

5.1.3 Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom

Quando perguntados sobre a maneira como os profissionais lhes receberam para a consulta, quase a totalidade (12/16), disse que foi bem recebida. Um afirmou que o médico o recebeu de forma educada e um último relatou que foi recebido de forma demorada por que o médico “atendia bem”. Além do mais todos descreveram características positivas sobre o atendimento.

“Ah, recebeu bem, graças à Deus né...assim, logo na chegada deu bom dia e tal, perguntou “o que passa” né, que é a linguagem que pra gente aqui é perguntar o que você tá sentindo, né, o quê é, que você tem, aí eu falei pra ela.” (E7).

“Recebe bem, muito bem, agradavelmente mesmo, conversa, explica tudo... realmente o atendimento é ótimo.” (E6).

“O atendimento dela é demorado, por que atende muito bem.” (E4).

“Ela pergunta se tu tá sentido dor aonde? Tu tá aqui por quê? Depois que ela te escuta tudinho ai é que ela começa a escrever.” (E4).

“Ela pergunta o que você tá sentindo e você vai contando, ela vai te explicando, ela conversa bastante com o paciente.” (E6).

“Deu espaço pra eu falar o que eu tarra sentindo, aí eu falei da situação, no que eu tava sentindo. Sobre muitos médicos ela que me deu mais atenção.” (E7).

Os médicos cubanos cumprem carga horária de 32h e a maioria deles realizam suas refeições de almoço na própria UBS juntamente com outros funcionários (Diário de campo).

Sobre o Programa Mais Médicos, do Governo Federal, 6/16 diz ter ouvido falar na TV ou rádio, e os restantes referem alguma coisa vaga sobre a contratação de mais médicos, mas não é o conhecimento do programa do Governo Federal.

“Já, eu já ouvi falar, apareceu na televisão alguns médicos.... só isso que eu já vi.” (E3).

“O que eu ouvi, é que, esse programa visa suprir a necessidade de onde tiver faltando profissionais.” (E4).

“O que agente sabe, acho que é o que todo mundo sabe, que veio pra melhorar mais um pouco a saúde dos brasileiros né, por que tava faltando médico nos postos de saúde e hospitais e então o governo adaptou para ver se desafogava mais esses montes de pessoas que estão nos postos.” (E6).

5.2 Análise dos dados

5.2.1 A consulta médica na unidade básica de saúde: qualidade e acolhimento

O grupo que procura a UBS para consulta é feminino, com idade entre 33 e 68 anos, auto referindo-se como de cor parda (incluímos nesta categoria os auto – considerados “morenos”). Percebe-se um maior numero de filhos na faixa etária entre 40 e 60 anos, o que significa que nasceram nos anos 50’ e 70’, onde a discussão sobre anticoncepcionais, e acesso a eles, não era ampliada e facilitada. Nos grupos etários mais jovens a média é de 2 a 3 filhos, entretanto ainda maior que a média nacional de 1,7 filhos por mãe (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Vale registrar que o grupo procura a consulta na UBS, já apresentando sintomas de HAS ou com quadro clínico claro de *diabetes mellitus* instalada e com sintomas auto percebidos. Este registro aponta as precárias ações de promoção da saúde e de prevenção de

doenças, que são constituintes da política da ação básica em saúde e que, de fato, são as ações que mais qualificam e diferenciam este nível de atenção. A precariedade na assistência a saúde fica dramatizada quando há necessidade de ingerir urina para confirmar a presença de glicose:

“Eu vim porque eu adoeci, tava muito magra, com as pernas fracas. Um dia experimentei a minha urina e vi que tava doce... aí quando foi na consulta, a doutora disse que eu tava diabética.” (E1).

“Eu vim por que tem é dia, que tô sentindo uma dor pesada na minha cabeça quando amanhece o dia, aí eu pedi pra agente de saúde medir a minha pressão que deu 11 por 18 e eu achei que tinha alguma coisa errada e vim.” (E2).

A Política Nacional de Atenção Básica, coloca que as equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde devem atuar com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e também na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2012a).

Os entrevistados afirmam que marcar uma consulta médica, diferente de antes, tornou-se possível e menos demorado, com a chegada dos “novos médicos”. A consulta é agendada pela agente de saúde, que por vez pode ser acessada pelo celular, mudando a rotina de sofrimento das longas filas na madrugada, para conseguirem uma senha de consulta médica, que nem sempre acontecia devido à grande demanda de pacientes.

“Antes do programa era mais difícil marcar uma consulta, era difícil conseguir, por que era mais gente. Tinha que vim aqui no posto marcar. Agora não, de uns tempos pra cá é a Agente de Saúde que marca, né.” (E8).

“A agente de saúde é quem marca. Eu pedi ontem, e ela marcou pra hoje, antes demorava mais pra conseguir se consultar.” (E2).

Em um estudo sobre a Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos em um município no nordeste do Brasil, Silva et al. (2016) expõe que os usuários referem maior acesso à consulta médica e redução do tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta, que antes chegava a durar meses. Referem também que os médicos estão mais presentes nas UBS e, por isso, diferenciam-se dos anteriores.

Em seu artigo Laboissière (2014) descreve que após um ano de lançamento do Programa Mais Médico, os números da ministério da saúde indicavam que 14,4 mil profissionais já encontravam-se distribuídos em 3,7 mil municípios e em 34 tribos indígenas. Sendo 75% destes alocados em áreas de grande vulnerabilidade social. No PMM, os médicos

devem dedicar 32 horas de sua semana para atividade da APS e oito horas para estudos teórico (OLIVEIRA et al., 2015).

Entretanto, apesar desta nova configuração quantitativa de mais profissionais médicos para o atendimento, persiste deficitária a autoeducação em saúde, também constitutiva da APS como conceito. Existem vários exemplos de pacientes que negligenciam e/ou subestimam, o seu estado de saúde, faltando às consultas agendadas e retornando meses depois com agravos expressivos, decorrentes da hipertensão ou diabetes mellitus, exemplo de patologias que fazem parte do conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), hoje responsáveis por aproximadamente 74% das mortes no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A população em geral parece ser sensível apenas à exuberância de sintomas, não tendo conhecimento suficiente para atentar às fases silenciosas, tanto da hipertensão quanto do diabetes.

Esta “desvalorização do silêncio dos sintomas”, segue desafiando a APS, e produzindo forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, com incapacidade física, absenteísmo no trabalho, morte prematura, e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e. Essa nova realidade de haver mais consultas médicas, ressalta, até contraditoriamente, o fato de que para, a APS de qualidade, o quantitativo de médicos é importante mas está distante de resolver a questão: é preciso que as consultas médicas e outras consultas produzam também o desenvolvimento da consciência sanitária, e a autonomia dos pacientes no autocuidado com a saúde.

“Minha consulta é mês a mês, já saio daqui com ela marcada... Ah... mas tem dia que eu falho, as vezes eu passo é de dois meses sem vim...ai quando eu chego a médica “fala” (reclama), por eu venho sentindo as coisas” (complicações decorrentes da hipertensão e diabetes)” (E3).

O grupo entrevistado relata com certa admiração, ter sido bem recebido pelos profissionais do Programa. Referindo que houve diálogo entre eles, que lhes foi dada oportunidade e tempo, para expressarem suas queixas e serem ouvidos com atenção. E apontam as referidas qualidades, como sendo raras entre os profissionais médicos brasileiros:

“Ah, recebeu bem, graças à Deus né...assim, logo na chegada deu bom dia e tal, perguntou ‘o que passa’ né, que é a linguagem que pra gente aqui é pergunta o que você tá sentindo, né. Deu espaço pra eu falar o que eu tava sentindo. Sobre muitos médicos (brasileiros), ela que me deu mais atenção” (E6).

