

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

Diogo de Souza Vargas

**PROJETO MAIS MÉDICOS: AS CONTRIBUIÇÕES DE UMA POLÍTICA SOCIAL
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ**

Campos dos Goytacazes
2018

Diogo de Souza Vargas

**PROJETO MAIS MÉDICOS: AS CONTRIBUIÇÕES DE UMA POLÍTICA SOCIAL
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ**

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais.

Área de Concentração: Centro de Ciências do Homem/CCH

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano

Campos dos Goytacazes
2018

Projeto Mais Médicos: as contribuições de uma Política Social de saúde no município de Campos dos Goytacazes – RJ

DIOGO DE SOUZA VARGAS

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais.

APROVADA: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Vera Lúcia Marques da Silva
Faculdade de Medicina de Campos (FMC)

Prof. Dr. Geraldo Márcio Timóteo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr.^a Rosalee Santos Crespo Istoe
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano (Orientador)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

À mulher da minha vida, companheira, conselheira e amiga. Que sempre acreditou no meu potencial, que sempre esteve ao meu lado, que sempre me ajudou a reerguer e a levantar a poeira da vida, nos momentos de desânimo e de fraqueza. Annabelle: Eu te amo, com todas as letras.

AGRADECIMENTOS

A Deus, todo poderoso, pela luz concedida. Creio em ti e sei que Tua presença em minha vida é constante, Amém.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano, pelos ensinamentos. Apesar de todo o sacrifício, por deveras recompensador, a batalha foi divertida e resultou em laços além do campo acadêmico.

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Políticas Sociais da UENF, que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desta obra.

Aos meus colegas de curso, de forma especial Jacinta de Aguiar Medeiros. Guerreira, responsável e dedicada em tudo o que faz. De aprendizado, o amor incondicional ao SUS, acreditando nas Políticas Sociais como redutora das desigualdades.

À Subsecretaria da Atenção Básica, pela credibilidade e apoio à realização do curso e à construção da pesquisa. Incentivar servidores à qualificação profissional é um investimento incalculável no progresso da saúde pública. Estendo os agradecimentos aos meus colegas de Murundu: muito obrigado.

Aos entrevistados na pesquisa. Obrigado por acreditarem no trabalho, confienciando relatos que por ora serão eticamente publicizados. Sem vocês nada teria sentido. Confiem na Atenção Primária à Saúde.

Aos meus pais, Antonio Carlos e Léa Mery. O apoio irrestrito às escolhas na minha vida faz de mim um filho plenamente realizado. Estejam seguros de que o papel de pai e de mãe, primordial à construção de um indivíduo, foram realizados com sucesso. Amo vocês.

Ao meu irmão, Leano Vargas. Um cara divertido, que aproveita a vida com responsabilidade e que sei que posso sempre confiar. Agradeço o apoio irrestrito às minhas decisões. Você é o cara.

A minha cunhada, Brunnelly, por admirar minha garra e dedicação, tão vital para me nutrir de força e assim continuar essa árdua caminhada.

Ao meu sogro, Gilson, e a minha sogra, Valdemira, que sempre respeitaram meus objetivos, confiando em meu potencial e creditando as minhas escolhas.

Aos cunhados, Matheus e Inácia. Agradeço a compreensão de que ausências familiares frente aos compromissos são por vezes perdoados. Que venham momentos felizes e compensatórios.

Aos meus sobrinhos queridos, Pedro e Lucas. Que daqui a alguns anos vocês possam ler este trabalho e dizer orgulhosos: “Padrinho quem fez”.

Finalmente e de forma especial, a minha amada esposa Annabelle Vargas. Agradeço a paciência em ouvir-me atentamente, em incentivar-me constantemente, e em iluminar caminhos que por vezes pareciam sombrosos. Sem você não estaria aqui. Obrigado, obrigado, obrigado.

RESUMO

VARGAS, D. S. **Projeto Mais Médicos: as contribuições de uma Política Social de saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Campos dos Goytacazes, 2018.

A ineficiência do “Sistema Único de Saúde” tem sido atribuída, em parte, pela desigual distribuição do profissional médico nas unidades de saúde do país, fato que despertou no Governo Federal ações combativas, culminando com o “Programa Mais Médicos” (PMM), em outubro de 2013. O município de Campos dos Goytacazes/RJ, desde novembro deste ano, conta com estes médicos atuando de forma multiprofissional na resolutividade dos problemas básicos de saúde da sua população adscrita. A pesquisa, desenvolvida no campo das Políticas Sociais, tem por objetivo analisar no município o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB) - eixo responsável pelo provimento emergencial de médicos a atuarem na Atenção Primária à Saúde. O percurso metodológico é de natureza qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas com agentes envolvidos na rede básica municipal de saúde: gestores públicos de saúde e profissionais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, dentre estes os médicos, brasileiros ou estrangeiros. A compreensão desta Política Social perpassa pelo entendimento dos fatores motivadores da implantação do programa no município e pela distribuição espacial das unidades básicas de saúde beneficiadas, pretendendo atingir o objetivo geral de observar, qualificar e compreender as práticas de saúde adotadas pela equipe de Saúde da Família, sobretudo quanto à humanização das mesmas. Tais fatores merecem a devida atenção, de modo a contribuir para o dimensionamento desta política municipal, perseguida nacionalmente por críticas e contradições quanto a sua aprovação. De fato, o que fica como conclusão é que para humanizar práticas de saúde no município torna-se necessário, além de aperfeiçoar quesitos técnicos, estruturais e organizacionais, de sensibilizar pessoas – agentes institucionais detentores de objetivos diversos, em prol de considerar a vulnerabilidade dos usuários dos serviços públicos de saúde, devendo estes, em momento algum serem substituíveis no processo saúde-doença e na condução efetiva da Política Social em questão.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Programa Mais Médicos, Projeto Mais Médicos para o Brasil, Políticas Sociais.

ABSTRACT

VARGAS, D. S. **Projeto Mais Médicos: as contribuições de uma Política Social de saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ.** 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Campos dos Goytacazes, 2018.

The inefficiency of the "Sistema Único de Saúde" has been attributed, in part, to the unequal distribution of the medical professional in the country's health units, a fact that aroused combative actions in the Federal Government, culminating in the "Programa Mais Médicos" (PMM) in October 2013. The municipality of Campos dos Goytacazes/RJ, since November of the same year, counts on these physicians acting in a multiprofessional way in the resolution of the basic health problems of its attached population. The research, developed in the field of Social Policies, aims at analyzing in the municipality the "Projeto Mais Médicos para o Brasil" (PMMB) - the axis responsible for the emergency provision of doctors to work in Primary Health Care. A qualitative study using semi-structured interviews with agents involved in the basic municipal health network: public health managers and professionals enrolled in the Basic Units of Family Health, among them doctors, Brazilian or foreign. The understanding of this Social Policy is based on the understanding of the factors motivating the implementation of the program in the municipality and the spatial distribution of the basic health units benefited, aiming to achieve the general objective of observing, qualifying and understanding the health practices adopted by the Family Health team, especially regarding the humanization of the same. These factors deserve due attention, in order to contribute to the design of this municipal policy, pursued nationally by criticisms and contradictions as to its approval. In fact, the conclusion is that in order to humanize health practices in the municipality, it is necessary, in addition to improving technical, structural and organizational requirements, to sensitize people - institutional agents with diverse objectives, in order to consider the vulnerability of users of public health services, and these should at no time be substitutable in the health-disease process and in the effective conduct of the Social Policy in question.

Keywords: Sistema Único de Saúde, "Programa Mais Médicos", "Projeto Mais Médicos para o Brasil", Social Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	IES em medicina e vagas autorizadas, segundo a natureza da instituição e os estados federativos	58
Figura 02	Aumento em porcentagem de médicos por região do Brasil por UF (2012 e 2015)	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Artigos sobre o PMM segundo principal categoria estudada	81
Gráfico 02	Composição de Médicos do PMMB - Campos dos Goytacazes/RJ	100
Gráfico 03	Duração do "contrato" de trabalho médico por UBS	101

LISTA DE MAPA

Mapa 01	Localização das UBSF – Campos dos Goytacazes/RJ	93
Mapa 02	Localização das UBSF e a centralização das “habilitadas” – Campos dos Goytacazes/RJ	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Relação das UBSF municipais - apresentação das “habilitadas” e “não habilitadas”	29
Quadro 02	Correlação das UBSF “habilitadas” e o número representativo no estudo	30
Quadro 03	Principais iniciativas governamentais de estímulo a interiorização do médico no Brasil	74
Quadro 04	Condução das políticas de saúde dos Governos Estaduais no Rio de Janeiro (2003 - 2012)	89
Quadro 05	Acontecimentos determinantes na organização da rede municipal de saúde em Campos dos Goytacazes (2008 – 2011)	91
Quadro 06	Composição Médica de Equipes participantes do PMMB (mês/ano) - Campos dos Goytacazes/RJ	97
Quadro 07	Permanência do médico do PMMB segundo Unidade Básica de Saúde – Campos dos Goytacazes/RJ	98
Quadro 08	Correspondência numérica das UBSF “habilitadas” após entrevista com os gestores	160

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição de vagas em medicina no Brasil segundo a estimativa populacional, taxa de urbanização e PIB <i>per capita</i> das unidades federativas	59
Tabela 02	Relação de vagas em medicina no Brasil por habitante segundo a natureza da IES	61
Tabela 03	Correlação entre vagas em medicina no Brasil e representatividade da população (por região)	62
Tabela 04	Estimativa populacional, vagas em medicina e distribuição de médicos por região no Brasil	65
Tabela 05	Quantidade de Equipes de Saúde segundo Ano/mês – Campos dos Goytacazes/RJ (2007-2017)	90

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CMPP	Cuban Medical Professional Parole Program
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESFSB	Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMC	Faculdade de Medicina de Campos

FNP	Frente Nacional de Prefeitos
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GF	Governo Federal
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MBN	Medicina Baseada na Narrativa
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
Nepp	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PMM	Programa Mais Médicos

PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIMEC	Sindicato dos Médicos de Campos dos Goytacazes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
CAPÍTULO 1 - O “GRITO” DO SUS EM MEIO AO MODELO BIOMÉDICO: O REFLEXO DO SETOR PRIVADO NA FORMAÇÃO MÉDICA	35
1.1 MODELO BIOMÉDICO: UMA HEGEMONIA CONTESTADA AOS OLHOS DO SUS	41
1.2 HEGEMONIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA: MÉDICOS ESPECIALISTAS	45
1.3 EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA FRENTE A UMA FRACASSADA REGULÇÃO GOVERNAMENTAL	54
1.4 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA DISTRIBUIÇÃO MÉDICA NO BRASIL	63
CAPÍTULO 2 - PROVISÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS E AS PARTICULARIDADES DO PMMB EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ	69
2.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS PARA PROVISÃO DE MÉDICOS NO BRASIL	72
2.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL	75
2.2.1 O que se tem estudado sobre o PMM	76
2.2.2 “Objetivos” do PMM: o Governo Federal e suas ações	84
2.3 “RAIO X” DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO BRASIL: RESULTADOS NA APS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ	88
CAPÍTULO 3 - PRÁTICAS HUMANIZADAS EM SAÚDE: ESTUDOS DE UM BRASIL RECENTE	106
3.1 HUMANIZAR O SER HUMANO: O QUE É ISSO?	108
3.2 “FERRAMENTAS” DA HUMANIZAÇÃO: CUIDADO, VÍNCULO E AUTONOMIA	113
3.3 AÇÕES GOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO	118
3.4 HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA: DO QUE SE TRATA?	120

CAPÍTULO 4 - PERSPECTIVA MUNICIPAL DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO BRASIL: COM A PALAVRA OS GESTORES DA APS MUNICIPAL	131
CAPÍTULO 5 - A DINÂMICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO	154
5.1 UBSF - LOCAL DE ACOLHIMENTO HUMANIZADO?	154
5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE	158
5.2.1 Enfermeiro e Cirurgião-dentista	160
5.2.2 Médicos do PMMB	170
5.3 AGENTES INSTITUCIONAIS: CONFLITOS OU CONCORDÂNCIAS DE POSICIONAMENTOS?	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
REFERÊNCIAS	195
APÊNDICE	219

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

[...] lembrei daquele médico que me atendia vestido de branco
e que para mim tinha um pouco de pai, de amigo e de anjo...
o Meu Doutor que curava a minha dor,
não apenas a do meu corpo mas a da minha alma,
que me transmitia paz e calma!

Onde andaré o meu doutor?
Bruscky (2014)

A presente dissertação preocupa-se em compreender o “Programa Mais Médicos”, implementado no Brasil a partir de 2013 e que ainda resulta em intensos debates acerca de sua legitimidade, de sua continuidade e de seu verdadeiro legado na saúde pública brasileira. As especificidades encontradas em Campos dos Goytacazes, importante município da região Norte fluminense, por vezes corroboram com achados nacionais, por outras expressam suas particularidades na condução da determinada Política Social. Ao momento, antes de adentrar no tema proposto, uma contribuição a respeito das premissas da Política Social.

Originária na Europa Ocidental, no final do século XIX, a partir dos movimentos de massa de ideologia social-democrata dos estados-nação, a Política Social resulta da “dinâmica social, da inter-relação entre os diversos atores, em seus diferentes espaços e a partir dos diversos interesses e relações de força” (PIANA, 2009, p. 23), na tentativa de “manter a ordem social e de velar as consequências nefastas do capitalismo, preservando o bem-estar social, no alcance dos benefícios às classes sociais, e perseguindo a maior equidade possível numa sociedade” (CARVALHO, 2007, p. 75). Logo, parte-se do princípio de ser uma política centrada na inter-relação entre diversos setores e que devem atuar de forma conjunta, com o intuito de estabelecer o bem-estar-social.

As Políticas Sociais, no entanto, podem ser compreendidas como ações conduzidas de forma interdisciplinar, que por si só incute um grau de complexidade na sua execução ao refletir a conjunção de opiniões oriundas de especialistas distintos em seus ramos, com desejos específicos e que são variados e questionados, até certo ponto, por outros, o que toma como marca registrada a presença de críticas diversas sobre sua formulação, implementação, execução e avaliação. Segundo Potyara (2014), a atuação interdisciplinar tem como princípio favorecer a comunicação e as inter-relações das ações, ao passo que deve assumir uma postura horizontalizada - sem a hierarquia do saber - ampliando, contudo, a democracia e a cidadania. Esta desburocratização do saber técnico vem a romper com a lógica positivista de modelos

pragmáticos de política pública, num combate à segmentação da ciência moderna: focalizada, localizada e “presenteísta” (POTYARA, 2014).

Focadas em elevar a qualidade de vida aos mais vulneráveis, tais políticas - as sociais, possuem como alguns dos seus campos exploratórios a educação, a previdência social, a habitação, as políticas de renda e a saúde, que podem e que deveriam atuar de forma conjunta a compensar as adversidades sociais, políticas e econômicas existentes na sociedade capitalista contemporânea.

A Saúde, explorada como Política Social, ganha importantes proporções na medida em que requer uma atuação rápida e eficaz do Estado no combate às mazelas existentes, e que podem causar perdas irreparáveis se não solucionadas a tempo, sobretudo nas populações mais vulneráveis social, cultural, política e economicamente. A interdisciplinaridade, no caso das políticas de saúde, encontra-se discriminada nos atuais estudos sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, deixando este problema de ser pensado e combatido apenas setorialmente pelos gestores da saúde. Segundo Barata (2016), na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, analisando, sobretudo, “a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição do poder, prestígio e bens materiais decorrentes” (p. 18).

De forma a contextualizar a necessidade da interdisciplinaridade nas ações de combate aos problemas de saúde, tendo uma visão macropolítica de todo o caso, os determinantes sociais da saúde, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, considerando os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, tendo como fatores de risco a moradia, a alimentação, a escolaridade, a renda e o emprego, segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006).

Ciente de que o problema da saúde pública brasileira não se resume a um único ponto, há que se considerar a necessidade de ações intersetoriais e que, atuadas conjuntamente, venham a promover a melhoria das condições de saúde da população brasileira de forma equânime e universal, como prometida nas leis vigentes desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Seja na falta de recursos aplicados, na carência da gestão destes, na precarização dos estabelecimentos de saúde, no despreparo dos profissionais de saúde em atuar nas adversidades, ou nas inúmeras outras situações que põem em risco a condução do sistema público de saúde brasileiro, fica notória a necessidade de políticas

amplas quanto ao seu espectro de ação – o que tem ganhado o rumo das atuais políticas de saúde nacional.

Embora seja uma política nacional e de abrangência universal – a todos os brasileiros, o SUS ainda se encontra distante dos grupos populacionais mais vulneráveis e de pessoas que vivem em regiões remotas (BRASIL. MS, 2015) deste país de dimensões continentais. Os seus mais de 25 anos de existência não foram capazes, por exemplo, de garantir a resolutividade desejada de seus serviços básicos (CAMPOS, 2014), e que clama pelo fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família¹ (ESF), como principal “porta de entrada”² do sistema público de saúde (BRASIL. MS, 2015) e que pretende, se estruturada corretamente, reorganizar as demandas existentes em saúde.