“Ela fica me escutando pra depois ela escrever lá no papel, por que tem médico que a gente tá falando e ele já tá logo escrevendo ali, não tá nem prestando atenção no que a gente fala direito já dá logo, as vez já passa logo a receita ali e pronto” (E14)

“Me recebeu muito bem! Ele olha pra gente...ele conversa com o paciente, não tem esse negocio de ficar só de cabeça baixa escrevendo... ele escuta a gente bacana...Por que tem médico que a pessoa chega pra consultar e ele nem dá atenção, ela não, ele dá atenção pra gente, não tem esse negocio de ficar só anotando, anotando, como muitos que eu já consultei” (E3).

Em afirmação ao percebido nas falas acima, um estudo sobre a satisfação dos usuários e a responsividade dos serviços em 32 municípios de diferentes regiões do país, participantes do PMM, mostrou elevada satisfação dos entrevistados no que concerne ao atendimento médico e à relação médico paciente (COMES et al., 2016a).

Em outra pesquisa realizada por Comes et al. (2016b), onde as entrevistas foram respondidas por profissionais diversos que compunham as equipes de Equipes de Saúde da Família (EqSF), as quais 78% destas receberam médicos de nacionalidade cubana. Ficou evidenciado o compromisso com a consulta em relação ao tempo, ao exame detalhado, ao olhar nos olhos do paciente e à confiança. Os autores enfatizam que as características do atendimento explicitado pelos entrevistados, mostram-se diferente da perspectiva biomédica que sugere um relacionamento impessoal no processo saúde-doença-atenção.

No que diz respeito aos exames físicos, (15/16) disseram que os médicos realizaram, sempre que referiram alguma queixa. Destes, dois afirmaram que além do exame físico, o médico se preocupava com o estado emocional do paciente. Outro relatou que mesmo queixando-se da dor e mostrando o local desta, o médico não realizou nenhum exame físico.

“Toda vez que eu venho me consultar, ele manda deitar e examina as pernas, bota um aparelho aqui no coração, mexe aqui no fígado, bota o aparelho aqui nas costas, olha o ouvido, o olho, tudo ele olha...Não vai logo passando a receita não” (E3).

“Ela quer saber o que tá acontecendo dentro da tua casa, por que ela sabe que o lado emocional reflete” (E4).

“Não, sobre examinar ela não me examinou, só perguntou onde era a dor. Ela não chegou e examinou onde é que era, nada” (E7).

Onze dos dezesseis pacientes, falam sobre solicitações de exames de imagem e/ou laboratorial, oito destes pagaram a laboratórios particulares a realização dos exames, alegando

dificuldades como: disponibilização insuficiente destes serviços, tempo de espera longo, tanto para realizar o exame, quanto para receber o resultado. As falas abaixo confirmam as colocações acima, com suas experiências de terem feito os exames pelo posto ou estar esperando para fazer.

“Sempre tem essa dificuldade de fazer os exames aqui no posto, e fazendo assim particular, a gente faz uma forcinha e faz mais ligeiro. É porque os exames aqui, agente passa é de meses pra fazer e mesmo assim a doutora já marcou aqui para eu voltar, ai é difícil” (E2).

“Aqui pelo SUS é muito demorado. Fiz particular, que era baratinho mesmo e trouxe” (E6).

“Tô com uma ultrassom pra bater, que tá com quase um mês, mas inda não consegui marcar” (E8).

Mais uma vez o estudo apresentado por Comes et al. (2016b) corrobora as falas acima, pois mostra em seu trabalho, que apesar da ampliação do acesso à consulta médica, persistem problemas de acesso ao exames complementares.

Os exames laboratoriais e de imagens, estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente. Uma das falas mostra certa resignação em responsabilizar-se por financiar os exames, os quais deveriam estar disponíveis na UBS, por direito dos usuários. Esta realidade de não poder usufruir de serviços, como exames laboratoriais ou de imagem, contradiz as afirmações dos milhões de investimentos, feitos pelo Programa para qualificação das UBS em relação aos serviços e estrutura (BRASIL, 2012b).

Em um estudo realizado por Soares Neto et al. (2016) onde foi desenvolvida uma escala para aprofundar o conhecimento das relações entre infraestrutura das UBSs e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios que receberam médicos do PMM, foi verificado que “a maioria das unidades na Região Norte (59,5%) e quase metade das na Região Nordeste (47,2%) encontrava-se nos Níveis inferiores da escala (Níveis 1, 2 e 3), diferentemente do que ocorre nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste nas quais a maioria situava-se nos Níveis superiores (Níveis 4, 5 e 6)”. O estudo, observou que o fator que afeta negativamente a infraestrutura das UBSs é estar localizada na região Norte ou Nordeste. Esse é um quadro que remete à bem conhecida situação de desigualdades entre as regiões brasileiras, em que, em geral, as Norte e Nordeste são marcadas por maior precariedade, quando comparadas com as demais.

5.2.2 Médico x paciente: há comunicação?

Essa questão surgiu , quando no anúncio dos profissionais estrangeiros para o país, a indagação sobre a possibilidade de os distintos idiomas, entre médicos e usuários, configurassem um a barreira à qualidade dos serviços prestados.

Quando perguntados se havia dificuldade em compreender a “fala do médico”, as respostas mais comuns foram: “um pouco” ou “fala enrolado”. Mas isso não é colocado como um impedimento para comunicação, que como, demonstram as falas, terminam por acontecer. As entrevistas afirmam que, com o tempo, os profissionais melhoraram na fluência a linguagem local.

“Algumas vezes a gente tem um pouco de dificuldade, por que ela não é daqui, aí ela enrola um pouco a língua, mais aí agora ela já tá pegando o português bem direitinho.” (E6).

“Quando ela chegou aqui, a fala toda enrolada, agora ela já tá falando assim, quase que nem a gente. Aqui, acolá que ela fala uma coisinha meio assim, mas dá de entender” (E11).

“Nas primeiras consultas tinha um pouquinho de dificuldade. É claro que eu não vou dizer que entendia tudo imediatamente... Ela repetia varias vezes até agente entender... mas agora eu já entendo tudo, até por que ela tá falando bem melhorzinho” (E9)

De forma semelhante ao que é apontado por este trabalho, a pesquisa de Comes et al. (2016a) colocam que cerca da metade dos usuários entrevistados informaram ter tido alguma dificuldade para entender as indicações. Mas que estas não prejudicarão a comunicação no sentido de entender as repercussões do adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente, bem como os medos e as preocupações que envolvem a queixa clínica.

Uma característica que colabora para a dificuldade de compreensão, é o nível de escolaridade dos usuários, que restringe-se ao nível fundamental. Neste sentido, há até quem confunda o espanhol com o inglês.

“No começo a gente não entende a voz, né, por que é inglês. Mas depois deu pra entender bem. Ela foi me perguntar o que eu estava sentido, eu mostrei as manchas e ela foi me explicando do que se tratava”. (E4).

Dificuldades com a comunicação são mais expressivas entre idosos moradores da zona rural, principalmente entre aqueles com pouca escolaridade (COMES et al., 2016b).

Mais escolaridade, ensino médio, e vivência com pessoas que falam outras línguas, são justificativas para aqueles que dizem não ter dificuldade alguma para compreender a fala dos médicos.

“Não tenho dificuldade, entendo muito bem! Mas é por que eu já trabalhei em um hotel em Manaus, que tinha gente de todas as partes do mundo, chileno, argentino e etc... e é por isso que eu não tive dificuldade com ela”. (E4).

Para alguns pacientes, entender a linguagem do médico tem menos importância, do que poder usufruir da consulta médica. O fato de ter acesso a um médico, é traduzido como esperança de cura. Compreender claramente o que ele diz, ou não compreender, não tem a mesma importância. Estas afirmações nos levam a questionar o que quer dizer, objetivamente, para a população, “uma consulta médica”, onde o que o médico diz não precisa ser compreendido. Parece haver aqui uma valoração do acolhimento e da atenção prestada por este.