Para tal, o modelo de saúde adotado no país: o da Atenção Básica em Saúde (ABS), mas que é denominado no campo internacional Atenção Primária em Saúde (APS), sem perda alguma de sentido, tem como principal ponto de atuação o ambiente social em que as pessoas estão inseridas, ou seja, no território, valorizando as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde – preconizando a ESF. Significa dizer, conforme o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB, 2016) que os serviços de saúde próximos aos domicílios podem resolver em até 80%³ das necessidades de saúde da população, reduzindo assim a gravidade dos fatos e a consequente demanda hospitalar, tendo como produto a humanização das práticas de saúde (TRAD e BASTOS, 1998).

Contudo, os aspectos relacionados à conduta do profissional na sua prática, ou seja, a sua relação com o usuário, e até mesmo para com os outros profissionais da equipe de saúde, constituem um dos desafios do SUS, o que desperta inúmeros estudos a respeito. De maneira sucinta, o profissional de saúde carece de formação, e/ou de informação, a respeito da valorização dos sujeitos implicados no processo contextual de produção de saúde. Tal preocupação decorreu, dentre outras medidas governamentais, na criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”

¹ ESF – iniciada em 1994, recebeu a denominação inicial de Programa de Saúde da Família (PSF). Utilizada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (DAB, 2016).

² “porta de entrada”: local preferencial de entrada dos indivíduos ao demandarem por serviços de assistência à saúde, buscando garantir acesso das populações mais vulneráveis (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

³ Segundo Westphal (2006) este percentual foi primeiramente utilizado por Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, na década de 1970, ao investigar o impacto dos investimentos e gastos em saúde na melhoria dos indicadores. Constatou que 80% das causas das doenças estavam relacionadas a estilos de vida e ao ambiente, o que levou Lalonde a atribuir ao governo a responsabilidade por outras medidas, como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente (poluição do ar, eliminação de dejetos humanos, água de abastecimento público).

(BRASIL. MS, 2008), com o intuito de fortalecer o sistema de saúde “de todos e para todos”. Segundo o MS: “Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL. MS, 2010, p. 8), o que vem a repercutir sobremaneira na qualidade dos serviços públicos de saúde ofertados.

A opção por trabalhar com a análise das práticas humanizadas em saúde, em especial do médico da ESF, sem ausentar a parcela de responsabilidade dos outros profissionais de saúde na condução da APS, em nenhum momento passa pelo desejo de ter, em ao menos algum dia, seguido tal carreira, como se fosse uma espécie de sonho não realizado. Trata-se de apenas uma motivação pessoal em tornar-se um questionador das ações em saúde dos profissionais que se formaram para tal. Muito menos de tentar demonstrar o quanto a categoria se destaca e se torna fundamental - algo como insubstituível e causador de todas as dificuldades enfrentadas pela saúde pública brasileira - ainda que seja o posicionamento de parcela significativa dos gestores, da população, e até mesmo dos profissionais de saúde.

Entusiasmado para aprimorar os conhecimentos sobre a qualidade da educação oferecida pelas instituições de ensino da área profissional escolhida, potencializada pela opção em estudar Políticas Sociais, busca-se compreender os desafios da saúde pública nacional, crendo nas diretrizes do SUS, e que vem a ampliar o sentido da “saúde”, na sua dinamicidade e na complexidade de abordagens, e que justificam a opção do autor em atuar, ao longo destes anos no serviço público, na ABS (ou APS), dando crédito aos anseios da Saúde Coletiva e à interdisciplinaridade da ESF como solução dos principais problemas de saúde da população.

A inquietude sobre a temática, portanto, também parte da empiria de um Cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuante há mais de um decênio. Ou seja, decorre da vivência como profissional da APS ao longo de todo esse tempo e por notar a recorrente dificuldade em prover e fixar o médico nas diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) trabalhadas. Dificuldade esta que acabava por proporcionar “regalias” e “privilégios” nos contratos de trabalho deste profissional, com horários reduzidos a apenas alguns turnos semanais, com salários diferenciados entre a equipe de trabalho, dispensados de participar de eventos educativos, coletivos e preventivos ocorridos nos estabelecimentos de saúde. Reinava o modelo de assistência à saúde estabelecido pelos médicos, limitado a um número de “fichas”⁴ a serem atendidas, e que, numa posição de poder e de soberania, deixavam à

⁴ O termo “ficha” infelizmente ainda é utilizado por muitos profissionais de saúde, e não somente pelo médico. Remete ao usuário que busca assistência aos serviços de saúde. Um termo inapropriado e colocado no texto de

margem o real interessado nas políticas públicas de saúde: o usuário que carece de atenção, de cuidado, e que deve ser tratado como “ser humano” e ter seus problemas resolvidos.

Depositar toda a culpa na deficiência da APS às condutas do médico não parece ser razoável e muito menos condizente com um cenário que exige ações intersetoriais e que carecem de multiprofissionais engajados com a política em destaque. Não se pode dizer que os outros profissionais da equipe da ESF: Enfermeiro, Cirurgião-dentista, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) – restringindo aos que compõem formalmente a ESF e a Equipe de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL. MS, 2011c) sejam impecáveis nas suas práticas de saúde, que sigam integralmente as diretrizes estabelecidas ou que cumpram fielmente seus compromissos para com a população adscrita. Mas, o que motivou a realização desta pesquisa foi acreditar que a não participação do médico nas diversas atividades coletivas e preventivas, além da realização das consultas pré-definidas numericamente e que, por vezes, são conduzidas a uma velocidade incompatível com o que realmente deveria ser, acabam por desconstruir todo o discurso levantado pelos gestores e pelos simpatizantes das políticas de saúde, e que aqui me incluo sem ressentimento algum.

Tudo isso fomenta minha indignação, sobretudo por acreditar que na desigualdade de tratamento concedido pelos gestores aos médicos, por salários atrativos e contradizentes ao trabalho desempenhado, impossibilita a construção de uma equipe de saúde sólida e capaz de transmitir aos entes o sentimento de responsabilidade na saúde do cidadão e que tal comportamento fosse reverberado de forma efetiva no aprimoramento das práticas de trabalho, ressoando na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários. As diferenças nos “contratos” de trabalho dos profissionais de saúde como medida para fixar o médico na UBS, tem como contrapartida, a perda do conceito e a prática de justiça e de igualdade de direitos⁵ entre os profissionais ali atuantes, prejudicando sobremaneira todo o serviço de saúde ofertado, apesar de reconhecer que se tratava da única ferramenta disponível aos gestores.

forma proposital, provocativa e reflexiva. Negri e Di Giovanni (2001) abordam a temática e, segundo os mesmos, trata-se de uma consequência da capitalização/mercadorização do setor saúde.

⁵ Segundo Sandel (2012), algumas considerações devem ser consideradas ao se fazer contratos com justiça: da genética do indivíduo, da classe social que o mesmo proveio, do incentivo recebido, do esforço próprio e do seu talento nato. Tais fatores não devem prevalecer na realização dos contratos sociais, devendo o mesmo, para ser justo, ser realizado sob o “véu da ignorância”. O autor trabalha o “Princípio da Diferença” de John Rawls, o qual respeita as diferenças dos indivíduos e repudia o mérito moral por dois motivos: (1) por valorizar o talento do indivíduo, não sendo este um mérito do ser que o detém, e (2) por se pautar numa valorização arbitrária da sociedade num determinado momento (o que explica, por exemplo: porque um médico ganha altos salários e um professor, muitas das vezes até mais capacitado que o primeiro, não).

Contudo, os motivadores da realização da pesquisa se pautam na vivência do autor, presenciado nas diversas realidades em que atuou. A falta do profissional médico nas unidades de saúde; as regalias concedidas aos profissionais que se dispunham a “doar” (utilizado de modo pejorativo: como se fosse um trabalho voluntário aos médicos e que não recebessem pelos serviços prestados) algumas horas de seu precioso dia em troca de salários muito acima da realidade nacional; e as ações dos gestores em não medir esforços orçamentários na tentativa de fixar o médico na ESF mesmo que por apenas algumas horas semanais, independentemente, muitas vezes, da qualidade e da eficiência dos serviços ofertados.

Explicado os motivos pessoais que desencadearam na realização da pesquisa, o autor desde já despede da escrita na primeira pessoa, crendo que a abordagem na forma impessoal permita demonstrar imparcialidade, sempre na medida do possível, aos posicionamentos tomados, além de promover uma leitura e uma compreensão do trabalho de forma mais suave.

Retornando aos motivos do insucesso da política pública de saúde conforme legalmente prescrita, soma-se aos motivos já apresentados uma visão distorcida, tanto da categoria médica quanto da sociedade em geral, de que o hospital seja visto como principal local de saúde, preocupação registrada há 40 anos por Foucault (1977) na saúde francesa, o que decorre numa preterição aos investimentos e à valorização dos serviços básicos de saúde: da APS. Esta premissa, como um ponto fundamental a ser combatido também no Brasil, é compreendida como geradora da ineficiência, ou da pouca resolutividade da saúde pública do país, atrelado ao altíssimo custo operacional destas instituições e pelo seu caráter excludente, passível de atingir somente parte da sociedade (CAMPOS, 2015). Daí a importância de uma APS fortalecida e que, com a ajuda da ESF, valorize a atuação dos profissionais próximos à realidade social do indivíduo, aumentando a resolutividade dos serviços a um custo reduzido, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças (PAIM, 2009b).

Outro entrave do sistema nacional público de saúde é a carência de recursos humanos, ou, numa visão marxista, a deficiência na Força de Trabalho em Saúde (FTS) – em especial do médico atuante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶ distantes dos grandes centros urbanos e em regiões de maior vulnerabilidade⁷. Talvez seja o que mais ganhe vulto face à elaboração das políticas públicas atuais em saúde. Alguns estudos (MACHADO, 1997; NERI, 2008; MOTA e RIBEIRO, 2017) demonstram que a carência de médicos pode estar associada

⁶ UBS: local de atuação das equipes de APS, com alto grau de descentralização e capilaridade no território nacional. Mais próximo das pessoas (DAB, 2016).

⁷ Vulnerabilidade pode ser vista sob diversos olhares, e possibilita repensar práticas que contribuam na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impactos positivos nos perfis epidemiológicos (MUÑOZ e BERTOLOZZI, 2007).

a uma questão de escolha profissional, fruto do prestígio social da categoria e da consequente preferência em atuar nas regiões urbanas e de maior desenvolvimento econômico. O que de forma alguma desmerece a preocupação na reestruturação do modelo de formação médica, fortemente centrada na tecnologia, nas especializações e nos hospitais, e que deixa para um segundo plano, muitas vezes nem aparece em plano algum, a formação focada na APS, em especial direcionada para atuar em unidades de saúde, na sua maioria, com precárias condições para um digno atendimento.

Concentrando o estudo na análise das práticas do profissional médico, por motivos já explicados, nota-se que a humanização das práticas em saúde nem sempre foi uma preocupação na história da saúde brasileira. O texto em epígrafe na introdução, de Bruscky (2014), demonstra a lembrança por um profissional que, há pouco tempo, “atendia vestido de branco”, como maneira de se identificar à sociedade e assim disponibilizar a ela seus serviços. Serviços estes que transpassavam o que era ensinado nos livros e nos laboratórios da faculdade, assumindo o médico uma posição “de pai, de amigo e de anjo”. Quanto às soluções terapêuticas, iam além das prescrições medicamentosas ou dos pedidos de exames laboratoriais, sendo capaz de, além de curar a dor, também transmitir “paz e calma”. Em síntese, remete a um profissional ainda vivo na lembrança da autora, mas que se encontra cada vez mais raro na atualidade. Aqui fica a reflexão: seria o fim do médico Clínico Geral?

Quanto à formação deste profissional, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL. MEC, 2014) para os cursos de medicina, como forma de reorganização do ensino médico brasileiro, orientam para a retomada na formação de médicos generalistas, mas que foi dissolvida ao longo do tempo. Para os estudiosos da educação médica e formuladores das políticas educacionais do setor, só assim a medicina será capaz de concretizar a Integralidade e a Humanização do Cuidado⁸, por meio de uma prática médica compromissada com a cidadania:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL. MEC, 2014).

⁸ Aqui Cuidado está em inicial maiúscula por tratar de um conceito. Para melhores detalhes ler Ayres (2004). O mesmo recurso será feito por todo o texto, caso mantenha a mesma linha conceitual.

Segundo Eksterman (2003), o médico necessita de uma formação embasada no modelo biopsicossocial, afastando do ainda hegemônico biomédico, construindo uma relação de vínculo com o outro e que seja valorizadora das questões sociais envolvidas. Para o desenvolvimento do modelo pretendido carece entender de “gente”, no sentido do ser humano, sendo necessário, segundo o autor, de uma base educacional sólida em Antropologia, o mesmo valendo para a Psicanálise, na medida em que influencia os aspectos básicos da “dinâmica mental” e auxilia na codificação, por exemplo, das expressões daquele que recorre ao serviço de saúde: os doentes, os pacientes, os clientes, ou melhor, os usuários⁹.

A ausência deste profissional nas instituições públicas de saúde, atuando nos serviços básicos, tem despertado críticas por parte dos estudiosos do assunto (CAMPOS, 2015), dos gestores municipais (FNP, 2013) e, principalmente da população (MELO; BAIÃO; COSTA, 2016) em relação à qualidade da saúde pública nacional, exigindo do Governo Federal (GF) a elaboração de diversas políticas governamentais, iniciadas desde década de 1960 e que culminou com o “Programa Mais Médicos” (PMM), em outubro de 2013 (BRASIL. MS, 2013b).

Cercado de questionamentos, e que serão demonstrados em momento oportuno, no segundo capítulo, o PMM vem ao longo dos seus poucos anos de existência se consolidando como importante Política Social, responsável por (1) prover médico em áreas até então desprovidas desta mão-de-obra, (2) promover melhorias na infraestrutura dos locais de trabalho e, não menos importante, por (3) reestruturar as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina (BRASIL. MS, 2013b). De certa forma, trata-se de uma iniciativa conjunta contra os principais agravos da APS no Brasil: médicos com quantidade, estruturas físicas adequadas, e médicos em qualidade. Uma intersectorialidade exigida pela Política Social de saúde.

Tendo em vista o extenso volume de publicações a respeito do tema em questão, torna-se viável um levantamento do PMM no cenário nacional e internacional, decorrente da busca das produções científicas *online* publicadas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), temporalizada entre o a implantação do Programa, em 2013, ao dia da

⁹ No trabalho será utilizado o termo “usuário”, sendo preterido o uso de outros pelos motivos seguintes: (1) “doente”: vincula a procura dos serviços de saúde apenas em situação de sofrimento, o que limita o conceito ampliado da Saúde (Saito *et al.*, 2013); (2) “paciente”: posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional; (3) “cliente”: procede do vocabulário próprio da economia liberal de mercado, implicando à pessoa que ocorre aos serviços de saúde, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo, não de direito social. Assim, pode-se compreender o termo “usuário” como mais amplo, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania, sendo este quem usa ou desfruta de alguma coisa coletiva.

realização da busca - 05 de maio de 2017. Utilizou-se de análises dos elementos pré-textuais, bem como outros artefatos inseridos nos textos apurados e que, por vezes divergentes, vieram com o intuito de enriquecer o estudo e a tecer, após as devidas diligências, alguns comentários a respeito da referida Política Social.

No presente ponto, deixou-se de lado os “noticiários” *online*, já abordado em tantas outras oportunidades (CUNHA, 2013; MENEZES, 2015, CAETANO, VARGAS e ARRUDA, 2017), importando então analisar as publicações científicas a respeito do Programa, nas suas diferentes temáticas: uma verdadeira contribuição para um conhecimento mais técnico e, porque não, um tanto quanto distante de interesses midiáticos – se é que possível.

Como marco inicial do levantamento bibliográfico, o acesso à BVS se deu pelo endereço eletrônico: <http://bvsalud.org>. Estabelecida em 1998, como plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para gestão da informação e conhecimento em saúde na região da América Latina e no Caribe, a BVS é coordenada pela BIREME¹⁰ e se desenvolve nas instâncias nacionais dos países participantes por meio de redes temáticas de instituições relacionadas à pesquisa, ao ensino ou aos serviços de saúde. Possui, portanto, o objetivo de integrar as fontes de informação em saúde, promovendo a democratização e a ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde (BVS, 2017).

A coleção de fontes de informação da BVS, portanto, está composta de bases de dados bibliográficos produzidas pela própria Rede BVS, como o LILACS¹¹, além da base de dados MEDLINE¹² e de outros tipos de fontes de informação, tais como recursos educacionais abertos, sites de *internet* e eventos científicos. Logo, de maneira sucinta, na BVS encontram-se estudos científicos de diversas nacionalidades, facilitando o acesso a temas de forma prática, sendo utilizado de uma ferramenta de pesquisa específica por palavras-chave, e que possibilita o acesso parcial e/ou completo das publicações.

A busca pelo material utilizou o termo de pesquisa “MAIS MÉDICOS”, e que teve como critério de inclusão os artigos científicos que se encontravam disponíveis por completo via *online*, apesar de não serem todos lidos integralmente durante a fase preliminar. A justificativa desta restrição se dá por serem artigos mais acessados pelos interessados em

¹⁰ O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, conhecido por Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) é um centro especializado da OPAS/OMS, orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A BIREME está localizada em São Paulo, Brasil.

¹¹ Segundo a BVS, LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde.

¹² MEDLINE: sigla em inglês para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). É a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.

aprofundar no assunto, tendo no livre acesso a forma mais democrática possível, e para que, no caso de dúvidas durante a análise dos resumos, haja a leitura de todo o conteúdo escrito. O que motivou a utilização da BVS foi, além da facilidade na obtenção dos resultados da busca, a ausência de qualquer custo pela pesquisa dos materiais, o que garante um acesso “livre” aos trabalhos que ali se encontram. Na sequência, os critérios de exclusão foram: (1) artigos incompletos; (2) artigos que, apesar de serem captados pela busca, não tratavam do PMM; (3) trabalhos referentes a debates, opiniões, entrevistas e trabalhos de conclusão de curso: monografias, dissertações e teses; e, por fim, (4) artigos científicos apresentados de forma repetida, neste caso eliminando sua réplica.

Tendo analisado os principais pontos de destaque de uma revisão bibliográfica do tema, e que serão apresentados os pormenores no capítulo 2, carece de maior atenção, portanto, o primeiro ponto do Programa, também denominado “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), sendo este o eixo a ser explorado no decorrer da pesquisa, na medida em que desperta intensos debates a respeito da sua legalidade e da sua efetividade, e também pelo seu efeito imediatista para a sociedade ao prover médicos para regiões desassistidas. Para Silva Jr. e Andrade (2016), torna-se necessário uma maior atenção no estudo desta política pública quanto à limitação da contratação de médicos estrangeiros, reforçando a necessidade da adesão dos médicos brasileiros.

Considerações à parte, pois estas serão tratadas ao longo dos capítulos que seguem, o PMMB tem um caráter desmitificador da figura “médico” como importância estratégica e fundamental para a qualidade da saúde pública nacional, na medida em que a presença deste profissional nas UBS não mais representa a principal preocupação dos gestores públicos municipais beneficiados pelo Programa. Aos municípios contemplados pelos profissionais do PMMB, os discursos da precariedade da saúde centrado na falta deste profissional, que até então imperavam as críticas sobre a saúde pública, se tornaram obsoletos.

Atualmente, dimensionando o PMMB, são mais de 18 mil médicos aderidos espalhados pelos diversos cantos do Brasil, inclusive em todos os 34 Distritos Indígenas (BRASIL. GF, 2017a). Segundo Miranda *et al.* (2017), além da expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), o Programa também proporcionou redução na rotatividade deste profissional, melhorando o acesso a estes serviços e, por consequência, o desempenho da APS no Brasil.

Assim como ocorreu por todo o país, atualmente presente em 73% dos municípios (BRASIL. GF, 2017a), o município de Campos dos Goytacazes/RJ teve sua adesão ao PMMB protocolada em novembro de 2013, como forma de reestruturar os serviços básicos de saúde

municipal, na medida em que viabilizou a implantação das primeiras equipes da ESF, após a paralisação destes serviços desde o ano de 2008. Este feito, o PMMB, ocorreu no município após reiteradas medidas não exitosas voltadas para a fixação de médicos na APS¹³, compondo a ESF (VARGAS, CAMPOS e VARGAS, 2016), a que cabem, ao trabalho como um todo, as considerações a respeito da implantação e da condução desta Política Social local, sobretudo quanto às práticas humanizadas em saúde dos profissionais atuantes nas unidades de saúde.

Desta forma, o trabalho encontra-se estruturado numa revisão teórica, capaz de: (1) correlacionar Saúde, no âmbito da Política Social; (2) apontar as motivações a respeito dos caminhos tomados pela medicina brasileira e sua repercussão na formação profissional e na atuação na APS; e (3) conhecer o PMM, suas questões críticas, os caminhos percorridos e os resultados por ora alcançados. Enfim, serão estes os primeiros passos até a chegada ao objetivo principal do estudo: analisar o “Programa Mais Médicos”, especificamente o PMMB, a partir dos agentes institucionais pertencentes à ESF de Campos dos Goytacazes/RJ. Trabalha-se, portanto, na hipótese de que o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, dentro dos objetivos propostos pelo Governo Federal, contribui positivamente nas Políticas Sociais em Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, sobretudo tornando as práticas em saúde dispensadas na ESF compatíveis à perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Por se tratar de uma política implementada nacionalmente, carece, todavia, documentar os motivadores políticos na implantação do programa no país, desbravando os caminhos percorridos, os avanços e as críticas a respeito de um todo – numa visão macropolítica. Já na esfera municipal, objetiva-se esclarecer como o PMMB repercutiu em nível local, conjugado à empiria do autor, como profissional de saúde da ESF deste município, e que perseguirá um posicionamento técnico e isento de interesses político-partidários.

Destarte, por meio de um estudo qualitativo com os agentes envolvidos na rede básica municipal de saúde, quais sejam: gestores públicos e profissionais de saúde inseridos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), dentre estes os médicos, brasileiros ou estrangeiros, pretende-se, de forma específica, analisar o PMMB municipal sob as seguintes questões de pesquisa: (1) quais os fatores motivadores da implantação do PMMB em Campos dos Goytacazes/RJ e como isso repercutiu no município? (2) de que maneira o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, dentro dos objetivos propostos, tem contribuído para as Políticas Sociais em Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ?

¹³ A Atenção Primária à Saúde (APS) - termo mundialmente utilizado em referência à Atenção Básica à Saúde (ABS), este mais usado no Brasil. No estudo em questão será priorizado APS.

Ao momento, seguem as considerações sobre o percurso metodológico adotado. De forma a fortalecer os estudos qualitativos, atuando no campo da subjetividade e do simbolismo, o estudo se fundamenta no significado, nos motivos, nas aspirações, nas crenças e nos valores expressos na vida cotidiana. Apesar da incipiência desta metodologia no campo da Saúde (MINAYO e SANCHES, 1993; TURATO, 2005), nas Políticas Sociais, na qual o estudo verdadeiramente se sustenta, parece estar mais solidificada a empregabilidade das técnicas qualitativas nas pesquisas.

Para Santos, Meneses e Nunes (2004), o que se passou no século XVII em relação às ciências foi fruto da ascensão do modelo capitalista, resultado de uma força muito mais política e econômica do que epistemológica. O domínio científico em detrimento das formas de conhecimentos alternativos de grupos sociais gerou uma verdadeira “destruição criadora”, intitulada por estes autores como “epistemicídio”. Assim, as Ciências Sociais e seus desdobramentos ficaram marginalizados aos países menos desenvolvidos, enquanto a tecnologia era posta em prática nos países europeus dominantes.

A segregação do conhecimento e a preterição em trabalhar com estudos subjetivos, limita, até os dias de hoje, a ciência moderna, refletida por conflitos em trabalhar conjuntamente pesquisas de caráter qualitativo e quantitativo. O que, para Minayo e Sanches (1993) deveriam ser complementares:

Nenhuma das duas (abordagem quali ou quantitativa), porém, é boa, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade. Um bom método será sempre aquele, que permitido uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 239).

Ribeiro, Souza e Costa (2016), utilizando do editorial da revista “Ciência e Saúde Coletiva”, frisam que a saúde carece de estudos qualitativos, estando ainda marcante a prevalência na publicação de ensaios clínicos que podem ser reproduzidos a todo o momento, desde que seguidos os passos minuciosamente descritos. Segundo estes, são incontornáveis os atributos da pesquisa qualitativa para a construção do conhecimento, “pois o que eventualmente se desaproveita em extensão rentabiliza-se em profundidade e compreensão.” (RIBEIRO, SOUZA e COSTA, 2016, p. 2324). Logo, o estudo das práticas de saúde, no que tange ao tratamento do doente - e não o da doença - e às relações entre profissionais de saúde e usuários do sistema público de saúde, não podem ser reproduzidos indiscriminadamente, como se fizessem parte de um estudo experimental em que as variáveis pudessem ser

controladas. Não trata de um determinismo mecanicista (SANTOS, 2003), pois há dimensões subjetivas, que admitem “a experiência, o vivido, as emoções e sentimentos” (BOSI e UCHIMURA, 2013, p. 92).

De forma a deixar claro o caminho a ser seguido na pesquisa, tendo posse dos posicionamentos a respeito das pesquisas e da complementaridade de dados objetivos para o aprimoramento dos resultados, trata-se de um estudo de cunho predominantemente qualitativo, pautado na análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os principais agentes das políticas públicas de saúde municipal e que implicam no desenvolvimento da APS municipal. Na vertente das Políticas Sociais, tem como cerne as questões analíticas sobre o apurado no trabalho de campo, mas que não fica em momento algum impedido a apresentação e a discussão, sempre que possível, de dados numéricos no desenvolvimento dos argumentos e que venham a confrontar ou a corroborar os conteúdos das entrevistas.

Em relação aos gestores, o foco será sobre a organização, o planejamento e a avaliação das ESF estruturadas a partir da adesão municipal ao PMMB, ocorrido a partir do final de 2013. Desta forma, seguindo o organograma municipal (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2014) estarão aptos a participarem do trabalho os ocupantes dos cargos de Subsecretário de Atenção Básica, Diretor Adjunto de Atenção Básica, Gerente do Programa ESF, e Apoiador Institucional¹⁴. A escolha e as abordagens dos servidores serão devidamente delineadas na apresentação do capítulo referente aos relatos – capítulo 04.

A identificação dos nomes e a discriminação dos cargos aos quais ocupam os gestores entrevistados serão preservadas, segundo explícito no “Termo de Consentimento para o uso de Voz e Imagem” e devidamente assinado pelos mesmos previamente às entrevistas. Esta categoria, dos gestores, será identificada pela letra “G”, seguido de um número cardinal obtido segundo a ocorrência das abordagens, mas que será dada de forma aleatória e distinta do sistema organizacional utilizado pelo município. A análise destas entrevistas visa, não somente, mas como outras contribuições que cabem a todo o processo de entrevista semiestruturada: compreender como se deu a adesão municipal ao PMMB, abordando toda a dificuldade enfrentada ao município em prover e fixar médico para a ESF, os critérios utilizados para as escolhas das UBS beneficiadas, e como ocorreu a distribuição destes

¹⁴ De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL. MS, 2008), apoio institucional é um dispositivo de intervenção que propõe um ‘modo de fazer’ mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política pública. Com a função “apoio”, procura-se solidificar os princípios do SUS em seus modos de operar nas unidades de saúde da APS, estando junto com os diferentes sujeitos que constituem o sistema de saúde – gestores, usuários e trabalhadores –, articulando as ações dos serviços que compõem a rede, favorecendo trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

profissionais nos diversos territórios de saúde¹⁵, além de pautar os desafios e avanços na saúde pública municipal após a adesão a esta Política Social.

Em continuidade ao processo de análise qualitativa do PMMB em Campos dos Goytacazes, considerando as práticas de trabalho da equipe da ESF, procurar-se-á, por meio do trabalho de campo realizado nas UBS e da análise de conteúdos dos relatos dos profissionais de saúde que compõem estas equipes da ESF, capturar evidências, posicionamentos ou até mesmo contradições a respeito: (1) do processo de implantação das equipes de saúde da família; (2) dos pontos positivos e negativos do PMM segundo o entendimento e a vivência dos profissionais de saúde; e (3) dos pontos de destaque do Programa em nível municipal, numa visão micropolítica da referida Política Social, seja positiva ou negativa do que se pretende avançar na melhoria do acesso e na qualidade dos serviços ofertados à população beneficiada.

Por não ter um caráter comparativo, a pesquisa não se preocupa em abordar os profissionais que atuam fora deste contexto, ou seja: não estão incluídos no estudo os profissionais de saúde que atuam em UBS desprovida de médicos pertencentes ao PMM, e muito menos profissionais que não atuam na APS municipal.

Aceitando que uma das funções dos Sistemas de Informações em Saúde é promover subsídios para análise e melhor compreensão das situações de saúde da população, auxiliando inclusive na tomada de decisões e no desenvolvimento de estudos sobre a saúde, ainda que pouco explorado pelos estudiosos do campo (PIERANTONI *et al.*, 2011), recorreu-se ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para o conhecimento dos estabelecimentos de saúde do município estudado, obtendo dados a respeito da FTS neles disponíveis. Desta forma, a informação a respeito do número de equipes de ESF e seus respectivos profissionais foram extraídos desta ferramenta, que com acesso irrestrito e *online* em muito contribuiu para o desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde no Brasil.

Quanto aos profissionais de saúde, foram entrevistados apenas os que possuem formação acadêmica de nível superior e que, ao tempo do levantamento prévio realizado, em janeiro de 2017, atuavam na ESF, seguindo as profissões previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011¹⁶ (BRASIL. MS, 2011c). No caso em tela fazem parte do estudo o

¹⁵ A categoria “território” é trabalhada conforme o conceito de Milton Santos, ultrapassa o campo da geometria, ao compreender como processo e produto das relações sociais. Desta forma, compreender o território permite ao gestor programas de saúde eficazes, atento às demandas específicas (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

¹⁶ A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, 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. Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal - eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em

profissional Enfermeiro e o profissional Cirurgião-dentista, estes servidores pertencentes ao regime estatutário municipal, e o Médico, “Bolsistas” do PMMB. A identificação destes profissionais segundo a especialidade de suas atividades obedece à nomenclatura adotada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (BRASIL, 2017c). Destaca-se que não existe médico atuante na ESF de Campos dos Goytacazes/RJ que faça parte do quadro de servidores municipais.

Por se tratar de um número excessivo de profissionais para a realização de um trabalho qualitativo, 49 ao todo, distribuídos em 16 UBSF¹⁷ cadastradas pelo MS, a prioridade na participação do estudo se deu aos profissionais que atuam em UBSF e que tenham Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal considerada “completas”, dentro da composição mínima estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Acredita-se que assim, nesta composição de profissionais de saúde, permita uma análise mais próxima do que seria o funcionamento ideal da ESF, não tendo como motivo a falta da FTS, que por ventura poderiam impedir a realização das atividades em saúde ou até mesmo sobrecarregar os afazeres de um profissional por ausência de outro.

Este recorte inicial, segundo as normas vigentes, delimitaria para 06 as equipes consideradas “habilitadas” a participarem do estudo (BRASIL. CNES, 2017), reduzindo do total de 16, conforme demonstrado no quadro¹⁸ a seguir (Quadro 01). De forma a impedir a identificação da unidade de saúde, o que possibilitaria, na sequência, a identificação do profissional de saúde entrevistado, tomou-se o devido cuidado de, desde o início, representar tais estabelecimentos de saúde por letras do alfabeto português, apresentada em caixa alta e de maneira sequencial, mas que de forma alguma tenha relação de proximidade entre as mesmas, ou que sejam ordenadas conforme grau de importância, ou vinculadas a qualquer outra associação. Enfim, de forma estritamente aleatória.

saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área.

¹⁷ O município possui, nos dias atuais, 18 equipes da ESF espalhados em 16 UBSF. Logo, 02 UBSF possuem 02 equipes, o que é possível segundo as Portarias regulamentadoras do MS.

¹⁸ A título de informação, é denominado “quadro” toda e qualquer informação resumida e apresentada em forma de texto, e que não tenha como informações principais dados quantitativos. Já “tabela” é o recurso de apresentação de números, de forma a facilitar a compreensão e a fixação das informações pelo leitor.

Quadro 01 – Relação das UBSF municipais - apresentação das “habilitadas” e “não habilitadas”		
UBSF	Habilitado/Não habilitado	Justificativa
UBSF A	Não habilitado	Falta de Cirurgião-dentista
UBSF B	Não habilitado	Desativado (Portaria SAS/MS nº 118/2014c)
UBSF C	Habilitado	--
UBSF D	Não habilitado	Excesso de 01 Técnico de Enfermagem
UBSF E	Não habilitado	Falta de Auxiliar em Saúde Bucal
UBSF F	Não habilitado	Falta de Auxiliar em Saúde Bucal
UBSF G	Não habilitado	Falta de 01 Enfermeiro e de 01 Técnico de Enfermagem
UBSF H	Habilitado	--
UBSF I	Habilitado	--
UBSF J	Não habilitado	Excesso de 01 Técnico de Enfermagem
UBSF K	Não habilitado	Excesso de 01 Técnico de Enfermagem
UBSF L	Habilitado	--
UBSF M	Não habilitado	Falta de Auxiliar em Saúde Bucal
UBSF N	Habilitado	--
UBSF O	Não habilitado	Falta de Auxiliar em Saúde Bucal
UBSF P	Habilitado	--
TOTAL	Não habilitados: 10	Habilitados: 06
Fonte: BRASIL. CNES (2017). Elaboração própria.		