“Ela falava. Umas coisas eu entendia e outras eu não entedia. Tem gente que diz: Ah eu não gosto dessa muié por que ela fala errado. Bem, o que eu entendo eu apoio, e o que eu não entendo eu digo hum hum (interjeição que significa afirmação) pra ela continuar falando. Mas é com fé em Deus e nossa senhora, que é com essa médica é que eu vou ficar boa.”(E1).

Em si tratando de médicos intercambistas, é natural que se pressuponha certa dificuldade de comunicação durante os atendimentos. Porém a problemática não está somente na compreensão do vocábulo em si, mas do entendimento da mensagem que se tenta passar. Nesse sentido, o médico e usuário praticarem o mesmo idioma não garante satisfatória comunicação entre eles, haja vista a interferência de fatores, como utilização de linguagem técnica de forma excessiva, diferentes níveis de escolaridade dos usuários e discurso médico impositivo (SILVA et al., 2016).

Em um de seus trabalhos sobre as Racionalidades Médicas, Luz (1997) relata que normalmente, o paciente é mais exigente quanto à empatia, à relação humana e ética envolvidas no “pacto de cura”, do que quanto à compreensão da interpretação e da ação propostas pelos curadores.

Os entrevistados não adotam uma postura passiva diante das dificuldades para a compreensão da fala. A maior parte deles pede ao médico que repita, outros pedem ajuda para alguém que possa traduzir o que foi dito. Esse “alguém” é aqui representado por uma

enfermeira, técnica de enfermagem ou ACS que estejam presentes ou próximos à sala de consulta.

“Ai eu digo pra ele que eu não entendi direito, e ele torna a explicar, ai a gente entende” (E3).

“Eu entendo, mas eu vi um homem lá, que pediu pra menina lá, a Enfermeira Chefe, pra ir lá traduzir pra ele, por que ele num tava entendendo de jeito nenhum o que ela tava perguntando pra ele” (E7).

“Mas no começo quando ela chegou aqui eu ficava: Meu deus o que é isso... A senhora não é daqui, não? Ai a menina disse: não ela é cubana! Ai eu...Ah tô vendo logo pela fala! Mas a Preta (ACS) tava aqui e ia dizendo o que ela tava falando pra eu entender” (E11).

“... depois da terceira consulta eu já ia entendendo melhorzinho ela. Ai tinha também a enfermeira dela, ela me explicava também, eu perguntava pra ela...Nunca ela me deixava dúvida”(E13).

Há outras estratégias tomadas por parte dos usuários, que sem entender a fala da médica, pedem a ela que escreva as explicações dadas, para que em casa, alguns dos filhos possam ajudem a compreender.

“Eu também não sou besta, eu digo: doutora anote aqui, que em casa meus fi me exprica, como é que eu tomo o remédio e como é que eu não tomo”. (E1).

Em outros momentos a iniciativa de se fazer entender vem do médico, e a paciente releva que esta atitude é pouco observada entre os médicos brasileiros, ou seja, a confirmação de que tudo que foi dito pelo profissional médico, tenha sido entendido.

“Ela é estrangeira, ela sabe que tu pode ter dificuldade de entender o que ela tá falando. Então quando ela começa a atender a gente, ela diz assim: Eu vou falar pausadamente, se você não tiver me entendendo, fale pra mim, que eu repito. Então ela sabe que a gente pode ter essa dificuldade. Eu gostaria que tivesse mais médicos iguais a ela aqui no Brasil. ” (E4).

Em sua pesquisa sobre a percepção dos usuários sobre o PMM, Silva et al. (2016) explicam que o fato de os médicos serem oriundos de países que não adotam o português como língua oficial não se configurou como impedimento à interação entre os sujeitos, ante o emprego de estratégias comunicacionais, como linguagem não verbal, fala pausada e repetida e auxílio de outros profissionais na transmissão das mensagens.

5.2.3 Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom

Os entrevistados apresentam em sua maioria opinião positiva sobre os médicos estrangeiros. Houve de forma menos expressiva, percepções de indignação, pela vinda dos médicos estrangeiros para o Brasil em decorrência da falta deste profissional no país. Mas que logo é calada, pela necessidade de sua presença diante da carência deste profissional na região.

“Faz até vergonha não ter médico no Brasil, trazer médico de fora. Você não acha que isso aí é demais? Sempre eu digo isso! Mas como eles já vieram, foi bom pra gente, que tem mais pra atender né. Por que nesse posto aí passou um tempo que desapareceu os médicos, tinha só enfermeiro que atendia. Aí depois que essa médica chegou, aí melhorou!” (E 10).

Há uma compreensão de que os responsáveis pela formação de médicos, em termo de contingente, são omissos. No entanto para além do problema de quantidade de médicos, existem outras questões complexas que impedem a fixação de médicos para prestação de serviços em UBS. Por um lado temos o altruísmo que caracterizou o início da profissão médica moderna, e que há muito foi substituído pela ideologia profissional de valorização das especialidades, dos altos rendimentos pessoais e da transformação dos próprios consultórios em microempresa inserida num competitivo mercado de negócio (SCHEFFER, 2015).

Por outro lado, o contexto atual do mundo do trabalho repercute na produção dos serviços de saúde, com precarização do trabalho, de ambientes e condições de trabalho e degeneração dos vínculos. Sendo estas características agravantes para não fixação de médicos em regiões com piores indicadores sociais, além de que melhores salários podem não ser, isoladamente, uma compensação quando médicos são submetidos ao isolamento profissional e a baixa qualidade de vida deles próprios e de seus familiares (SANTOS-FILHO, 2007).

As próximas falas demonstram contradição às críticas feitas aos médicos estrangeiros, sobretudo aos médicos cubanos, de que estes não estariam preparados para prestar assistência médica a população brasileira. A assistência prestada pelos médicos do Programa atendeu às expectativas em relação consulta médica. As justificativas aparecem nas falas, colocadas por diferentes características:

“Eu gosto dele, ele conversa com a gente, ele é muito atencioso, né. E agora eu só me consulto com ele.” (E3).

“Eu gostei da forma como ela consulta, como ela trata as pessoas. Ela pergunta se tá sentindo até dor na unha do pé.” (E13).

“Gosto dele por que as medicações que ela passa assim, são bem legais. A criança fica bem mesmo.” (E11).

“Eu me consulto com o doutor [...], ele é estrangeiro. A minha vizinha que me informou dele, ela disse: olha tem um médico aí no posto muito bom.” (E3).

“... pra mim sempre foi uma ótima médica, ela me trata bem, todo remédio que ela me passa eu me sinto bem...” (E2).

Os entrevistados além de dispensar elogios aos médicos estrangeiros, fazem comparações entre o atendimento de médicos brasileiros e cubanos, e afirmam haver diferenças:

“... eles vão visitar as pessoas em casa, as pessoas que não podem se locomover, eles vão nas casa consultar e os outros médicos não faziam isso, e isso já faz muita diferença...” (E13).

“E ela é estrangeira, é cubana. A diferença dela, é por que os médicos brasileiros parecem que estão ali só pra ganhar dinheiro. Mal ele olha pra ti, já vai logo escrevendo, não escuta o que tu tem pra falar. Parece até que tem nojo do povo. E ela não, ela é diferente [...] se preocupa com o paciente [...] Todos que entram no consultório dela saem elogiando, diferente dos brasileiros, que aonde a gente vai o povo é reclamando.” (E4).

Esta queixa de pouco envolvimento, ou desatenção, referida na fala de um dos pacientes, colocando os profissionais brasileiros como diferentes, de forma negativa, pode ser justificada pela diferença de perfiz na formação médica. Em cuba, a formação dos profissionais de saúde é centrada com foco na prevenção. Tendo grande parte de seus médicos com especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Em um relato de experiência referido por um grupo de professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que estiveram em Cuba, em Janeiro de 2015, para participarem de um curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar, foi referenciado por estes que, nos diferentes consultórios de médico e enfermeira visitados, pode ser percebido, em primeiro lugar, o sentimento de solidariedade dos profissionais e a auto-responsabilização dos usuários sobre sua saúde, sendo esta característica fruto das ações de promoção da saúde, também realizadas pelos profissionais médicos (ROCHA et al., 2015). Estas características de atendimento e vínculo com a comunidade são fundamentais para uma atenção primária de boa qualidade. As equipes de saúde em Cuba, são responsáveis por até

1.500 pessoas, o que colabora para uma aproximação maior com a comunidade, diferindo do nosso país, onde as equipes de PSF, assumem até 4.000 pessoas (BRASIL, 2012c).

No entanto, no Brasil, o modelo tradicional de formação, é o Biomédico, o qual baseia-se em uma visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer, desvalorizando os aspectos cotidianos da vida do paciente, e centrando-se as práticas apenas na doença. Ocorrendo dessa forma à redução do indivíduo a apenas um organismo biológico (PEREZ, 2004).

Neste contexto, Silva et al. (2016) chamam atenção quando coloca que o tema da humanização das práticas de saúde tem pautado a necessidade de um cuidado em saúde capaz de aliar os conhecimentos técnicocientíficos ao reconhecimento dos direitos, da cultura e da subjetividade dos usuários. Ademais, o sentido do trabalho médico tem sido capturado pela ideia de realização pessoal patrimonial, em detrimento de sua dimensão social, o que pode estar associado à insatisfação e desconfiança do usuário em relação à forma de proceder do profissional, fato que, também, compromete a confiança necessária a uma boa relação médico-usuário (GOMES e RAMOS, 2015).

O grupo entrevistado reconhece os profissionais como sendo estrangeiros, mas um grupo menor, talvez devido à baixa escolaridade, não consegue especificar a procedência exata dos médicos. Há até a sensação de haver um certo privilégio, pelo fato de estarem sendo atendidos por um “médico de fora”, que é como eles costumam identificar o profissional. “Aaaah... ela não é daqui não! Ela é desses médicos novo que entrou agora. Ah! Minha médica é ótima!” (E1).

Mesmo tendo sido, todos os entrevistados, atendidos por um profissional do Programa Mais Médicos, apenas dois conseguem localizar este profissional no Programa Federal. Os demais dizem apenas ter ouvido falar, ou não saber nada sobre o Programa, o que nos leva a pensar que as iniciativas de propaganda e informação utilizadas até aqui, embora tendo utilizado bastante recursos com publicidade, não atingiram todas as camadas da população.

Uma minoria soube responder do que se tratava, e que estava sendo atendido por um profissional componente do Programa.

Os demais referiram uma informação leve e superficial ou não ter nenhum conhecimento mesmo.

“O que eu vejo falar é que o Mais Médico veio mais médico de fora né. Que nem o caso dela aí né, que não é daqui. É isso, pra poder ajudar mais.” (E8).

“Uma vez eu ouvi pelo rádio umas historia desse mais médicos.” (E1).

“Já, já ouvi falar! Mas eu não lembro assim direito não.” (E3).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa atingiu o objetivo proposto de compreender a realidade da assistência médica prestada no Programa Mais Médicos, a partir da perspectiva dos usuários e de sua narrativa. É uma pesquisa qualitativa, exploratória de natureza descritiva, analítica e ocorreu à busca da compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

Por ter sido realizada em pequeno município da região nordeste do Brasil, e atender às exigências temporais de uma dissertação de mestrado, estamos cientes da dificuldade para generalizações nacionais que não observem este contexto social e cultural. Entretanto, esta investigação pode contribuir com reflexões pertinentes e interessantes para as políticas de gestão da atenção básica, tanto no seu componente de recursos humanos como no de estrutura física.

Para esta compreensão, e a partir da crítica aos dados empíricos coletados, construímos três categorias de análise: A consulta médica: qualidade e acolhimento; Médico X Paciente: há comunicação?; Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom.

Os usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José de Ribamar, gostam do atendimento médico prestado pelos profissionais estrangeiros do Programa Mais Médicos. Referem mudanças positivas na assistência, ocasionadas pela presença dos “novos médicos”, como o fato de não necessitarem mais enfrentar filas na madrugada para conseguir uma consulta, ou ter que esperar semanas, mesmo meses, para um agendamento.

As entrevistas registram qualidades marcantes no atendimento dos médicos cubanos, como a disponibilidade para ouvir, o contato visual do “olho no olho” antes de baixar a cabeça e escrever no prontuário ou preencher prescrição medicamentosa, a atenção individualizada, o interesse na história particular e a gentileza no trato, foram qualidades ressaltadas como positivas no atendimento prestado pelos cubanos, e que, segundo eles mesmos, não são qualidades encontradas nas consultas dos médicos brasileiros.

É marcante a importância dada à presença do profissional médico na UBS, e nenhuma outra dificuldade consegue afetar a importância desta presença.

O acolhimento, durante a consulta, é registrado como mais importante do que, propriamente, entender a prescrição medicamentosa, ou as dificuldades em compreender o

português falado por estes médicos, e referenciados por alguns entrevistados como “portunhol”.

Esta dificuldade, idioma, não é nomeada como um problema pelos usuários, e sequer se aproxima da ênfase da crítica, externa às UBS e presente na mídia, nos anos 2013 e 2014, pautada então pelos Conselhos médicos e demais críticos do PMM.

Não entender o “portunhol”, para os entrevistados, é bem mais fácil de manejar do que não entender o conteúdo, ou a grafia, da prescrição médica.

Para as questões relativas à compreensão do idioma, seja falado ou escrito, os usuários constroem estratégias de superação desta dificuldade, que são os “tradutores” eventuais e presentes diariamente na UBS, enfermeiros ou ACS. O último recurso construído para superar as barreiras do idioma, é levar as orientações por escrito para casa, para que outras pessoas os auxiliem a compreender.

É grave a estrutura das UBS no que diz respeito a exames e medicações. Exames de imagem (ultrassom) e de sangue, simples como glicemia e de urina, são pagos pelos usuários, porque não são disponibilizados em uma demanda adequada para UBS, ou porque o resultado supera 2 meses de espera.

Também falta medicação, como hipoglicemiantes e hipotensores, agravando ainda mais a realidade, quase epidêmica, da hipertensão e diabetes no município.

A UBS funciona como um ambulatório de demandas de doença, com presença de sintoma clínico exuberante (muita sede, cefaleia).

Não há trabalho de promoção da saúde, atividade esta que compõe o conceito de Atenção Básica.

Não há atividades que desenvolvam a educação em saúde e a promoção de autonomia dos usuários na gestão da saúde, o que compromete, com importância, o conceito de atenção básica em saúde.

Vale a reflexão final da necessidade de garantia dos direitos dos cidadãos assistidos por estas UBS, de dispor, efetivamente, dos serviços laboratoriais e de imagem, que possibilitariam um acompanhamento médico de maior qualidade.

E da premência de uma ampliação do cuidado em saúde prestado, que inclua a promoção da saúde e a educação em saúde visando a autonomia dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ALVES, S. M. C.; ELDUQUE, M. C.; DINO NETO, N. (Orgs.). **Direito sanitário em pesquisa**. Brasília, DF: Esmou, 2013. (Série Pós-Graduação, 2).

ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**. Washington, D.C.: World Bank, 2013.

BLOOR, K.; MAYNARD, A. **Planning human resources in health care**: towards an economic approach, an international comparative review. 2001. Disponível em: <<http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/CommissionedResearch/03-03-01/a8ae7a7e-79f3-47f5-9f65-92b9fe71b873.aspx>>. Acesso em: 21 out. 2014.