O critério de exclusão para a participação da pesquisa - as consideradas inabilitadas, atuou somente como uma ferramenta de recorte da amostra, dando transparência e seguridade no processo de trabalho de campo e na escolha dos profissionais de saúde a serem entrevistados. Diversos foram os motivos que impossibilitam o não enquadramento das 10 UBSF consideradas “não habilitadas”: ausência de profissionais que compõem a equipe (06 casos), excesso de profissionais (03 casos), e falta de atualização dos dados por mais de 06 meses (01 caso), segundo Portaria SAS/MS nº 118/2014 (BRASIL, 2014a). Portanto, estar destoante com as Portarias vigentes permitiu o refinamento e direcionou as escolhas das unidades a serem pesquisadas.

Também por questões éticas, os nomes dos profissionais entrevistados serão preservados e identificados pela sigla “M”, no caso do Médico, “E” para o Enfermeiro, e “D” para o Cirurgião-dentista, seguido de um número cardinal, de 1 a 6, obtidos pela sequência das unidades enquadradas como “habilitadas”. Assim como ocorreu com os gestores, os representantes dos profissionais de saúde também assinaram o “Termo de Consentimento para o uso de Voz e Imagem”. O quadro a seguir demonstra melhor como se deu a identificação destes profissionais (Quadro 02).

Quadro 02 – Correlação das UBSF “habilitadas” e o número representativo no estudo				
UBSF Habilitadas	Número representativo da UBSF	Médico da ESF	Cirurgião-dentista da ESF	Enfermeiro da ESF
UBSF C	1	M1	D1	E1
UBSF H	2	M2	D2	E2
UBSF I	3	M3	D3	E3
UBSF L	4	M4	D4	E4
UBSF N	5	M5	D5	E5
UBSF P	6	M6	D6	E6
Fonte: Elaboração própria.				

O motivo de não trabalhar com os profissionais de nível técnico, sendo eles: “Técnico de Enfermagem da ESF” e “Técnico em Saúde Bucal da ESF”; com os profissionais de nível médio: “Auxiliar de Saúde Bucal da ESF”; e também com os profissionais de nível fundamental: “Agente Comunitário de Saúde” (ACS), recaiu no extenso volume de profissionais deste universo (113 no total), reforçado pela diversidade de formação entre estes e pela dificuldade em adotar um critério de seleção para os possíveis entrevistados. A exclusão destes profissionais de saúde na pesquisa vem a corroborar com o ponto de vista crítico de Pereira e Ramos (2006), que apresentam como desafio no estudo da educação profissional em saúde a carência de trabalhos a respeito da formação dos profissionais de nível técnico, médio e fundamental que, embora seja capaz de refletir em qualidade no atendimento à população, é pouco estudada.

Quanto aos usuários do sistema público de saúde, o consenso em não serem utilizados na pesquisa partiu, primeiramente, pelo grande volume de pessoas, seguido pelas diferentes realidades nas quais estes acessam os serviços locais de saúde, e finaliza com o exaustivo número de trabalhos nacionais já publicados a respeito, inclusive com semelhanças nas conclusões – de que o PMMB tem sido positivamente avaliado na visão deste público. Para citar alguns: Silva e Souza (2015), Gomes *et al.* (2016), Silva *et al.* (2016), e Melo, Baião e Costa (2016). Não que tais estudos tratem de usuários de Campos dos Goytacazes, mas que, a previsibilidade da conclusão poderia, na visão do autor, pouco contribuir para um dos objetivos propostos: analisar as práticas de saúde das ESF contempladas com o PMMB, quanto ao eixo humanização da atenção a saúde. Desta monta, trabalhar com usuários pode distanciar, a depender de quem é o público entrevistado e de quais são seus anseios individuais, do objetivo central da pesquisa, não coadunando com os anseios do autor.

De forma a proceder com as questões éticas envolvidas, anteriormente à entrevista todos os envolvidos tiveram o total esclarecimento quanto ao trabalho em realização, quanto

aos riscos e aos benefícios na participação, bem como a possibilidade do entrevistado em desistir do feito em qualquer fase do mesmo, e de que seu sigilo estará sempre preservado. Após, procede-se a assinatura do “Termo de Consentimento Esclarecido para o uso de Voz e Imagem”. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Parecer de número 2.222.687.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho do entrevistado, ou seja: na UBSF em que atuam os profissionais; e na secretaria municipal de saúde, local de trabalho dos gestores. Foram guiadas por um roteiro que, de forma semiestruturada, conduzidas com base em uma estrutura flexível, consiste em questões as quais o entrevistador ou a pessoa entrevistada poderão intervir com a finalidade de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE e MAYS, 2009). Os roteiros utilizados obedeceram à categoria do entrevistado, e se deu em três tipos: (1) gestores, e (2) profissionais de saúde e (3) médicos participantes do PMMB. Muito embora a entrevista possa transcorrer por caminhos diversos do anteriormente projetado, a depender da situação, as mesmas seguirão um roteiro prévio, de forma a contentar o estudo em questão (APÊNDICE).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente, o mais rapidamente possível de sua realização, transcritas integralmente, para análise. Acredita-se que o lapso temporal, o menor possível entre a entrevista e a transcrição e o registro dos dados adicionais, permite a maior captura de detalhes dos fatos observados. Segundo Gaskell (2013), a entrevista qualitativa fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais, passível de detalhar crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos.

Uma importante ferramenta de coleta de dados utilizada foi o caderno de campo, em que foram anotadas impressões e comentários de forma a incluir o ponto de vista do entrevistado, suas ideias e impulsos que, posteriormente, orientaram a construção de toda a análise. Todo o material, as anotações e a transcrição das entrevistas, deram sustentação às temáticas emergentes.

Para a interpretação dos dados adotou-se a técnica da análise de conteúdo, esperando que, ouvindo atentamente as gravações e, por conseguinte, acessando as transcrições das entrevistas e as anotações de campo, elementos importantes fossem captados. Segundo Minayo a análise de conteúdo significa mais que um procedimento técnico, “faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais” (Minayo, 1992, p. 199).

Retornando ao município escolhido, Campos dos Goytacazes, cabe ressaltar que possui grande importância para a Região Norte do estado do Rio de Janeiro, mas que a

escolha não se baseou nas características físicas, políticas e econômicas. O verdadeiro descaso na efetivação da ESF, demonstrado por Vargas, Campos e Vargas (2016), e a sua reestruturação viabilizada apenas a partir da adesão municipal ao PMMB, em novembro de 2013, permite, de certa maneira, “apurar” o significado do programa quanto ao fortalecimento das práticas de trabalho da ESF municipal, uma vez que a retomada dos serviços desta natureza se deveu ao provimento de médicos do Programa e de que inexistia equipe de Saúde da Família que não possuía médicos “Bolsistas” do PMMB (BRASIL. CNES, 2017).

Outro motivo decorre da atuação do autor nesta rede de serviços básicos de saúde: servidor público desta municipalidade por mais de seis anos. Cirurgião-dentista da Saúde da Família, o mesmo acompanhou, na prática de seu trabalho, todo o processo de reestruturação da ESF: a ausência de médicos nas UBSF, mesmo após convocação dos aprovados em Concurso Público (realizado em 2008, mas convocados somente em 2011); e a inércia da APS municipal em decorrência da ausência deste profissional, mesmo tendo o município realizado algumas ações de modo a prover médicos, até a chegada dos mesmos pelo PMMB.

Ao apurar os dados, relatos importantes no que se refere aos princípios doutrinários e organizativos do SUS são devidamente analisados, em especial ao que se refere à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”. Isto posto, a pesquisa caminha na tentativa de alcançar seu objetivo principal proposto e que, estruturada em cinco capítulos, merece aqui ser ratificado: “Analisar o “Programa Mais Médicos”, em especial o eixo “Projeto Mais Médicos para o Brasil” enquanto Política Social, a partir dos agentes institucionais pertencentes à Estratégia de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes/RJ”.

Na primeira parte, uma revisão sobre a importância das Políticas Sociais de Saúde, na tentativa de promover a igualdade de acesso aos serviços, o que exige um embasamento histórico e científico, principalmente a respeito à extenuante e permanente tentativa de consolidação da APS nacional. Para tal, a utilização de autores consagrados na história da saúde pública nacional, dentre eles Sérgio Arouca, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Jairnilson Silva Paim, Gastão Wagner e Maria Cecília de Souza Minayo, sem a pretensão de esgotar os pioneiros no assunto, e que, complementados por publicações das principais instituições de pesquisa e de ensino na área, em especial: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), tendem a solidificar alguns conceitos e a traçar alguns caminhos, ainda que haja discordância de alguns pontos de vista: tão salutar ao desenvolvimento da ciência.

A carência de recursos humanos em saúde, em especial o médico, e os caminhos

tomados pela profissão no Brasil, além de sua repercussão na qualidade do sistema público de saúde, foram alicerçados por estudos sobre a realidade do médico no Brasil, como exemplos: “Os Médicos do Brasil: um retrato da realidade” (MACHADO, 1997), e “Demografia Médica no Brasil 2015” (SCHEFFER *et al.*, 2015b), além de artigos diversos sobre o tema.

É neste caminho que se constrói o referente capítulo, ficando para o debate a incompatibilidade do modelo assistencial biomédico para com o avanço do SUS, considerando as permanentes e expressivas atuações do setor privado nas diferentes frentes deste sistema. O que se observa é que a carência de médicos atuantes nas UBS de todo o Brasil deve ser vista com cautela, havendo uma desigualdade latente na distribuição regional deste profissional, e que apesar do GF ter tomado medidas no intuito de avolumar a formação deste profissional, recentemente via o PMM, estas acabam por se render aos anseios do capital privado e que a tanto se torna incompatível às premissas do SUS.

No capítulo seguinte, aprofunda-se a questão de carência do médico brasileiro, fato que serviu de embasamento para a construção do PMM, mas que são questionados por muitos estudiosos. De antemão, cabe ressaltar que trata de um assunto polêmico, controverso, e que deve ser regionalizado, tendo em vista os anseios divergentes dos estudiosos, dos gestores, dos profissionais e dos usuários do sistema público de saúde. Cabe também ao momento uma abordagem a respeito dos esforços governamentais em prover e fixar este profissional no interior do país, tendo como ápice a estruturação e a implantação do PMM.

No terceiro capítulo é trabalhado o conceito de humanização e como se aplicada atualmente na saúde brasileira. Diversos autores são utilizados como base e, apesar de distintos pontos de vistas, são unânimes em chamar atenção da ineficiência das práticas de saúde, em especial na APS do Brasil, devido ao afastamento do respeito e da falta da valorização da pessoa humana. Outro destaque é que não trata de uma ação de apenas um determinado profissional, como se demonstra no senso comum na atuação do médico, mas que necessita de mudanças em todos os setores, desde o ensino acadêmico ofertado no país, ao formato da gestão pública da saúde, passando pelas condições de trabalho, pela organização deste trabalho em equipe e pela autonomia concedida ao portador da demanda - o usuário. De posse do roteiro apresentado, acredita-se num embasamento teórico suficiente e, juntamente com a apresentação de estudos práticos a respeito da humanização do cuidado em saúde do profissional médico atuante na APS, vem a “fertilizar o solo” para os capítulos finais.

Por fim, é apresentado o resultado da análise das entrevistas, tendo os questionamentos previamente levantados e discutidos com os relatos dos entrevistados, com os registros de

campo do autor e, utilizando em alguns momentos, contribuições a partir da empiria do mesmo. De forma didática, a análise se deu de maneira separada em dois capítulos: em relação aos gestores, o que será abordado no quarto capítulo, e sobre as condições encontradas nas unidades de saúde pesquisadas acompanhado dos relatos dos profissionais de saúde, cabendo ainda a este último – o quinto capítulo, algumas associações nos relatos dos agentes institucionais, de modo a corroborar ou a contradizer determinadas questões analíticas.

Como marco central do estudo, a humanização das práticas em saúde das ESF beneficiadas pelo PMMB de Campos dos Goytacazes carece, sobretudo, de sensibilizar pessoas com diferentes objetivos em prol da melhoria assistencial da APS. Como toda Política Social, o PMMB atua incisivamente na redução das desigualdades de acesso aos serviços médicos, mas que não deve ser considerado o único ponto capaz de visar qualidade nos serviços. As práticas de saúde no município clamam por ações intersetoriais e que abranjam todos os agentes institucionais envolvidos neste processo, sejam gestores, profissionais e usuários, considerando, sobretudo a polissemia da Humanização, conforme demonstrado. Desta forma, acredita-se na relevância do trabalho ao expor alguns dos contratemplos da saúde pública municipal destacada, podendo servir na elaboração de ações combativas a esse respeito.

CAPÍTULO 1 – O “GRITO” DO SUS EM MEIO AO MODELO BIOMÉDICO: O REFLEXO DO SETOR PRIVADO NA FORMAÇÃO MÉDICA

Quando você decide que vai ser médico, já está comprometido moralmente: nós temos de fazer nosso trabalho onde fazemos falta [médica Mayra Martinez] (LINO, 2016).

No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) é referida como Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo aqui preferida a primeira nomenclatura por tratar-se de um termo internacionalmente utilizado e amplamente encontrado nos estudos de ampla divulgação, embora seja prudente a utilização do segundo em algumas ocasiões, em especial quando se trata de citações de normativas nacionais. Inicialmente, de forma a tornar claro alguns desafios da APS nacional, tendo como um dos motivos a carência de médico atuante de forma efetiva e resolutiva dos problemas básicos em saúde da população brasileira, alguns termos técnicos e de suma importância na compreensão de toda esta dinâmica são por ora apresentados.

Antes de adentrar no assunto proposto ao capítulo, cabe ressaltar que o modelo biomédico, também chamado de “modelo flexneriano”, “modelo cartesiano”, “medicina científica” ou “biomedicina”, consiste no modelo assistencial em saúde hegemônico no Brasil, e que o mesmo está centrado na doença, na valorização do ambiente hospitalar como estabelecimento de saúde, no uso intensivo de tecnologia e na estruturação das especialidades em saúde (SILVA JÚNIOR, 2007), tendo no corpo humano um olhar fragmentado e objetivado nas queixas apresentadas pelo “doente”, atuando distante da subjetividade e do contexto social ao qual o usuário do sistema de saúde se relaciona no processo de saúde-doença.

De forma resumida, o modelo de saúde vigente no Brasil destoa dos princípios básicos da APS, devendo ser uma estratégia para organizar o sistema de saúde, tendo como pressuposto responder às necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais, a fim de promover a saúde como direito social (SOUZA, 2014).

Ainda utilizando de Silva Júnior (2007), modelo assistencial diz respeito à organização dos recursos físicos, tecnológicos e humanos aplicados na saúde de uma nação, com o intuito de organizar, planejar e executar os problemas de saúde de toda a coletividade. Não deve soar como algo rígido, exemplar, uma norma ou um padrão a que todos deveriam seguir, mas que deve servir de identificação dos principais traços (PAIM, 2009a) e que demarcam uma tendência, um caminho coletivo seguido pela gestão e pela execução da saúde pública.

De modo complementar a organização do sistema de saúde, além da APS, com seu caráter preventivo aos agravos, promotor de saúde e que se materializa tanto em ações individuais quanto em coletivas, e que deveriam estar territorialmente inseridos no contexto social do indivíduo, encontram-se, também, de forma mais assistencialista os serviços de média e de alta complexidade, responsáveis por atuarem de forma específica às demandas individuais em saúde, devendo ser acionadas somente após o completo esgotamento e a não resolutividade dos serviços primários. Sendo assim, de maneira bem generalizada, a saúde de média complexidade é acionada com a utilização dos serviços das especialidades em saúde, ou seja, serviços que extravasam à competência do profissional generalista, restando à alta complexidade, no geral, os casos que necessitem de atendimentos de urgência e/ou de emergência¹⁹.

Portanto, com o intuito de correlacionar os termos acima expostos ao conteúdo apresentado a seguir, pode-se dizer que uma APS efetiva e organizadora dos serviços de saúde possibilita resultados positivos na saúde da população e na eficiência do sistema de saúde (STARFIELD, 2002), na medida em que este modelo deve ser construído de acordo com o contexto socioeconômico e cultural de determinada população, constituindo o primeiro ponto organizativo de uma rede de atenção, sustentada teórica e ideologicamente na garantia do direito universal à saúde (SOUZA, 2007).