BONET, O. A. R. Saber e sentir: uma estratégia da aprendizagem em biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, jan./jun. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

_____. 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. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 5, 23 de dezembro de 2003. Os Programas de Residência Médica credenciáveis pela Comissão Nacional de Residência Médica poderão ser de acesso direto e com pré-requisito. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Saúde**: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação. Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Equipes de saúde da família**. 2015c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Porta da Saúde. **Como funciona?** Equipe de Saúde da Família. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Mais médicos para o Brasil:** mais saúde para você. 2013c. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos?start=20>>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.** 2012b. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos?start=20>>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Mais Médicos:** conheça o programa. 2016. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas. **Programa Mais Médico:** perguntas e respostas. 2015a. Disponível em: <<https://maismedicos.saude.gov.br/faq.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CAMPOS, C.; MALIK, A. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar./abr. 2008.

CAMPOS, F. E. de; CAMPOS, F. E. de; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 13-24, maio 2009.

CAMPOS, G. W. de S.; BEDRIKOW, R. **História da clínica e atenção básica:** o desafio da ampliação. Rio de Janeiro: Hucitec, 2015.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CHEN, L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis. **The Lancet**, London, v. 364, n. 9449, p. 1984-1990, 2004.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, 2016b.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016a.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 271-298.

CRUZ, C. S. S. et al. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013.

CUBA. Constitución (1976). **Constitución de la Republica de Cuba**. Havana, 1976.

_____. Ley nº 41, de 13 de julio de 1983. Ley de la salud pública. Disponível em: <http://www.cubnet.org/htdocs/ref/dis/41_salud_publica.htm>. Acesso em: 10 mar. 2016.

DAL PRÁ, K. R. et al. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 91-103, jun. 2015.

DURANT, W. **História da civilização**: 2.^a parte: nossa herança clássica: a vida na Grécia. Tradução Gulnara de Moraes Lobato. São Paulo: Nacional, 1943. tomo 1.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Governo Federal celebra programa Mais Médicos**. 2015. Disponível em: <<http://www.fnp.org.br/noticias/item/534-governo-federal-celebra-programa-mais-medicos>>. Acesso em: 10 set. 2015.

GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. **Informações FIPE**, São Paulo, n. 402, p. 26-36, mar. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIRALDI, R. **Saiba como é a formação de médicos em Cuba**. 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/08/formacao-de-medicos-em-cuba-prioriza-atencao-basica>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

GIRARDI, S. N. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; Dal POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 171-186. Disponível em: http://www.academia.edu/401488/%C3%8Dndice_de_Escassez_de_M%C3%A9dicos_no_Brasil_um_estudo_explorat%C3%B3rio_do_%C3%A2mbito_da_aten%C3%A7%C3%A3o_pri%C3%A1ria. Acesso em: 13 set. 2014.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Mercado de trabalho em saúde**. Brasília, DF, 2002. p. 15-36. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, b. 20, p. 2591-2600, 2015.

HADDAD, A. E. et al. Educação médica no contexto da Política Nacional de Educação na Saúde. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 19-41.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Maranhão: São José de Ribamar. 2012. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=211120>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2014**. 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf. Acesso em: 10 set. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**: Saúde. Brasília, DF, 2011.

LABOISSIÈRE, P. Programa Mais Médicos completa um ano. **Revista Exame.com**, 08 jul. 2014. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/programa-mais-medicos-completa-um-ano>. Acesso em: 29 jun. 2016.

LOBIONDO- WOOD, G. HARBER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogam. 2001.

LUZ, M. T. (Org.). **VII Seminário do projeto Racionalidades Médicas: biomedicina**. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1997. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 168).

_____. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. **Medicine: na illustrated history**. Nova York: Harry N. Abrams, 1987.

MADUREIRA, P. S. P. **Sistema de Saúde Cubano**. 2010. 58 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. 2004. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

MARCO, M.A. de. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARSIGLIA RMG. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez- PUC, 2007.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>. Acesso em: 1º jul. 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília, DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. de S.; MINAYO, C. G. **Díficeis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ensp, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. São Paulo: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

MORAES, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 112-120, 2014. Número Especial.

NEY, M. S. **Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN. **Panorama Económico y Social**: Cuba 2013. Havana, 2014.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidado de saúde primários: agora mais do que nunca: relatório mundial de saúde 2008**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Renovação da atenção primárias nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, DC: PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/sevico/arquivos/Sala5575.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health status**. 2011. Disponível em: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT>. Acesso em: 21 out. 2014.

OSA, J. A. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-96, 2011.

PAGLIOSA, F.; ROS, M.A. da. Relatório flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Manguinhos, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEREZ, E. P. A propósito da educação médica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 9-13, 2004.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, out. 2014.

PORTAL BRASIL. **Mais Médicos já beneficia 33 milhões de pessoas**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/03/mais-medicos-ja-beneficia-33-milhoes-de-pessoas>>. Acessado em: 16 abr. 2014.

ROCHA, C. M. F. et al. Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. **Interagir**: Pensando a Extensão, Rio de Janeiro, n. 20, p. 124-134, jan./dez. 2015.

ROEMER, M. I. **National Strategies for health care organization**: a world overview. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova**: a gestão interfederativa do SUS. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007. (Coleção Saúde Coletiva).

SCHEFFER, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 637-640, 2015.

SEIXAS, P. H. D. A.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. **MigraMed – Migração médica no Brasil**: tendências e motivações. São Paulo: ObservaRHSP, 2009. Disponível em: <http://observarhsp.org.br/Eventos/Abrasco%202009/poster_ABRASCO2009_Aniara_27_10_2009.pdf>. Acesso em: 25 junho 2015.

SILVA, T. R. B. da et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado**: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina). Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva, 2014.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Dados de Identificação

Iniciais do(a) informante: _____ Idade: _____

Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Outro

Filhos: () Sim () Não Se sim, quantos? _____

Endereço: _____

Religião: _____ Praticante ? () Sim () Não

Profissão : _____ Ocupação Atual: _____

Nível de Escolaridade:

() Sem instrução

() Ensino fundamental incompleto () completo

() Ensino Médio incompleto () completo

() Ensino Superior incompleto () completo

APÊNDICE B - GUIA GERAL PARA MOTIVAR AS PERGUNTAS

- Qual o motivo que o levou a procurar o Unidade Básica de Saúde?
- Você tem alguma patologia em curso?
- Você foi atendido por um médico brasileiro ou estrangeiro?
- Ele lhe cumprimentou? Como? (ex.com um bom dia, estendeu a mão)
- Como foi a sua oportunidade para falar?
- Como foi a relação ou acolhimento na consulta?
- O médico lhe examinou?
- O médico lhe receitou algum medicamento?
- Como foram às orientações dadas por ele? Entendeu o que ele disse? Se não, qual o motivo da dificuldade?
- Como evoluiu sua doença pós -consulta?
- Você gostaria de ser atendido novamente por ele? Sim ou não, por quê?
- Qual o horário em que você chegou na Unidade Básica de Saúde? Qual o horário em que você foi atendido pelo médico? Você acha que demorou para ser atendido?
- Sempre que você procura a Unidade Básica de Saúde, tem médico para lhe atender?
- O que você sabe sobre o programa Mais Médicos?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE CEUMA

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Secretaria Geral da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma
Rua Josué Montello, Nº01 – Renascença II – São Luís – Maranhão
Telefone: 3214-4277**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Estudo:

ANALISE DA NARRATIVA DOS USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Você está sendo convidado a participar de um estudo que se destina a analisar a narrativa dos usuários sobre a assistência recebida pelos profissionais do programa Mais Médicos. Este estudo é importante para entender melhor o valor, a aceitabilidade e a compreensão da realidade sobre o programa, a partir da perspectiva do usuário. E não apresenta riscos previsíveis para saúde mental e física dos participantes.

O estudo será feito da seguinte maneira: para a coleta de dados serão utilizados, observação participante registrada em diário de campo e entrevista semi-estruturada para coleta de dados empíricos, que contará com uma parte inicial com dados sócio demográficos e perguntas abertas. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas pela mestranda.

Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente serão: compreender qual é o significado dado pela comunidade participante do projeto, de se ter um médico estrangeiro na prestação de assistência a saúde. Assim como ter sua opinião ouvida a respeito do programa e da assistência recebida neste. Sempre que você desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

A qualquer momento, você poderá recusar-se a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isto implique em qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto à sua identificação e às informações obtidas pela sua participação, bem como o anonimato da ONG em que você trabalha. As informações obtidas serão analisadas apenas entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Pesquisador responsável	Pesquisadora
Profa. Dra. Cristina Loyola	Priscylla de Oliveira Miranda
COREN/RJ – 14183	COREM/MA -304-888
CONTATOS: 91513714	CONTATOS:989167354
E-mail:crisloyola@hotmail.com	E-Mail: cyllaoliver@hotmail.com

São Luis, ____/____/____

Assinatura do pesquisado ou responsável (em caso de menor idade)

APÊNDICE D – ARTIGO

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: narrativa de usuários

RESUMO

Este artigo apresenta a análise temática da narrativa dos usuários acerca da assistência recebida pelos profissionais do Programa Mais Médicos, no município de São José de Ribamar-Ma. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, de natureza analítica. Os sujeitos foram os usuários atendidos por profissionais inseridos no Programa Mais Médicos e que se expressavam no idioma espanhol. A análise obedeceu à triangulação dos dados da observação participante, das entrevistas e do referencial teórico. Os resultados indicam que os pacientes estão satisfeitos com o atendimento médico. Não há passividade dos usuários diante dos embaraços para a compreensão do idioma e há estratégias da população para contornar algumas dificuldades, onde os ACS e enfermeiros são “tradutores” dos obstáculos para o entendimento da prescrição médica na própria UBS, ou os familiares auxiliam na residência. O acolhimento na consulta, e as medicações, parecem ser mais importantes do que entender o idioma e a linguagem do médico. Entender a prescrição tem mais valor do que entender o espanhol. O estudo evidencia a precariedade na prestação de serviços de exames laboratoriais e de imagens nas UBS, tendo, os usuários, que pagar a laboratórios privados. Há falhas importantes na execução da Atenção Primária em Saúde, sobretudo na promoção e educação em saúde e na orientação para o auto-cuidado.

Palavras-chave: Atenção Básica. Atendimento médico. Programa Mais Médicos.

Introdução

Um adequado provimento de serviços de saúde em regiões remotas, pobres e periféricas no meio urbano é um problema em quase todos os países do mundo.¹ No Brasil a realidade não é diferente, o país conta com uma média de 2,11 médicos para cada 1.000 habitantes², média menor que vários países em situação social e econômica análogas como: Argentina 3,2, Portugal 3,9, e Espanha 4. A Organização Mundial da Saúde (OMS), utiliza como referência o sistema de saúde britânico, com 2,7 médico/1.000 habitantes, por ser considerado um dos melhores sistemas de saúde pública centrado na atenção básica.³

Olhando de longe, o Brasil não parece ter uma média tão distante do que aconselha a OMS. Entretanto, analisada em detalhes, a realidade do acesso aos serviços de saúde no país, é discrepante. A maioria dos médicos concentra-se nas regiões Sul e Sudeste, e quando migram para outras regiões, há preferência pelas capitais tidas grandes centros, ficando desassistidas as cidades mais remotas, comunidades ribeirinhas e regiões periféricas das grandes cidades.

Ao longo de anos do século passado, para tentar resolver a questão da má distribuição de médicos pelo país, o governo implementou várias iniciativas na extensão universitária, na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que quisessem atuar nas áreas mais carentes do país. Algumas dessas intervenções foram: o Projeto Rondon (1967) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a do criação do SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em 2001, e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em 2012. Nenhuma dessas medidas conseguiu assegurar, por completo, a oferta de médicos no interior do país.^{4,5}

No ano de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa, com 2.773 entrevistados, o resultado revelou que 58,1% da população apontava a falta de médicos como o principal problema do SUS.⁶

Diante da contínua problemática da falta de médicos, o governo federal cria o Programa Mais Médicos, com meta de levar 15 mil médicos para regiões onde faltam estes profissionais, em paralelo com o aumento de vagas para os cursos de

medicina e investimentos em materiais, equipamentos e infraestrutura, para melhorias das condições de assistência à saúde no país.

Cercado de polêmicas desde seu lançamento, em 8 de julho de 2013, o Programa Mais Médicos é alvo de críticas. Logo que chegaram ao Brasil, no final de agosto deste mesmo ano, os primeiros médicos vindos de Cuba, Portugal, Espanha, Argentina e Uruguai, sofreram hostilizações por profissionais e estudantes da área de saúde, em várias partes do país. Manifestações contrárias ao programa, protestos e promoção de greves foram promovidas por várias entidades da classe, incomodadas, principalmente, pela não exigência de revalidação do diploma e contratação de profissionais cubanos, sob o argumento de que a formação destes seria precária e incapaz de atender pacientes na realidade brasileira.

Apesar de criticado Ministério da Saúde o programa seguiu contando com 18.240 profissionais, distribuídos em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, levando mais assistência em saúde a 134 milhões de brasileiros.⁷

Em paralelo à discussão acirrada, produzida no Brasil todo, principalmente através dos conselhos de medicina, com duras críticas ao programa, este artigo traz uma análise crítica sobre as narrativas dos usuários nele atendidos. Não se trata, em absoluto de avaliar o Programa Mais Médicos, mas de ouvir o que tem a dizer seus usuários sobre o valor, a aceitabilidade e compreensão em relação ao programa.

O presente estudo analisa os relatos de mulheres e homens, residentes em um município da região metropolitana de São Luís, capital do Maranhão e atendidos por médicos estrangeiros, pertencentes ao Programa Mais Médicos médios. Verificamos que muitos argumentos para a não contratação de tais profissionais, não são importantes, para aqueles que recebem esta assistência.

Ao ouvir as narrativas, constatamos que há satisfação com o atendimento recebido. Sempre que há dificuldade para entender-se a “fala” do médico, busca-se por auxílio de um outro profissional, ou lança-se mão de outras estratégias, como pedir para o médico anotar o que está sendo pedido. Os usuários não saem da consulta sem entender as orientações feitas. Por outro lado os investimentos também previstos no programa, destinados à melhoria da estrutura, e demais recursos para realização exames laboratoriais e de imagem, importantes para assistência ao paciente, parecem ainda não ter chegado nas UBS frequentadas por

estes pacientes, pois em muitas falas, registramos conformismo em pagar por exames básicos em laboratórios particulares, assim como a indignação de ter que esperar semanas para marcar um exame e aguardar meses para receber o resultado pelo sistema público de saúde.

Procedimento metodológico

Este trabalho faz parte de uma investigação qualitativa que teve como objetivo principal analisar a narrativa de pacientes acerca da assistência recebida pelos profissionais do Programa Mais Médicos, cuja língua foi o espanhol. Para esta pesquisa, partiu-se da indagação de que diante das opiniões conflitantes, de quem apoia ou critica o programa, seria importante ouvir a fala dos usuários do SUS, atendidos por estes profissionais, a respeito do atendimento prestado.

No período de agosto a dezembro de 2015 foram realizadas 16 entrevistas, divididas em quatro diferentes Unidades Básicas de Saúde do município de São José de Ribamar. Optamos por este recorte, por tratar-se do município, dentro da região metropolitana, com maior quantidade de médicos estrangeiros. Estes entrevistados responderam a um questionário sócio demográfico e a uma entrevista semiestruturada.

Os dados foram analisados através da análise temática, que fundamenta-se em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.⁸ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA através do Parecer: 1.009.517.