De certa forma, diante do já exposto, a APS se identifica mais com os princípios do modelo de saúde denominado “biopsicossocial”, afinidade esta prejudicada pela hegemonia do modelo biomédico desde a década de 1970, que por interesses diversos e um tanto quanto impróprios ao avanço da política pública se encontram bastante expressivo no Brasil. Quanto ao modelo biopsicossocial, o mesmo será apresentado de forma sucinta e no decorrer de todo o trabalho, acompanhando a atual representatividade que o mesmo possui no cenário da saúde pública brasileira, seja por parte dos gestores, dos profissionais e até mesmo dos usuários. Apesar dos estudos estarem avançando nesta tendência de incentivo ao modelo biopsicossocial, ainda é uma realidade distante frente aos desafios encontrados.

Realizando um recorte histórico, nota-se que o esforço normativo a fim de reorganizar o modelo público de saúde brasileiro ganhou notoriedade com a Constituição Cidadã

¹⁹ Termos utilizados mais no campo da Saúde e que são diferenciados, à grosso modo, quanto ao risco iminente de morte ou de prejuízos irreparáveis ao indivíduo, sendo os procedimentos considerados urgentes, embora importantes e relevantes à integridade da saúde, de menor potencial lesivo aos procedimentos ditos de emergência.

(1988)²⁰, e em seguida, dois anos depois, institucionalizado com a criação do SUS²¹ (BRASIL. MS, 1990). Propondo um sistema de saúde que deveria seguir o caminho da equidade, da universalidade e da integralidade – do bem comum e da justiça social, o sistema único de saúde brasileiro surge depois de reiteradas manifestações mundiais e nacionais, no intuito de democratizar o acesso à saúde dentro da coletividade, dando autonomia aos usuários e fomentando a participação ativa destes quanto às reivindicações em saúde. Portanto, o SUS nasce após o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1970 e que ainda sofre constantes remodelações. Segundo Paim (2013, p. 23), num pronunciamento no 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, realizado em Natal/RN, “A Reforma Sanitária não é alguma coisa que aconteceu lá em mil novecentos e alguma coisa. Ela é um movimento. Todos vocês, cotidianamente, são a Reforma Sanitária”.

Há, portanto, que registrar a atuação de forças predatórias no sentido de dificultar ou mesmo impossibilitar o desejado andamento da política nacional de saúde, que pode ser traduzida na mudança de modelo de saúde – no sentido de compreender o processo saúde-doença numa amplitude superior à simples observação de presença/ausência da doença. Segundo Paim (2013), alguns desafios precisam ser observados, em especial os atrelados à equidade, à integralidade e à gestão de recursos humanos em saúde, capazes de resultarem, de forma isolada ou conjuntamente, numa baixa efetividade da APS, sobrecarregando os serviços mais complexos em infraestrutura e que utilizam, necessariamente, de tecnologias “maiores” – mais densas e mais custosas aos cofres públicos. O autor enfatiza ainda a influência do setor privado, atuante a todo o momento na história da saúde pública brasileira, sobressaltando aos anseios da coletividade e desprezando o caráter social inserido na saúde, o que prejudica a materialização do modelo de saúde biopsicossocial.

Neste caminho que se constrói o referente capítulo. Fica para o debate, portanto, um aprofundamento na incompatibilidade do modelo assistencial biomédico para com o avanço do SUS, considerando as permanentes e expressivas atuações do setor privado nas diferentes frentes deste sistema, sendo algumas delas: a formação em saúde altamente especializada, tornando o profissional cada vez mais específico a uma demanda e cada vez menos generalista; a valorização dos serviços de maior complexidade, em detrimento dos serviços de promoção e prevenção; e a medicalização excessiva da população, bem como a realização

²⁰ Constituição Federal (1988): garantiu ao povo Brasileiro a saúde como um direito social, cabendo ao Estado garanti-lo, independente de estrato social ou de contribuição (PAIM, 2009a).

²¹ Ao “permitir” aos indivíduos assistência à saúde de forma gratuita e universal, o SUS garantiu a inclusão social de parcela significativa da população brasileira, ao mesmo tempo em que produziu ao longo do seu constante processo de estruturação, uma discussão sobre a participação da sociedade na busca pelos seus direitos como agente ativo e não passivo desse processo (BRASIL. MS, 1990).

excessiva de exames e de procedimentos cirúrgicos que, a cada dia mais dependem de uma tecnologia moderna e custosa, e por vezes nem tão necessária e condizente com a realidade.

Contudo, não é tarefa difícil observar o interesse do capital privado para com a permanência e com o constante aperfeiçoamento deste modelo assistencial vigente. Basta seguir a forma como se tem praticado algumas ações em saúde nos diferentes agentes institucionais da saúde, e que já estão no “mercado da saúde” muito antes da implantação do SUS no Brasil. O curioso e preocupante é que tais práticas estão presentes e ativas nos dias de hoje, mesmo nos ambientes públicos de saúde para os quais se deveriam incentivar o modelo biopsicossocial - uma herança que prejudica os avanços na saúde pública, e que está diretamente influenciada com a educação concedida aos profissionais de saúde nos estudos acadêmicos.

Logo, adotar o modelo biopsicossocial como o de escolha e em preterição ao biomédico, dentro do que o primeiro realmente propõe, carece de incentivo e de reforço de diversos agentes institucionais, numa atuação conjunta de políticas intersetoriais, vista de forma macropolítica, e que esteja intimamente relacionada à subjetividade, à integralidade e à intersetorialidade das ações em saúde. Assim, a modelo desejável tornar-se-á desfavorável à obtenção de lucros por vezes abusivos, e que acabará por conflitar com os interessados na tecnologia de ponta, no mecanicismo desenfreado da saúde, na objetividade pura e restrita das ações, na atenção fragmentada da vida e do corpo. O modelo biomédico pode ser visto como um verdadeiro desprestígio à integração biológica, psíquica e social presente a todo o ser humano.

Atenção especial nesta primeira etapa será dada à influência do setor privado – perseguidor de lucros, na formação do profissional de saúde brasileiro, sobretudo o médico. Trata-se da hipótese de correlacionar o modelo biomédico de saúde e sua contribuição na formação médica do país, sob a influência constante e sólida do capital privado, ciente de que esta relação pode prejudicar o provimento e a fixação deste profissional nas UBS, atuando negativamente no avanço do que propõe a APS, em especial nos estabelecimentos de saúde localizados em regiões de vulnerabilidade política, econômica, social e geográfica. Construir uma linha de pensamento neste sentido, utilizando de certo grau de empiria do autor é o objetivo central do capítulo.

Importa também correlacionar e/ou contrapor algumas das intenções existentes na condução do modelo assistencial nacional de saúde pública e como estas tem, isolada ou conjuntamente, corroborado e/ou prejudicado para com a consolidação, a sustentação e o desenvolvimento do SUS. O modelo biomédico, longe de ser prejudicial na sua totalidade,

avança no Brasil por um caminho um tanto quanto conservador a uma genuína Política Social e Pública, dentro do que se propõe a APS, na medida em que despreza fatores sociais envolvidos no processo saúde-doença, refletindo, inclusive, na Força de Trabalho em Saúde (FTS)²² das instituições públicas de saúde.

Em outro ponto de destaque, também aqui trabalhado, propõe-se associar o sistema nacional de saúde pública, considerando seus percalços e os acontecimentos históricos com a carência do profissional médico nas unidades públicas e assistenciais de saúde, em especial as responsáveis por prestarem os serviços básicos: as UBS. Neste ponto, deixa-se de lado os profissionais que atuam em hospitais e/ou em clínicas especializadas, ascendendo às atenções nos que deveriam atuar nos “postos de saúde”, estes que devem estar localizados mais próximos dos domicílios e que tem por particularidade a coparticipação no contexto social no qual o indivíduo-usuário vive.

Aos que atuam diretamente com as especialidades, nos centros de referência a tratamentos específicos ou nos centros de urgência/emergência, torna-se mais salutar a compreensão de que a tecnologia de ponta, as “superespecialidades” e os tratamentos de última geração adquiram uma importância ímpar para os que dela utilizam e os que dela necessitam, tanto para atuar como operador dos equipamentos quanto para receber o tratamento adequado. Afinal, contribuem para salvar vidas em situações que extrapolam a competência das UBS.

Mas, para um profissional responsável por uma população localizada nos mais distantes e inóspitos lugares do Brasil, adotar tal pensamento e tal prática – respectivamente de valorização e de utilização estrita de “tecnologias duras”²³ (MERHY, 2005), tendo como referência a conformação do ensino acadêmico adotado pelas escolas de medicina e que possuem como premissa o ensino do modelo biomédico, torna-se por infundado e por demais excessivo e inoperante toda a gama de conhecimento adquirido nos bancos acadêmicos, frente à realidade encontrada na prática clínica do cenário em questão. Fato que pode gerar descontentamento, insegurança e repúdio do profissional ao atuar nestas adversidades, podendo até ter consequências no plano da ética, nos valores subjetivos concedidos ao

²² O termo “Força de Trabalho em Saúde” será preferencialmente utilizado, na medida em que possibilita uma dimensão coletiva e social de seu verdadeiro sentido, deixando a margem outras nomenclaturas, preferencialmente utilizadas com um olhar um tanto quanto privatista, tais como Recursos Humanos em Saúde.

²³ O termo tecnologia é discutido como sendo um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde. Posteriormente, Merhy (2005) classificou as tecnologias em: (1) leve, representada pelas relações – acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde, tais como o trabalho humanizado; (2) leve-duras, os saberes estruturados; e (3) duras, dos recursos materiais.

paciente e, por conseguinte, na qualidade da relação médico-paciente (PÓVOA, 2002).

Ao profissional, atuante na APS e que tem como *locus* operacional o “posto de saúde”, de forma alguma deve ter sua relevância desabonada, mesmo tendo disponível ao seu alcance como instrumento de trabalho, num contexto extremista a algumas exceções, mas que facilmente se comporta como regra geral: uma mesa, duas cadeiras, o estetoscópio, alguns medicamentos, poucos aparelhos sucateados e muitas carências. De maneira geral, as carências percorrem diversos campos, seja: o da informação da população sobre a saúde; da qualificação dos gestores públicos na condução das políticas locais de saúde; da capacitação de toda a equipe e que deve ser responsável pela comunidade; da identidade dos profissionais frente às situações adversas e que restringem a ação profissional; de vínculos sólidos e produtivos entre profissional-profissional e profissional-usuário; e até mesmo carência de representação e de prestígio dentro de sua própria categoria.

Logo, a discussão aqui a ser incitada, é para o profissional médico que atua na UBS, mas que nos tempos acadêmicos vislumbrou a utilização de toda uma gama de aparato tecnológico moderno para o tratamento de doenças raras, limitadas a um órgão e, didaticamente, “separada” de um corpo. Este profissional evidencia na prática uma carência de conhecimentos a respeito das subjetividades e uma deficiência na interatividade sistêmica do “bio”, do “psico” e do “social”, que merece ser debatido e correlacionado a respeito da desconformidade do ensino médico no Brasil com a realidade das unidades de saúde no país. Atuar na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no tratamento e na reabilitação de algumas enfermidades – atuando no serviço público de saúde e dentro da APS - passa, ainda que não seja de forma espontânea e desejável, a ser o “cargo chefe” da grande maioria dos profissionais recém-formados (SCHEFFER *et al.*, 2015b), o que vem a fortalecer a importância de uma formação acadêmica pareada aos princípios do SUS.

Ao processo estabelecido entre a relação profissional-usuário, há que se ter dimensão de uma tecnologia por muito complexa, mas que contraditoriamente não é feita por equipamento, por maquinário algum, que se passa por “leve” apenas no sistema categórico de Merhy (2005), mas que merece um lugar de destaque na formação dos profissionais de saúde, ao representar as relações interpessoais, aplicados no momento do acolhimento, na criação do vínculo e na atenção integral dispensada, encarados como gerenciadores das ações de saúde, tais como o trabalho humanizado.

Mas como adequar o profissional médico que se profissionalizou dentro de um modelo técnico, especializado e fragmentado a atuar nestas adversidades da prática clínica do SUS? Seriam eles, os profissionais médicos, única e isoladamente, os responsáveis pela ineficiência

do sistema público de saúde brasileiro? Ou tudo não passa de um jogo de escolhas, oportunizando, ainda que de forma mais suavizada em tempos recentes, aos médicos atuarem nos grandes centros financeiros e tecnológicos, e que assim vem a preterir a atuação nas regiões de periferia, configurando os “vazios assistenciais” (CARVALHO e SOUZA, 2013)? São perguntas que permeiam esta etapa, podendo assumir uma posição reflexiva ao leitor - muito mais do que explicativa ou mesmo conclusiva.

É neste tripé em que se sustenta o capítulo: (1) compreender a lógica do modelo biomédico vigente no país, (2) demonstrar como o modelo influencia a educação médica brasileira, a nível qualitativo, e (3) discriminar qual a influência do setor privado neste contexto, sobretudo no que diz respeito ao quantitativo de instituições de ensino em medicina em atividade no Brasil. Tais fatos, devidamente trabalhados, podem auxiliar a refletir sobre a carência de médicos atuantes na UBS brasileira dentro da lógica da APS, e que servirá posteriormente, como introdução e justificativa ao PMM.

Trabalhar de forma mais incisiva os acontecimentos a partir da criação do SUS não significa, em hipótese alguma, depreciação de fatos antepassados. Trata-se de uma escolha pessoal, e que de forma objetiva e sintética focará nos acontecimentos contemporâneos da saúde pública brasileira. Também não implica na impossibilidade de um eventual e pontual registro de episódios pregressos, inclusive ocorridos no cenário internacional, mas que tiveram sua importância aos fatos mais recentes e que precisam ser trazidos para o debate. Apresentando os pontos de sustentação do capítulo de forma separada, em tópicos, como se fez a seguir, não tem a pretensão de dificultar a compreensão conjuntural, contemporânea e sinérgica dos fatos apresentados. Trata-se apenas um recurso estruturante e didático, que por ora inicia com uma abordagem das características do modelo biomédico no Brasil.

1.1 MODELO BIOMÉDICO: UMA HEGEMONIA CONTESTADA AOS OLHOS DO SUS

Arelado aos acontecimentos da humanidade, a medicina percorreu algumas peculiaridades e tendências no mundo atual. O modelo biomédico provém do Iluminismo do século XVIII, época em que “a razão substituíu a tradição e a fé em todos os aspectos da sociedade” (DE MARCO, 2007, p. 34). Segundo o mesmo autor, foi sob a influência da escola de Cnido, de características especializada e tecnicista, que o modelo biomédico tomou corpo nos séculos XIX e XX, “fragmentando o homem enfermo, reduzindo-o a um sistema, a um tecido, a um órgão e por último a uma célula enferma” (DE MARCO, 2007, p. 36),

chegando ao extremo de ser categorizada em “medicina molecular”, tamanha a especialização e a divisão do corpo humano.

Diversas são as contestações a respeito deste modelo. Seja relacionado aos ambientes institucionais na qual a saúde é trabalhada, por uma crítica aos hospitais como principal local de cura e, em contrapartida, por não enfatizar práticas de saúde próximas do convívio social do indivíduo ao valorizar a “medicina a domicílio” (FOUCAULT, 1977); seja na relação saúde e doença, quanto à importância dada pela sociedade a esta última e ao detentor da sua cura – o médico, em detrimento da valorização dos “desvios de normalidade” do indivíduo e da possibilidade de adaptação do mesmo às adversidades da vida (CANGUILHEM, 2009); ou ainda na crescente e preocupante busca da saúde plena, resultando por vezes em “iatrogenias” causadas pela excessiva influência médica e de seus recursos empregados indiscriminadamente (ILLICH, 1975). A saúde, por muito, tem sido estudada quanto ao modo de condução de suas práticas, estas que evidenciam a influência do modelo biomédico segundo a escola de Cnido e que resiste ao tempo, mesmo diante da inserção de novos olhares sobre a mesma.

Os escritos de Foucault (1977) trazem o pioneirismo nos modos pelos quais a doença chegou a ser especializada no corpo individual, decorrendo na medicalização dos problemas sociais, acompanhado pela soberania médica e seus poderes terapêuticos (ROSE, 2013). A medicina assume, assim, um caráter paternalista sobre seus pacientes, tornando-os meros consumidores. Outra transformação relevante no estudo da biopolítica, já no século XXI, foi o desenvolvimento da “tecnomedicina”, interpretada na utilização de equipamentos sofisticados para o diagnóstico e a terapia, o que decorre numa medicina “fraturada por ter uma complexa divisão do trabalho entre especialistas” (ROSE, 2013, p. 25). A mesma autora ainda conclui em sua análise relatando que os médicos perderam o monopólio do olhar diagnóstico e do cálculo terapêutico, estando o exercício da profissão confinado e limitado à Medicina Baseada em Evidências (MBE) e, que, pelas exigências de diagnósticos e procedimentos padronizados encontram-se “emoldurados corporativamente” (ROSE, 2013, p. 25).

De forma resumida: (1) a medicalização dos problemas sociais, (2) o excessivo paternalismo dos médicos na vida das pessoas, (3) o avanço da tecnomedicina, (4) a divisão do trabalho médico em especialidades, e (5) a utilização de procedimentos padronizados, longe das individualidades pessoais, compõem alguns dos poderes do modelo biomédico, tendo todo um prejuízo sobre a saúde da coletividade necessária à APS.