Resultados

A Consulta Médica na Unidade Básica de Saúde: qualidade e acolhimento

O grupo que procura a UBS para consulta é feminino, com idade entre 33 e 68 anos, auto referindo-se como de cor parda (incluímos nesta categoria os auto – considerados “morenos”). Percebe-se um maior numero de filhos na faixa etária entre 40 e 60 anos, o que significa terem nascido nos anos 50’ e 70’, onde a

discussão sobre anticoncepcionais, e acesso a eles, não era ampliada e facilitada. Nos grupos etários mais jovens a média é de 2 a 3 filhos, entretanto ainda maior que a média nacional de 1,7 filhos por mãe.⁹

Vale registrar que o grupo procura a consulta já apresentando sintomas de HAS ou com quadro clínico claro de *diabetes mellitus* instalada e com sintomas exuberantes e auto percebidos. Este registro aponta as falhas ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, que são constituintes da política da ação básica em saúde e que, de fato, são as ações que mais qualificam e diferenciam este nível de atenção. A precariedade de equipamentos de saúde fica dramatizada quando há necessidade de ingerir urina para confirmar a presença de glicose: *“Eu vim porque eu adoeci, tava muito magra, com as pernas fracas. Um dia experimentei a minha urina e vi que tava doce...ai quando foi na consulta, a doutora disse que eu tava diabética” (E1).*

Os entrevistados afirmam que marcar uma consulta médica, diferente de antes, tornou-se possível e menos demorado, com a chegada dos “novos médicos”. A consulta é agendada pela agente de saúde, que por vez pode ser acessada pelo celular, mudando a rotina de sofrimento das longas filas na madrugada, para conseguirem uma senha de consulta médica, que nem sempre acontecia devido à grande demanda de pacientes.

“Antes do programa era mais difícil marcar uma consulta, era difícil conseguir, por que era mais gente. Tinha que vim aqui no posto marcar. Agora não, de uns tempos pra cá é a Agente de Saúde que marca, né” (E8).

Entretanto, apesar desta nova configuração quantitativa de mais profissionais médicos para o atendimento, persiste deficitária, a autoeducação em saúde, constitutiva da APS como conceito. Existem muitos exemplos de pacientes que negligenciam e/ou subestimam, o seu estado de saúde, faltando às consultas agendadas e retornando meses depois, com agravos expressivos, decorrentes da hipertensão ou diabetes mellitus, exemplo de patologias que fazem parte do conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), hoje responsáveis por aproximadamente 74% das mortes no país.¹⁰

A população, em geral, parece ser mais sensível à exuberância de sintomas, não tendo conhecimento suficiente para atentar às fases silenciosas, tanto da hipertensão quanto do diabetes.

Esta “desvalorização do silêncio dos sintomas”, segue desafiando a APS, e produzindo forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, com incapacidade física, absenteísmo no trabalho, morte prematura, e efeitos econômicos adversos para as famílias e comunidades. Essa nova realidade de haver mais consultas médicas, ressalta, até contraditoriamente, o fato de que para a APS de qualidade, o quantitativo de médicos é importante, mas está distante de resolver a questão: é preciso que as consultas médicas e outras consultas produzam também o desenvolvimento da consciência sanitária, e a autonomia dos pacientes no autocuidado com a saúde.

“Minha consulta é mês a mês, já saio daqui com ela marcada... Ah... mas tem dia que eu falho, as vezes eu passo é de dois meses sem vim...ai quando eu chego a médica fala, por eu venho sentindo as coisas” (complicações decorrentes da hipertensão e diabetes)” (E3).

O grupo entrevistado reconhece os profissionais como sendo estrangeiros, diferentes, mas a maior parte, talvez devido à baixa escolaridade, não consegue especificar a procedência exata dos médicos. Há até a sensação de haver um certo privilégio, pelo fato de estarem sendo atendidos por um “médico de fora”. Outros, além de especificar Cuba como país de origem, fazem comparações entre o atendimento com médicos brasileiros e estrangeiros, e afirmam haver diferenças:

“E ela é estrangeira, é cubana. A diferença dela, é porque os médicos brasileiros parecem que estão ali só pra ganhar dinheiro. Mal ele olha pra ti, já vai logo escrevendo, não escuta o que tu tem pra falar. Parece até que tem nojo do povo e ela não, ela é diferente” (E4).

O grupo entrevistado diz ter sido bem recebido pelos profissionais médicos. Refere que ouve diálogo entre eles, que lhes foi dada oportunidade e tempo, para expressar suas queixas e serem ouvidos com atenção. E no mais, apontam as referidas qualidades, como sendo raras entre médicos brasileiros:

“Me recebeu muito bem! Ele olha pra gente...ele conversa com o paciente, não tem esse negocio de ficar só de cabeça baixa escrevendo... ele escuta a gente bacana... Por que tem médico que a pessoa chega pra consultar e ele nem dá atenção, ela não, ele dá atenção pra gente, não tem esse negocio de ficar só anotando, anotando, como muitos que eu já consultei” (E3).

Quanto ao exame físico, (15/16) pacientes disseram que os médicos realizam o exame físico conforme a suas queixas. Apenas um relatou que não houve exame físico.

“Se surgir algum problema, algum cansaço ou alguma coisa, ela bota uns aparelhos, bota no ouvido, manda eu respirar bem fundo. (E3).

Não, sobre examinar ela não me examinou, só perguntou onde era a dor. Ela não chegou e examinou onde é que era, nada. (E7).

Onze dos dezesseis pacientes, falam sobre solicitações de exames de imagem e/ou laboratorial, destes, oito pagaram a laboratórios particulares para realização dos exames, alegando dificuldades: tempo de espera longo, para realizar o exame e também para receber o resultado. Os outros dois confirmam as colocações acima, com suas experiências de terem feito os exames pelo posto ou estar esperando para fazer.

Vou fazer particular por que é mais rápido pra gente ficar assim esperando pelo posto, custa. (E2).

Ela me passou um raio X, que foi uma luta pra marcar e quase três meses pra receber o resultado. (E7).

Médico x paciente: há comunicação?

Quando perguntados sobre a dificuldade em compreender a “fala do médico”, a frase de resposta comum é “um pouco”, e vem acompanhada pela justificativa de que o profissional fala “enrolado”. Outra característica que corrobora a dificuldade de compreensão, é o nível de escolaridade dos usuários, que restringe-se ao nível fundamental incompleto, que na realidade brasileira, significa na prática, o assim chamado “analfabeto funcional”, com grande dificuldade de entendimento. Por outro lado, deixam claro que os profissionais já possuem um português mais fluente, em relação aos primeiros meses de trabalho no município.

“Algumas vezes a gente tem um pouco de dificuldade, por que ela não é daqui, aí ela enrola um pouco a língua, mas aí agora ela já tá pegando o português bem direitinho” (E6).

Segundo um dos pacientes, entender a linguagem, e o idioma do médico, tem menos importância, do que poder usufruir da dádiva da consulta médica. Ter acesso a um médico, é vivenciado como esperança de tratamento e de cura, portanto com valor simbólico a ser considerado. Compreender claramente o que ele diz, ou não compreender, não tem a mesma importância que ter tido acesso à consulta. Estas afirmações nos levam a questionar o que quer dizer, objetivamente, para a população, uma “consulta médica”, onde o que o médico diz não precisa ser sempre compreendido. Parece haver aqui uma valoração do acolhimento e da prescrição medicamentosa:

“Ela falava. Umas coisa eu entendia e outras eu não entedia. Tem gente que diz: Ah eu não gosto dessa muié porque ela fala errado. Bem, o que eu entendo eu apoio, e o que eu não entendo eu digo hum hum (interjeição que significa afirmação) e ela continua falando” (E1).

Mais escolaridade, ensino médio, e vivência com pessoas que falam outras línguas, são realidades encontradas nas justificativas daqueles que dizem não ter dificuldade alguma para compreender a fala dos médicos.

“Não tenho dificuldade, entendo muito bem! Mas é por que eu já trabalhei em um hotel em Manaus, que tinha gente de todas as partes do mundo, chileno, argentino e etc... e é por isso que eu não tive dificuldade com ela” (E4).

Os usuários não adotam uma postura passiva diante das dificuldades para compreensão do idioma. A maior parte deles, pede ao médico que repita, outros pedem ajuda para alguém que possa traduzir o que foi dito. Esse “alguém” é aqui representado por uma enfermeira, técnica de enfermagem ou ACS que estejam presentes ou próximos à sala de consulta.

“Aí ele pediu pra menina lá, a Enfermeira Chefe, pra ir lá traduzir pra ele, por que ele num tava entendendo de jeito nenhum o que ela tava perguntando pra ele” (E7).

Há outras estratégias vivas, por parte dos usuários, que sem entender a fala da médica, pedem a ela que escreva as explicações dadas, para que em casa, os filhos possam ajudar a compreender.

“Eu também não sou besta, eu digo: doutora anote aqui, que em casa meus filho me explica, como é que eu tomo o remédio e como é que eu não tomo” (E1).

Em outros momentos a iniciativa de clareza vem do médico, e a paciente releva que esta atitude é rara entre os médicos brasileiros, ou seja a confirmação de que tudo que foi dito pelo profissional médico, tenha sido entendido.

Há aqui uma fusão de dificuldades, estrangeiras e nacionais: em entender o idioma, em entender a linguagem, em entender a prescrição médica, mesmo que em português.

“Ela é estrangeira, ela sabe que tu pode ter dificuldade de entender o que ela tá falando. Então quando ela começa a atender a gente, ela diz assim: Eu vou falar pausadamente, se você não tiver me entendendo, fale pra mim, que eu repito. Então ela sabe que a gente pode ter essa dificuldade. Eu gostaria que tivesse mais médicos iguais a ela aqui no Brasil” (E4).

Médico estrangeiro, médico cubano, médico bom

A assistência prestada pelos médicos do Programa MM atendeu às expectativas dos usuários, em relação à consulta médica. O que nos autoriza a crer, que eles estão satisfeitos com estes profissionais:

“O atendimento dela é demorado, quando a gente vem a primeira vez até estranha a demora. Mas em compensação, a gente vê que ela demora, é por que atende a gente muito bem. Todos que entram no consultório dela saem elogiando, diferente dos brasileiros, que aonde a gente vai o povo é reclamando (E4).”

Mesmo tendo sido todos os entrevistados atendidos por um profissional do Programa Mais Médicos, apenas dois conseguem localizar este profissional no Programa. Os demais dizem apenas ter ouvido falar, ou não saber nada sobre o Programa Mais Médicos, o que nos leva a pensar que as iniciativas de propaganda e informação produzidas até aqui, embora tenham utilizado um volume razoável de recursos com publicidade, não atingiram todas as camadas da população .

Ainda sobre o Programa Mais Médicos, uma minoria soube responder do que se tratava, e não reconhecia o médico como um profissional componente do Programa.

Os demais referiram uma informação leve e superficial, ou nenhum conhecimento mesmo.

“O que eu vejo falar é que o Mais Médico veio mais médico de fora né. Que nem o caso dela aí né, que não é daqui. É isso, pra poder ajudar mais” (E8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, mostram que os usuários das Unidades Básicas de Saúde de São José de Ribamar, gostam do atendimento médico prestado pelos profissionais estrangeiros do Programa Mais Médicos. Referenciam mudanças na assistência ocasionadas pela presença dos “novos médicos” como não necessitar mais enfrentar filas na madrugada para ter acesso a consulta. Apontam diferenças e/ou qualidades favoráveis no atendimento dos médicos cubanos. A questão do ouvir, olhar ou dar atenção, interesse e educação, foram atitudes ressaltadas no atendimento dos cubanos e, de acordo com os usuários, essas qualidades não estão presentes nas consultas nas consultas dos médicos brasileiros.

O acolhimento da consulta, e as medicações prescritas parecem ser mais importantes do que entender o que o médico diz.

As dificuldades em entender o idioma, não são um problema. Não entender a prescrição é pior do que não entender o espanhol, e esta dificuldade existe mesmo quando o idioma falado é o português. Os pacientes encontram estratégias para contornar esta dificuldade, que são os “tradutores”, Enfermeiros, ACS ou levar as orientações por escrito, para que outras pessoas leiam em casa e os auxiliem a compreender.

Apesar dos aspectos positivos evidenciados sobre o programa, a pesquisa mostra que não existe qualidade na prestação de serviços de exames laboratoriais e de imagens nas UBS pesquisadas. Aponta também as falhas da Atenção Primária à Saúde na promoção da saúde, prevenção de doenças, educação em saúde e orientação para o autocuidado, pois precisar beber urina para saber se há glicose nela é recurso dramático da população. Na verdade, parece que as maiores dificuldades encontradas na assistência prestada no Programa Federal Mais Médicos, são o suporte diagnóstico laboratorial e de imagens, que são de difícil acesso e lentíssimo resultado, e o exercício apequenado da Atenção Primária em Saúde, executado como um ambulatório de doenças ou sintomas exuberantes de HAS e de diabetes.

Referências

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44):13-24.
2. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica 2015: População médica cresce mais que a geral, mas persistem desigualdades na sua distribuição. 2015. [citado 2016 maio 20]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25867.
3. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. *Informações FIEP* 2014;(402): 26-36.
4. Girardi SN. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. p. 171-86.
5. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015;19(54):623-34.
6. Moraes I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M, Santos R, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):112-20.
7. Portal Brasil. Mais Médicos já beneficia 33 milhões de pessoas. 2014. [citado 2014 abr 15]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/03/mais-medicos-ja-beneficia-33-milhoes-de-pessoas>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2012.
9. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. População: taxas de fecundidade total. 2013. [citado 2015 set 10]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>.
10. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: WHO; 2014.

ANEXO A – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO



UNIVERSIDADE CEUMA

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Secretaria Geral da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

São Luís, 04/12 / 2014.

Ilmo Sr. Vinícius José da Silva Nina

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do CEUMA

Solicito a apreciação do projeto de pesquisa intitulado “**ANALISE DA NARRATIVA DOS USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**” por este comitê e confirmo que:

- 1- Estou ciente de que todo o diálogo formal entre o CEP e o pesquisador se dará por via eletrônica (e-mail e webpage) e que, caso deseje, solicitarei e retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UNICEUMA,
- 2- O conteúdo dos arquivos digitais entregues ao CEP é idêntico ao do protocolo impresso.
- 3- Estou ciente de que os relatores e a coordenação do CEP-UNICEUMA e eventualmente a CONEP terão acesso ao protocolo em suas versões impressa ou digital durante o processo de avaliação e que utilizarão este acesso exclusivamente com a finalidade de avaliar o protocolo.

Atenciosamente,

Dra.Cristina Maria Douat Loyola

Responsável pelo Projeto

CPF: 507.451.667-68

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Declaramos para os devidos fins que a responsabilidade financeira para a execução do projeto de pesquisa: “**ANALISE DA NARRATIVA DOS USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**” é de inteira responsabilidade da pesquisadora Priscylla de Oliveira Miranda e da orientadora Prof. Dr. Cristina Maria Douat Loyola, garantindo não haver utilização de recursos da instituição.

São Luis, 4 de Dezembro de 2014

Pesquisadora
Priscylla de Oliveira Miranda

Orientadora
Prof^a. Dra. Cristina Maria Douat Loyola

ANEXO C – TERMO D E COMPROMISSO NA UTILIZAÇÃO DOS DADOS, DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “**ANALISE DA NARRATIVA DOS USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**” se comprometem a utilizar os dados coletados na pesquisa somente para fins científicos, garantindo em divulgar os resultados sejam eles favoráveis ou não, resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, quanto ao sigilo e a confidencialidade.

São Luis, 4 de Dezembro de 2014

Pesquisadora
Priscylla de Oliveira Miranda

Orientadora
Prof^a. Dra. Cristina Maria Douat Loyola

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que assumimos o compromisso na realização do projeto de pesquisa intitulado “**ANALISE DA NARRATIVA DOS USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**” com a garantia de iniciar a coleta de dados somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís, 4 de Dezembro de 2014

Pesquisadora
Priscylla de Oliveira Miranda

Orientadora
Prof^a. Dra. Cristina Maria Douat Loyola