Pelo exposto, o profissional médico, seus atos e seus espaços de atuação ocupam um lugar centralizador nas discussões a respeito da saúde ocidental, ficando o paciente, detentor

da enfermidade, e da demanda, em segundo plano. A crescente dependência da sociedade por este profissional e pelos seus serviços resulta numa população cada dia mais “medicalizada”, “adoecida” e disposta a não medir esforços para se enquadrar aos padrões estatísticos e estéticos objetivamente estabelecidos pela sociedade (ILLICH, 1975).

A valorização da doença e dos dividendos a que ela possibilita, centrada no “especialismo” biomédico, torna a prática médica individualista, afastada do contexto da coletividade, responsável por uma clivagem entre a visão do todo (DE MARCO, 2007). O autor chama atenção para um agravante, ainda maior que a fragmentação em si: a fragmentação de forma “rígida e estática que bloqueia o trânsito entre diferentes áreas e aspectos envolvidos” (DE MARCO, 2007, p. 39), podendo se resumir na falta da intersectorialidade e da integralidade, de forma que a busca pela especificidade e a falta da transversalidade do conhecimento interdisciplinar, contribui para a precarização da estratégia de organização da saúde preconizado no Brasil - a APS, que deve ser trabalhada principalmente na promoção da saúde e na prevenção das doenças (CAMPOS, 2014), necessitando de ações realizadas coletivamente entre profissionais, gestores e usuários.

Há que destacar os interesses obscuros e contradizentes aos anseios do bem comum, o que impede de atingir a completude dos objetivos inicialmente propostos a determinada condução do sistema público de saúde. A atuação do setor privado, dentro de uma lógica capitalista contemporânea, desperta reflexões preocupantes com a temática, no sentido de atuar em direção distinta dos objetivos do SUS, ponto por deveras relatado por Paim (2009b). A influência do capital privado na saúde é notória, especificamente na consolidação e na expansão dos serviços de média e de alta complexidades, mais lucrativos e, portanto, por este setor dominado. Assim, pretere-se de forma explícita, o nível básico de atenção à saúde – a APS, que, enganosamente é compreendida por muitos como um nível incipiente de saúde.

Segundo Souza e Hamann (2016): “trabalhar com modelo de atenção à saúde voltado à comunidade não é tarefa simples [...] exige um olhar voltado para os grupos sociais específicos, supõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde e, sobretudo, um grau de complexidade do conhecimento (SOUZA e HAMANN, 2016, p. 1326).

O que se encontra desenhado nos atos regulamentatórios do SUS, defronta na prática com as demandas sociais em saúde. As relações médicas, da forma como se tem proposto o modelo biomédico, vem a prejudicar a inter-relação saúde-doença com os fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente (MINAYO e SANCHES, 1993). Propostas de

humanização e de integralidade no Cuidado²⁴ em saúde são vistos como estratégias de enfrentamento desta crise (AYRES, 2004), contra uma “ditadura da racionalidade fria e abstrata” (BOFF, 1999), e que há muito deveria preencher a grade curricular dos acadêmicos, sobressaltando ao campo da prática e ocupando um lugar de destaque positivo para com a saúde da população. A salvação das práticas de saúde pode estar na Humanização e na construção do Cuidado nas práticas públicas em saúde: este seria “o ‘grito’ do SUS em meio ao modelo biomédico” por ora abordado.

No campo da prática, o enfoque hospitalar trabalhado por Foucault (1977) - dito nos dias de hoje: modelo hospitalocêntrico - deveria perder força frente ao modelo da APS, organizado principalmente pela ESF, a partir de 1994 (BRASIL. MS, 2014a), encarado como inovação tecnológica de organização e gestão de trabalho em saúde, constituindo uma proposta contra hegemônica, no sentido de mudança do modelo tradicional de assistência (BRASIL, 2012; SCHERER, PIRES e SORATTO, 2014). Segundo Merhy (2005), a ESF centraliza suas ações na coletividade, sem deixar de lado o indivíduo, tendo como ferramentas as relações de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão e conhecimento científico apropriado para atuar próximo ao domicílio.

Dentro do que o trabalho propõe evidenciar, torna-se claro que o modelo biomédico possui alguns entraves, dentre eles alguns citados por Silva Júnior (2007): (1) a pouca efetividade em virtude de uma abordagem apenas nas características individuais do adoecer; (2) o alto custo a um sistema de saúde utilizado de forma irracional, tendo no excesso de tecnologia e no exagero de exames, de medicamentos e de procedimentos suas maiores marcas; e (3) a iniquidade de acesso, relacionado ao alto custo e na impossibilidade de implantar tais tecnologias nos locais em condições econômicas prejudicadas.

Contudo, contesta-se o modelo biomédico perante os anseios legais do SUS brasileiro, sobretudo no que tange a alguns dos seus princípios doutrinários e organizativos. Dentro do que foi abordado, e que de fato interessa para o trabalho, o modelo biomédico prejudica um sistema de saúde equânime, integral e universal, que deve fomentar a participação ativa da comunidade quanto aos problemas de saúde que a afligem. Segundo Camargo Jr (1992), a medicina ocidental contemporânea reúne características das práticas biomédicas, estruturada

²⁴ Utilizando de um ensaio de reflexão, Ayres (2004) descreve a dificuldade de sucesso terapêutico de D. Violeta, paciente fictícia, hipertensa descompensada e que procura os serviços de sua unidade de saúde reiterada vezes, e do outro lado, o inconformismo de seu médico quanto a esta situação. Sob este clima hostil, mesmo de forma despretensiosa construiu-se, ao abandonar a caneta e o prontuário e ao oportunizar o diálogo paciente-profissional, um novo olhar, um novo cuidado. A reconstrução da relação terapêutica, portanto, não foi por meio de uma técnica, de um conceito, mas de uma sabedoria prática, esta que deve ser humanizada (transformando em Cuidado) presente na interação entre usuários e serviços de saúde.

dentro de uma racionalidade e que inclui cinco elementos principais: anatomia humana, fisiologia humana, sistema de diagnóstico, sistema de intervenções terapêuticas e doutrina médica. Tais elementos são um tanto quanto contestados, sob a ótica do que preconiza o SUS como Política Social.

É nesta seara em que se insere o modelo biopsicossocial, estruturado a partir da virada do século XIX para o XX, e que valoriza não somente o caráter biológico envolvido no processo saúde-doença, mas também uma análise psico e social de todo o contexto, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, tendo fomentado, desde a sua imersão, diversas áreas do ensino, tais como: Psicologia Médica, Psicossomática, Psicanálise, Medicina Comportamental, Interconsulta (DE MARCO, 2006), Medicina Social, dentre outras do gênero. Contrastando com a vigência do modelo biomédico, há, segundo De Marco (2006), a necessidade de inserção do modelo biopsicossocial no plano curricular do estudante de medicina, sobretudo na incorporação da humanização das práticas em saúde.

Cabe nesta seção um maior embasamento sobre tal modelo. Portanto, o mesmo será realizado ao longo do trabalho, a fim de dialogar com as futuras contribuições, sobretudo na análise das entrevistas. Assim, não se corre o risco de uma precipitação das considerações a respeito deste modelo de saúde, tampouco na repetição dos principais eixos nas etapas subsequentes.

1.2 HEGEMONIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA: MÉDICOS ESPECIALISTAS

Após dimensionar o verdadeiro poderio do modelo assistencial biomédico no sistema nacional de saúde brasileiro, ficando expostas suas intercorrências para o avanço do SUS, o capítulo avança na influência deste modelo na educação médica, sobretudo na maneira como os futuros profissionais são preparados a enfrentar o campo da prática clínica. Talvez o fato de mais concreto e perceptível desta etapa seja a desconformidade da educação médica, dos cursos de graduação em medicina no Brasil, para com a realidade encontrada nas unidades de saúde, sobretudo as carentes em recursos e vulneráveis aos riscos.

Numa “etnografia da biomedicina”, Bonet (2004) acompanhou o desenvolvimento do curso de residência hospitalar vivenciada por médicos argentinos recém-formados, mas que pode ser, sem ressalvas significativas, reproduzido à realidade brasileira. Inicialmente, o autor delimitou o modelo biomédico: racionalizado, individualista, voltado para os aspectos materiais e mensuráveis, focado no diagnóstico e na doença. Também acentuou que este exerce um domínio sobre o que chama de “medicina romântica”: relacionada aos aspectos

espirituais, sociais, psicológicos e comportamentais que teriam influência na doença, conceituada pelo próprio como “uma interação entre corpo e mente²⁵” (BONET, 2004, p. 38). A dialética entre o saber e o sentir, chamou de “tensão estruturante”, ressaltando a dificuldade em sintonizar o ensinado na graduação, “medicina do livro”, ao que deveria ser aplicado no campo de trabalho, a “medicina vivida”:

Pude observar, em todos os residentes, o choque ocasionado pela entrada na residência e, conseqüentemente, pela saída da faculdade que, em maior ou menor grau, vão representar essa transformação como ‘estressante’, devido à falta de adequação entre a aprendizagem realizada na faculdade e o dia-a-dia do hospital (refiro-me a essa falta de adequação ao diferenciar ‘medicina de livro’ e a ‘medicina vivida’) [...] (BONET, 2004, p. 62).

Atuante de forma individual e tendo o corpo uma visão segmentada, o modelo biomédico é visto com desconfiança pela Saúde Pública brasileira. Diversas são as suas conseqüências desastrosas, aqui restrita à educação fornecida durante a graduação e a posterior deficiência na prática dos que deveriam atuar mais próximos do território domiciliar. Para Maria Helena Machado, entrevistada por Batalha (2013), os problemas na formação médica decorrem da estruturação dos currículos de Medicina, por uma insuficiente visão aprofundada dos problemas sociais do país; “Elas (instituições de ensino em medicina) tendem a formar o médico na crença de que ele (o médico) vai se tornar um profissional liberal, mas o SUS é a principal alternativa de trabalho” (BATALHA, 2013, p. 22).

É neste caminho que por ora se avança: de relacionar os efeitos do modelo de saúde na educação médica brasileira. Nota-se que o que se debate é o modelo biomédico ensinado nas escolas de ensino em medicina, dentro de toda a especulação e influência do capital privado no setor educacional, o que vem a repercutir no campo da prática após completada a formação acadêmica, conforme abordam Filho e Pierantoni (2013). Tal consideração é observável no crescimento expansivo das instituições privadas de ensino em medicina, direcionando na grande maioria, o ensino às especialidades e ao uso de tecnologia de ponta, assim tornando o estudo mais atrativo ao aluno, futuro médico em busca de *status* social e de sucesso profissional, expresso em salários atrativos e que sejam compensatórios aos “investimentos” disponibilizados na fase da graduação.

Portanto, uma graduação pautada na biomedicina prepara, em tese, o médico para uma atuação nos serviços de maiores complexidades, seguindo a lógica do setor privado, tanto das

²⁵ Aqui incluídas as formas coletivas que buscam integrar indivíduo e sociedade, como, por exemplo: o sanitarismo e o higienismo; e as alternativas que procuram integrar o indivíduo à natureza, tais como: florais de Bach, homeopatia e acupuntura (BONET, 2004).

instituições de ensino em medicina, atualmente a maioria de natureza privada no Brasil, quanto dos anseios dos futuros profissionais, concorrentes a atuar nos centros de referência em tecnologia, tendo seus serviços fortemente cobiçados pelas empresas médicas. O grande problema passa a ser a desconformidade deste cenário para com a realidade brasileira, pautada num sistema de saúde carente por recursos públicos nas áreas de gestão, de financiamento e de infraestrutura, mas ainda apoiador da universalidade, da equidade e da integralidade. São estes os locais em que mais se necessita de médicos em que as precariedades são reveladas nas diversas dimensões.

Numa breve abordagem da história da medicina no Brasil, a fim de compreender como se tem preparado os futuros profissionais, vale lembrar que a medicina no país iniciou apenas no século XIX, havendo anteriormente a coexistência de práticas de cura: plantas medicinais dos índios, o saber dos europeus e as magias dos africanos. Antes dos primeiros cursos do gênero no Brasil, datados de 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro, a prática médica era preterida a “homens mal letrados, sem prestígio social e de pouca leitura” (MACHADO, 1997, p. 51), o que justifica o atraso na abertura de faculdades do gênero, ocorrida somente tempos depois das colônias espanholas do continente americano. Foi a partir do século XIX em que se tinham os médicos (denominado “médico farmacêutico”) formados nas escolas e nos hospitais luso-espanhóis²⁶, demarcando desde já a importação do conhecimento, desconforme com a realidade brasileira. A partir deste momento, passou-se a observar a característica elitista da categoria – acessível apenas aos que estavam ligados à Corte portuguesa (MACHADO, 1997).

Os primeiros médicos aqui formados dispunham de uma formação aos moldes do modelo antomoclínico francês: valorizador do ambiente hospitalar, do ensino individualizado e próximo ao leito do paciente, privilegiando a ausculta, a percussão, a patologia tissular, a autópsia, a estatística, dentre outras atuações objetivas. Avançando na história, foi o modelo americano *flexneriano*²⁷ quem deixou as marcas mais expressivas e ainda vivas no ensino médico brasileiro, ainda não superado por um modelo próprio nacional (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015). A permanência deste modelo corrobora com os apontamentos de Maciel (2015), ao fazer uma reflexão de como a categoria médica brasileira tem agido sob as

²⁶ Por meio de decreto, a cada ano 04 estudantes brasileiros deveriam estudar medicina em Coimbra/Portugal.

²⁷ O modelo de estudo baseado no Relatório Flexner, resultado de análises lideradas pelo Professor Abraham Flexner (1910) de universidades americanas e canadenses, posteriormente difundido principalmente na América Latina, foi o responsável por transformar o ensino médico brasileiro de referência francesa para os moldes do americano (fato que culminou com a Reforma Universitária de 1968), o que Freire e Lages (2013) denominam de legitimar a racionalidade da medicina moderna. Dá-se início ao modelo biomédico: estudos dos sistemas e órgãos isolados do corpo; concepção de doença como processo individual, natural e biológico; criação dos hospitais universitários; e independência no ensino das disciplinas (MACHADO, 1997).

perspectivas do que é doença, num meio impregnado por influências capitalistas e externas ao cenário nacional. Segundo o mesmo, “a intenção mercadológica de criar novas necessidades, de alterar parâmetros de normalidade, de manipular estatísticas e estudos clínicos em favor da indústria de medicamentos transforma a abordagem de risco no único imperativo médico” (MACIEL, 2015, p. 328).

Contudo, a expansão do segmento empresarial reforçou a lógica de mercado, proporcionando uma formação acadêmica pautada no modelo tradicional de ensino – o biomédico, sem a visão do “processo saúde-doença” no contexto social, e tendo como principal cenário o ensino hospital-escola, incorporado pelo modelo *flexneriano*, que atingiu o apogeu desde então. Movimentos preventistas, por mais que estivessem atuando em outras partes do mundo, sempre mantiveram tímidas à realidade brasileira, com alguns destaques aos promotores de mudanças na educação médica, e que por ora são trazidos ao debate.

O “Movimento Preventista”, iniciado na América Latina nos meados de 1950, teve como reforma prática no Brasil a incorporação da disciplina de Medicina Preventiva nos currículos (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015). Um importante passo para o enfrentamento do modelo biomédico, mas ainda incipiente para a mudança efetiva no ensino médico. Já na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada, em 1978, em Alma-Ata (ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS), vários países passaram a reorganizar a prestação de serviços de saúde e a reorientar o ensino médico, desprendendo de estruturas administrativas rígidas do ensino predominantemente teórico, da transmissão vertical de conhecimentos, e da falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da comunidade (GARCIA, 1972). Foi a partir deste evento em que se desenvolveu o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), enfatizando tecnologias, enganosamente, ditas simplificadas.

Em 1986, a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ocorrida no Canadá, teve como importante produto a “Carta de Otawa”, demarcando a necessidade de empoderar a comunidade na busca da qualidade de vida (WHO, 1986), enfatizando mais os determinantes ambientais e o estilo de vida do que propriamente as intervenções do sistema de saúde, de alto custo e que não garantem a promoção da saúde (PAIM, 2009b). Logo, havia a necessidade de implantar tais conceitos nos estudos médicos.

Contudo, esses foram os principais eventos internacionais que incentivaram as reformas no ensino e, conseqüentemente, alterações na prática em saúde no mundo ocidental, estimulando, ainda que timidamente, a adoção de medidas nacionais neste sentido. Ainda em 1986, ocorreu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS),

fruto dos movimentos nacionais sanitários em luta pela abertura do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, na tentativa de romper com o paradigma biomédico, ensejando mudanças no direito universal à saúde, no acesso igualitário, na descentralização dos serviços e na participação da sociedade (BRASIL, 1986). Fato de importância memorável, mas que ainda agoniza por um lugar privilegiado na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

Com o advento do SUS no Brasil, Lei Federal nº 8.080 (BRASIL. MS, 1990), aumentaram-se as críticas em relação à educação médica no Brasil, na medida em que deveria preparar o futuro profissional a atuar segundo o sistema de saúde em questão. Em contrapartida, a completude das diretrizes do novo sistema sofre resistências ao rompimento de estruturas e de modelos do ensino tradicional, um tanto quanto desconectadas com as necessidades em saúde da população brasileira e que insistem em continuar a dar rumo ao campo da educação profissional.

Da criação do SUS aos primeiros passos em direção a mudanças curriculares em medicina, passaram-se sete anos. Por meio do Parecer CNE nº 776/97 - crítica ao modelo de currículo mínimo, rígido e que prejudicava a liberdade das instituições superiores de ensino a se adequarem à realidade regional - a escola deveria ter liberdade em estabelecer a carga horária e os conteúdos necessários para a formação profissional (BRASIL, 1997), fato que merece ser apreciado com cautela, tendo em vista que o mesmo resultou na não estimulação no ensino do modelo Preventista, mas sim no conseqüente fortalecimento ainda maior das disciplinas ditas “tecnicistas”.

A introdução e o desenvolvimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação se deram a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, trazendo mudanças na forma de conceber e de buscar a garantia do direito à educação. Como objetivo principal de construir um perfil acadêmico e profissional com competências e conteúdos contemporâneos para atuarem no SUS, de formação geral, humanista, crítica e reflexiva, formado para integrar equipes de saúde, a DCN orienta a “elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotados por todas as instituições de ensino superior” (BRASIL. MEC, 2001, p. 02), mas com flexibilidade quanto ao estudo oferecido aos estudantes, de modo a abandonar as “concepções antigas e herméticas das grades (atuando como prisões) curriculares” (BRASIL. MEC, 2001, p. 02). Em suma a DCN era contra o currículo rígido, mesmo que propondo direcionamentos a serem seguidos pelas próprias instituições de ensino - na prática não resultava em mudanças significativas.

Importante neste ponto chamar atenção a respeito da rigidez do currículo médico, ou de forma mais ampla e globalizada, da internacionalização do Ensino Superior, o que para

Lima e Maranhão (2011) trata-se mais de uma semiformação do que um multiculturalismo no ensino médico. Segundo os mesmos, tal fato possibilita um campo fecundo para “a intervenção de organismos internacionais na configuração dos produtos educacionais a serem trocados no mercado global” (p. 593), e que dificilmente colabora com o multiculturalismo, mas sim no espalhamento de tipos específicos de cultura, oriundos dos países do centro da economia do mundo. Assim, alimenta-se a economia neoliberal, ao invés de libertar e emancipar os grupos política, econômica e socialmente excluídos. O resultado disso, segundo os próprios (LIMA e MARANHÃO, 2011), é a imigração seletiva dos profissionais qualificados às regiões mais desenvolvidas após a conclusão dos cursos de graduação no seu país de origem, o que na prática significa o financiamento de parte do ensino e da pesquisa dos países ricos pelos países pobres.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da área da saúde objetivam construir o perfil acadêmico e profissional em competências e conteúdos para atuarem no SUS com qualidade, devendo estar atento aos diversos acontecimentos sobre esta temática, de forma a capacitar os profissionais de acordo com a realidade de trabalho, sendo a atuação na rede pública a principal fonte empregadora desta mão-de-obra (MARANHÃO, 2003; BATALHA, 2013). Um elemento central do projeto pedagógico é o cruzamento da teoria com a prática, e que este deve ser pensado em “reflexões críticas e propositivas sobre os itinerários que têm sido implementados no campo da formação médica, tendo como orientador o SUS” (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015, p. 197)²⁸.

Nas DCNs do curso de graduação em medicina de 2001, estiveram presentes princípios de autonomia institucional, articulando as demandas da sociedade e promovendo o abandono à fixação do ensino em conteúdos disciplinares. Também estimulava, nesta primeira iniciativa brasileira de modelar a educação médica, a incorporação crítica da rede de saberes e práticas presentes nos campos profissionais ao cotidiano de formação universitária, além da integração ensino, pesquisa e extensão, e a aplicação de práticas avaliativas continuadas e comprometidas com o avanço dos estudantes, dos docentes e das instituições (BRASIL. MEC, 2001).

Fruto de debates entre comunidades acadêmicas e de estudiosos da saúde, e também

²⁸ Sabendo da polissemia do conceito de currículo, será abordado neste trabalho apenas o conceituado no plano institucional, ou seja: o currículo formal - oficial de cada escola e que leva em consideração as propostas nacionais estabelecidas nas DCN. Deixando de lado, portanto, as demais conotações: currículo proclamado (atividades optativas de busca de cada aluno, também chamado de currículo informal), currículo paralelo (prática fora dos muros da instituição de ensino), e currículo oculto (aprendizagem não explícita no cotidiano da vida universitária). Para maiores detalhes, ler Batista, Vilela e Batista (2015, cap. 3, 2ª parte, p. 195-216).

por movimentos internacionais ocorridos à época e que já foram apresentados, as DCNs de 2001 expressavam, nos seus 14 artigos, uma identificação com as ciências sociais, como se fosse uma reação ao modelo racional da biomedicina. Segundo Barros (2016):

[...] há participações mais específicas da sociologia, da antropologia e da ciência política, respectivamente, relativos: aos aspectos vinculados à organização de ações no campo da saúde e às suas interações correlatas; aos atributos da cultura associados aos símbolos, valores e normas de usuários e de profissionais dos serviços de saúde; e às questões relativas às relações de poder intra e interprofissionais, com pacientes e outros profissionais, relacionados às políticas públicas de saúde [...] (BARROS, 2016, p. 52).

Ainda conforme o autor, o tipo ideal da participação das ciências sociais no ensino médico carece de interação social e, portanto, de um modelo individualizado de educação segundo a realidade regional, distante do proposto por interesses privados e ditados por entes internacionais como um modelo protocolar e colonizador, assim merecendo espaço:

[...] na formação do perfil de novos médicos e médicas; na construção de suas competências e habilidades gerais e específicas para a prática; na sua compreensão do processo saúde-doença-cuidado; no seu treinamento em serviço, especialmente no âmbito da atenção primária em saúde, que exige intensa interação social; nas atividades complementares e ocultas dos currículos, que compõem boa parte da formação; na construção de diferentes cenários de prática e da integração ensino-serviço-comunidade; na construção do princípio fundamental da autonomia, trazendo a perspectiva crítica em relação à formação e ao trabalho reducionista, protocolar e colonizador; no desenvolvimento da competência para reconhecer, nomear e atuar com base nas diferenças e interculturalidade; e, por fim, na construção de propostas de ensino e realização de avaliações continuadas [...] (BARROS, 2016, p. 57-58).

O processo ensino-serviço-comunidade resulta num intercâmbio positivo de saberes e de práticas, tendo uma melhoria (1) na qualidade do serviço – na medida em que os profissionais se sentem incentivados com a presença do aluno a utilizarem técnicas e práticas efetivas; (2) no aprendizado do graduando, inserido na rotina do trabalho da equipe de saúde, coparticipativo de todo o processo de trabalho; e (3) na qualidade da assistência à comunidade, fruto das ações dos profissionais e da dedicação dos alunos ao serviço (CALDEIRA, LEITE e NETO, 2011). Quando esta interação se dá na APS, mais vantagens são acrescidas ao aluno, diante do rico cenário para o desenvolvimento de diversas habilidades clínicas presentes nestes dispositivos.

Alguns movimentos, posteriores à DCN 2001, referentes aos cursos de graduação em medicina, surgiram no intuito de colocar em prática o que se expressava na diretriz. Destaque para o Promed – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina,

que teve a participação dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Educação (MEC), além da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da Rede Unida. O programa nasce em 2002, já no contexto da DCN de 2001, na tentativa de realizar mudanças curriculares nos cursos de graduação de medicina, de forma a responder as demandas do SUS, com o lema: “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde” (BRASIL, 2002). Mais uma vez, como ocorrido em manifestações anteriores, o caráter voluntário da ação permitia a não participação totalitária das instituições de ensino, impossibilitando uma adequação integral nos currículos das escolas. Segundo Amaral (2006) apenas 19 escolas aderiram ao programa, das 118 instituições presentes à época.

Avançando na história, em setembro de 2013, ocorreu em Brasília o “Seminário de formação médica para Atenção Básica”. Com a participação de representantes do GF, das escolas médicas, dos gestores públicos municipais e estaduais, e da representação dos estudantes de medicina no país, o evento teve por objetivos: (a) realizar trocas e debates sobre os desafios de prover profissionais médicos qualificados para a Atenção Básica em Saúde - ou APS, no Brasil; (b) conhecer e discutir estratégias de formação do profissional médico para esta reorganização do sistema de saúde nacional; e, (c) propor estratégias para o aperfeiçoamento da formação médica (BRASIL, 2013a). Como propostas relativas à formação na graduação, destaques para: formação médica voltada para a APS; reforço da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; valorização da docência na rede de atenção primária; e regionalização dos cursos médicos com responsabilidade de prover profissionais, em quantidade e com perfil adequado à necessidade dos municípios (BRASIL, 2013a).

No que tange à formação médica, o Programa Mais Médico (PMM) recomenda a reorientação dos currículos, dando ênfase à APS, além de propor mudanças nos programas de residência médica (BRASIL. MS, 2013b). A nova DCN para o curso de Graduação em Medicina, implantada em 2014, mas que deverão estar integralmente em atividade nas escolas de medicina no Brasil somente a partir de 2018²⁹, decorre deste Programa, no intuito de reforçar a ruptura e a superação de modelos curriculares disciplinares, interligando ensino, pesquisa e extensão; assumindo, na formação do aluno, conhecimentos sobre as áreas da atenção, da gestão e da educação, o que requer articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes para o futuro profissional. O desafio detém até mesmo a inserção de novas técnicas

²⁹ Quanto a implantação do novo formato de currículo no curso de graduação em medicina, a DCN de 2014 tem em seu texto original a seguinte redação: “Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.” (BRASIL. MEC, 2014).

no âmbito da prática pedagógica, aproximando a universidade aos serviços de saúde, na expectativa de que “o futuro médico fundamente seu desempenho profissional nos princípios éticos para ações e questões sociais, considerando a importância de seu papel na promoção da qualidade do sistema de saúde” (BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015, p. 127). Cabe, após as medidas implementadas, aguardar o reflexo nas práticas de saúde médicas ao longo do tempo, o que de certa forma fortaleceria o argumento de que a educação médica influencia no campo de práticas do SUS, e que tal medida contribuiu para o fortalecimento da APS no país.

Dentro de todo o percurso histórico da medicina no Brasil, nos seus mais de 200 anos de existência, apenas duas DCNs foram implantadas, em 2001 e em 2014, o que demonstra uma incipiência destas propostas no campo governamental e que pode repercutir no campo institucional da prática, tendo em vista a formação oferecida aos estudantes pelas instituições de ensino. Vale ressaltar que, apesar de apenas duas iniciativas neste sentido ao longo de todo esse tempo, ainda é um resultado promissor frente a outras categorias profissionais e que também atuam diretamente na APS, especialmente as que compõem a ESF e a Equipe de Saúde Bucal (ESB), respectivamente o Enfermeiro, única versão datada de 2001 (BRASIL. MEC, 2001b), e o Cirurgião-dentista, com sua única versão em 2002 (BRASIL. MEC, 2002).

Contudo, a atualização das DCNs para o curso de graduação de medicina no Brasil põe em evidência a necessidade de avanços perseguidos via Programa Mais Médicos, que se encontra expresso no Art.4º, da Lei nº12.871 (BRASIL. MS, 2013b).

De posse do contexto, torna-se evidente o enfrentamento ao modelo biomédico, sobretudo no que tange à estruturação da educação superior em medicina no Brasil. Uma base educacional pautada nos princípios do SUS, de forma humanística, crítica e reflexiva, tendo ciência do que este sistema público de saúde representa para o país e quais as suas dificuldades dentro das adversidades encontradas, pode contribuir para uma formação médica mais próxima da realidade, o que vem a facilitar a adequação do profissional aos serviços desta natureza e a tornar esta opção de trabalho um pouco mais “palatável” ao profissional.

A responsabilidade para com a saúde pública, que deve caber a todo e qualquer profissional de saúde brasileiro deve também seguir a fala da médica colocada em epígrafe no início do presente capítulo. Retirado da obra de Lino (2016), trata-se do relato de uma médica cubana, pertencente ao PMM em atividade num distrito manauara que, no século passado, aos olhos das leis brasileiras e dos gestores públicos de saúde, serviu para abrigar em regime de internato aproximadamente 1.500 pessoas vitimizadas nas dimensões biológica, emocional e socialmente da Hanseníase. Até os dias de hoje, diversos resquícios da doença acometem os moradores deste vilarejo, abandonado de toda a sorte, mas que foi por meio do PMMB

agraciado por uma profissional compromissada com sua carreira - valorizadora de sua função social, ainda que distante de seu país de origem.

Ciente de que se trata de um processo duradouro, progressivo, e que ainda não se encontra consolidado em todas as instituições de ensino em medicina do Brasil, o primeiro passo na reestruturação da educação foi dado com as novas DCNs. Esperar que os futuros profissionais médicos adquiram conhecimentos sólidos sobre o SUS e que se responsabilizem pela verdadeira carência de mão-de-obra na saúde pública nacional é o que traz esperança para a formação de uma categoria mais generalista, ou melhor, especialista em todo o contexto que permeia a vida, promovendo a saúde e combatendo a doença dos indivíduos dentro de uma coletividade.

1.3 EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA FRENTE A UMA FRACASSADA REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL

Além da necessidade de mudanças curriculares no ensino da medicina no Brasil, outro ponto que merece destaque na apreciação da falta de resolutividade do SUS, e que ressoa suas aflições, trata da falta existencial do médico, ou seja: da falta numérica do profissional nos estabelecimentos públicos de saúde, em especial os localizados distante dos grandes centros urbanos. Um ponto diferenciado do abordado na seção anterior, mais focada na qualidade da educação ofertada ao futuro profissional.

Os motivos no desinteresse da atuação do médico nas adversidades das UBS, aqui compreendido como a não ocupação dos postos de trabalho, são vários e se encontram bem relatados na literatura nacional. Por requerer dedicação de grande quantidade de horas semanais e assim conflitar com o multiemprego característico da categoria (LACERDA *et al.*, 2012), e até mesmo devido à escolha profissional pela atuação exclusiva na rede privada de saúde, esta mais lucrativa economicamente e garantidora de *status* social. O fato é que a ausência do profissional médico na APS em muito prejudica a consolidação do SUS brasileiro, apesar de alguns estudiosos não consolidarem a correlação: carência numérica – ausência do profissional na UBS.

Segundo Scheffer *et al.* (2015a), o número de médicos no Brasil vem crescendo, de forma proporcional, superior ao aumento da população nos últimos decênios. Em contrapartida, a alta concentração nos grandes centros, somado à baixa adesão destes profissionais nos serviços do SUS, em especial nos serviços primários, demonstra a necessidade de medidas governamentais para o provimento e a fixação dos mesmos em

regiões remotas, configuradas em verdadeiros “vazios profissionais”, capazes por comprometer a rede nacional de assistência pública em saúde (FNP, 2013). Tais medidas, de interiorização do médico brasileiro, iniciaram na década de 1960 e serão relatadas a fundo no próximo capítulo, seguindo uma ordem cronológica do Projeto Rondon (década de 1960) ao “Programa Mais Médicos” (2013).

Esse crescimento desproporcional de médicos no Brasil, relatado por Scheffer *et al.* (2015a), decorre, diretamente, da expansão das escolas de medicina no Brasil, demonstrado na fragilidade de normativas governamentais que, desde 1911³⁰ pecam em controlar tanto a quantidade de médicos formados nas instituições de ensino superior, quanto a qualidade do ensino oferecido nos cursos de graduação. Em termos quantitativos, o que em 1926 registrava o total de 10 escolas de medicina, todas públicas, sendo 05 no Sudeste, 02 no Sul, 02 no Nordeste, e 01 no Norte; chegou ao final de 1940 com a abertura de mais 13 unidades, também de natureza pública, sendo: 07 no Sudeste, 02 no Sul, 03 no Nordeste, e apenas 01 no Norte. Uma expansão substancial no número de aberturas de escolas médicas ocorreu entre 1967 e 1971³¹, agora em direção às instituições privadas, reflexo do período da ditadura militar, em que numa falta de estratégia disciplinadora sobre o fato acabou por aguçar os empresários da educação a expandirem seus investimentos no setor sem a devida qualidade necessária a um curso dessa magnitude e que veio a concentrar ainda mais estes centros educacionais em regiões economicamente favoráveis: nas regiões Sul e Sudeste (MACHADO, 1997).

Após a abertura desenfreada de cursos de graduação no período da ditadura militar brasileira, ocorreram movimentos corporativos e que ganharam contornos políticos do governo federal, no intuito de bloquear a abertura de novos cursos, vigorando, por meio de Decretos Presidenciais, legislações para este fim até o ano de 1988. O Decreto Presidencial nº 95.003, de 05 de outubro de 1987, veio com o intuito de prorrogar a vigência de um decreto do ano anterior, Decreto Presidencial nº 93.594, de 1986, proibindo a criação de novos cursos de graduação no país até 31 de dezembro de 1988. Justificado pela necessidade de “uma avaliação mais profunda, no sentido de compatibilizar sua oferta e demanda com a realidade educacional do País” (BRASIL, 1986), o referido Decreto não se limitou aos cursos de graduação em medicina, abarcando também outros cursos de graduação.

³⁰ 1911: Lei Orgânica Rivadávia Correia (Decreto nº 8.659) – instituiu, dentre outros, o vestibular e incentivou a abertura de faculdades em cidades com mais de cem mil habitantes, dentre outros (BRASIL, 1911).

³¹ Este crescimento abusivo decorreu do crescimento econômico da época, pela pressão à democratização do ensino da universidade e pela carência de profissionais médicos no país, associado a um desinvestimento federal na educação superior, podendo estar relacionado à tentativa de minar a ascensão de movimentos estudantis e de alguns intelectuais contra a ditadura militar.

Segundo o Consultor Geral da República, em Parecer N.SR-78 (1988), os Decretos presidenciais descritos acima foram válidos até mesmo para as universidades, na medida em que a autonomia destas instituições não denota ausência de controle do Estado na condução deste tema coletivo à nação brasileira, mesmo em se tratando de algumas universidades serem de natureza privada. Como “ponto chave” do parecer ficou registrado a preocupação na avaliação da qualidade de cursos e na abertura de cursos sem o devido aval do Estado, sobretudo nos cursos de Direito e de Medicina. A seguir, um trecho do documento que expressa a preocupação com a fiscalização dos cursos de graduação no Brasil (BRASÍLIA, 1988):

Segundo as alarmantes notícias recebidas pelo Governo sobre a equívoca interpretação do novo contexto constitucional, que estaria estimulando a abertura de cursos sem autorização, sobretudo cursos de graduação, medicina, direito e outros, ao arrepio da lei e das exigências inafastáveis de qualidade, urge tomar-se providência enérgica, coibindo o desvio da finalidade constitucional [...] (BRASÍLIA, 1988, p. 359).

Quanto à qualidade dos cursos de medicina que estavam em funcionamento à época, final da década de 1980, o parecerista ainda destacou a preocupação refletida na qualidade dos serviços prestados à sociedade, vinculando a abertura exagerada de cursos a anseios meramente econômicos dos empresários da educação:

A educação, direito de todos e dever do Estado, não pode ser transformada, sobretudo nos cursos superiores, em simulacro diplomado. A sociedade deseja médico que saiba a medicina, que se tenha preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na industrialização de diplomas, uma ameaça à vida do paciente [...] Não se pode permitir o desabamento da estrutura do ensino brasileiro, com a instalação de cursos de medicina sem mínimos recursos, sem hospital na região, sem corpo docente, sem bisturi. [...] O simples diploma não cumpre essa finalidade [...] (BRASÍLIA, 1988, p. 359-360).

Uma crítica à regulação do mercado da educação médica pelo Estado é trabalhada por Machado (1997), na medida em que os critérios atualmente estabelecidos são os mesmos de décadas anteriores, ultrapassados no tempo, pouco eficazes e com a ainda frequente abertura de cursos, desrespeitando a vigência de pareceres técnicos contrários a esta tendência (BRASÍLIA, 1988). Contudo, a expansão do segmento empresarial reforça a lógica de mercado, podendo até mesmo proporcionar, por consequência, uma formação pautada no modelo tradicional de ensino - o biomédico, sem a visão do “processo saúde-doença” no contexto social, e tendo como principal cenário o ensino hospital-escola, que muito tem custado para o avanço das políticas da APS e do SUS como um todo, no que tange à

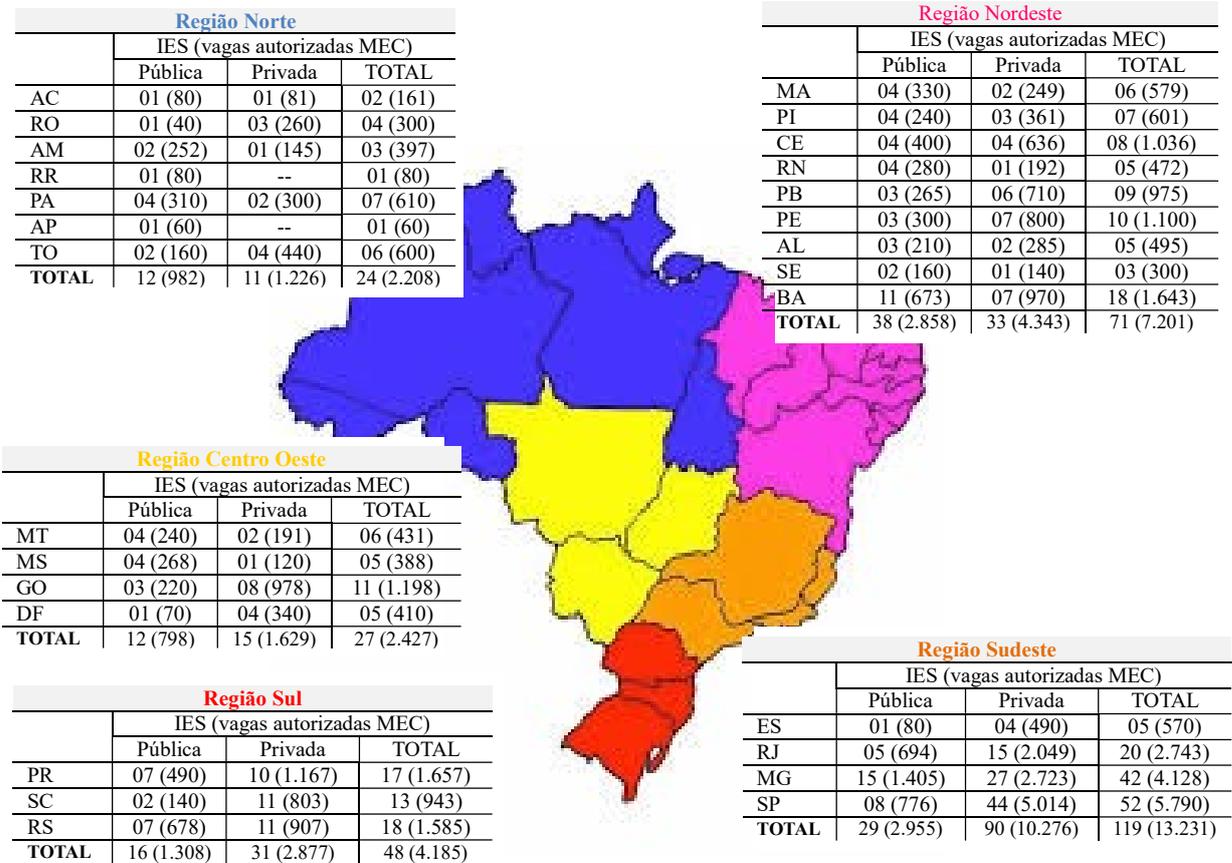
resolutividade dos serviços em saúde. Prover e fixar o profissional médico em regiões carentes tem se tornado um grande desafio aos gestores públicos, tendo um dos componentes que auxiliam nesta defasagem a mercantilização da saúde, do ensino e da prática médica.

Dentro desta lógica de predomínio do setor privado no Ensino Superior em medicina no Brasil, indo de encontro aos princípios regulatórios a que deveria caber ao Estado, sente-se a necessidade de desvendar o panorama atual da distribuição do ensino médico no Brasil, no que tange à quantidade das Instituições de Ensino Superior (IES), à natureza destas - seja pública ou privada - e à quantidade de vagas anuais autorizadas pelo MEC no Brasil, respeitando os limites de cada Unidade Federativa. Os dados foram coletados em 20 de Setembro de 2017, utilizando de diversas fontes oficiais e primárias.

No que diz respeito às vagas autorizadas em graduação em medicina, cabe ressaltar que tais informações, assim como o quantitativo de IES e a natureza destas, foram obtidas por meio do site do MEC, trazido para o estudo apenas as escolas que não possuam pendência alguma em respeito ao seu funcionamento. Ou seja, não foram contabilizadas as instituições que estejam em funcionamento e que, segundo o órgão de controle da educação superior no Brasil, estão “sub judice”; tampouco as impossibilitadas de funcionarem por quaisquer outros motivos. Outra questão importante é que as vagas registradas não representam a quantidade de alunos que se formam atualmente, tendo em vista algumas escolas ainda estarem iniciando o curso de graduação e ainda não serem responsáveis por formar médicos. Logo, com o passar dos anos, o número de vagas anuais autorizadas e o de médicos formados tendem a se aproximarem, fato que não desmerece a atual análise com o intuito de traçar um prognóstico do mercado de trabalho médico, como registrado por Scheffer *et al.* (2015b).

A seguir, um panorama da distribuição das IES em medicina no Brasil no ano de 2017, separadas por regiões e detalhadas por estado, tendo ainda a descrição das escolas quanto a sua natureza, pública ou privada, e as respectivas vagas anuais autorizadas pelo órgão regulador da união - demonstrado entre parêntesis (Figura 01):

Figura 01 - IES em medicina e vagas autorizadas, segundo a natureza da instituição e os estados federativos



Fonte: BRASIL. MEC. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 20 Set. 2017. Imagem retirada do Google imagens (disponível em: <<http://www.google.com/imghp?hl=pt-PT>>. Acesso em: 20 Set. 2017).
Elaboração própria.

Numa visão generalizada dos dados coletados no site do MEC, observa-se o total de 288 IES em medicina legalizadas e em atividade no território nacional, totalizando 29.252 vagas anuais autorizadas. Destas, 69,6% (20.351 vagas) são de natureza privada, 41% (10.276) estão localizadas na região Sudeste, região em que sempre houve o predomínio, em números absolutos, do quantitativo de vagas em cursos de medicina (MACHADO, 1997; BRASIL. GF, 2017d).

Entretanto, a análise precisa avançar em termos relativos, o que traz para o debate dados coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no que diz respeito a características sociodemográficas dos estados brasileiros. A este ponto, cabe a dimensão e a percepção da participação do setor privado na educação médica, com toda a sua preferência regional, e que vem a contribuir de alguma maneira para a distribuição e para a fixação de profissionais que desejam, ao fim da graduação, ocupar postos de trabalho em regiões metropolitanas, desenvolvidas economicamente e distantes de onde se encontra a

vulnerabilidade social no país.

Quanto à abertura de IES em medicina, como objetivo do PMM, ressalvas cabem a respeito da escolha das regiões beneficiadas para a abertura e/ou expansão das vagas de graduação em medicina. Fato um tanto quanto contestado e que precisa ser evidenciado, trazendo a tona alguns dados adicionais e que podem dar luz à compreensão destas prioridades. De forma a sintetizar a análise, os dados serão obtidos no contexto geral, sejam IES beneficiadas pelo PMM, sejam instituições em atividade por mais tempo. O objetivo passa pela demonstração das escolas médicas existentes no Brasil, a época da investigação, e se as vagas seguem as características sociais e demográficas da região em que se encontram.

Juntamente com os números apresentados na Figura 01, acrescentou-se para a confecção da tabela a seguir (Tabela 01) alguns determinantes socioeconômicos - a taxa de urbanização (ano referência 2014) e a renda *per capita* dos estados brasileiros (ano referência 2016), que, juntamente com os dados do quantitativo de vagas autorizadas em medicina, pode caracterizar a existência do interesse do setor privado em investir na educação médica em regiões estratégicas. Os dados estão a seguir (Tabela 01), apresentados de forma sintética, apenas os estados e o consolidado das regiões brasileiras de destaque para o estudo.

Tabela 01 – Distribuição de vagas em medicina no Brasil segundo a estimativa populacional, taxa de urbanização e PIB *per capita* das unidades federativas

	Estimativas da população no Brasil e UF (Jul./2017)* (relação com a população total)	Quantidade de vagas anuais autorizadas em medicina (relação % vaga/natureza da IES)**			Taxa de Urbanização - % (2014)*	PIB <i>per capita</i> (2016) (R\$) (Razão UF/Brasil)*
		IES Pública	IES privada	Total de Vagas por Região		
Brasil	207.660.929 (100%)	8.901 (30,4%)	20.351 (69,6%)	29.252 (100%)	85,1	28.500,24 (1,0)
Norte	17.936.201 (8,6%)	982 (44,4%)	1.226 (55,5%)		75,9	17.879,20 (0,6)
RO	1.805.788	40 (13,3%)	260 (86,6%)	2.208 (7,5%)	76,3	0,7
AM	4.063.614	252 (63,4%)	145 (36,5%)		83,7	0,8
RR	522.636	80 (100%)	--		83,2	0,7
PA	8.366.628	310 (50,8%)	300 (49,2%)		70,1	0,5
AP	797.722	60 (100%)	--		89,6	0,6
TO	1.550.194	160 (26,6%)	440 (73,3%)	78,5	0,6	
Nordeste	57.254.159 (27,5%)	2.858 (39,6%)	4.343 (60,3%)		73,7	14.329,13 (0,5)
RN	3.507.003	280 (59,3%)	192 (40,6%)	7.201 (24,6%)	76,5	0,6
SE	2.288.116	160 (53,3%)	140 (46,6%)		71,9	0,6
Sudeste	86.949.714 (41,8%)	2.955 (22,3%)	10.276 (77,6%)		93,2	37.298,57 (1,3)
MG	21.119.536	1.405 (34%)	2.723 (65,9%)	13.231 (45,2%)	84,6	0,9
ES	4.016.356	80 (14%)	490 (85,9%)		84,5	1,2
RJ	16.094.956	694 (25,3%)	2.049 (74,6%)		97,3	1,4
SP	45.094.866	776 (13,4%)	5.014 (86,6%)		96,6	1,5
Sul	29.644.948 (14,2%)	1.308 (31,2%)	2.877 (68,7%)		4.185 (14,3%)	85,7
SC	7.001.161	140 (14,8%)	803 (85,1%)	2.427 (8,3%)	84,1	1,3
C. Oeste	15.875.907 (7,6%)	798 (32,8%)	1.629 (67,1%)		90,3	35.653,48 (1,2)
MS	2.713.147	268 (69%)	120 (30,9%)		89,2	1,1
MG	3.344.544	240 (55,6%)	191 (44,3%)		82,8	1,1
DF	3.039.444	70 (17%)	340 (82,9%)	95,6	2,4	

Fontes: * IBGE (acesso em: 21 Set. 2017); ** <http://emec.mec.gov.br/> (acesso em: 20 Set. 2017).
Elaboração própria.

O que se observa na Tabela 01 é que, de forma proporcional, as IES de natureza privada possuem relação direta à taxa de urbanização e ao PIB *per capita* de cada região analisada. A região Sudeste, detentora do maior percentual de IES privadas no Brasil (77,6% das instituições da região) é também a que possui a maior taxa de urbanização (93,2%) e a líder em riquezas produzidas *per capita* (1,3 do valor nacional). Dos cinco estados com o maior PIB *per capita* (em ordem decrescente: Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Espírito Santo), quatro também lideram a participação de vagas em IES privadas de medicina, em ordem decrescente: São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina e o Distrito Federal. Foge a regra o estado do Rio de Janeiro, detentor da terceira maior economia *per capita* do país, mas que ocupa o sétimo lugar na relação de vagas autorizadas em medicina em IES privadas (*per capita*). Quanto à urbanização nota-se uma direta correlação nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e no Distrito Federal.

No entanto, as observações apresentadas precisam ser discutidas com alguns estudiosos do assunto. Segundo Scheffer (2015a), a ampliação das vagas em cursos de medicina no estado do Rio de Janeiro após a implantação do PMM, seja nos cursos já existentes ou na abertura de novas escolas, é contestável, na medida em que a expansão se dá numa região responsável pela segunda maior concentração de médicos no Brasil, abaixo apenas do Distrito Federal sendo que 98,2% destas vagas recentemente abertas são compostas por instituições privadas. A partir dessa nova configuração, ainda de acordo com Scheffer (2015a), o estado do Rio de Janeiro poderá atingir, após essa nova leva de profissionais formados, o índice de 3,75 médicos por mil habitantes, índice maior do que a maior parte dos países desenvolvidos, sobrepondo inclusive a estimativa do governo quanto aos índices nacionais desejados pelo PMM, que é de 2,6 médicos por mil habitantes (BRASIL. MS, 2013b).

O que se observa no atual estudo é que o estado do Rio de Janeiro desperta sim uma preocupação quanto ao acentuado número de vagas em medicina, mas que há no cenário nacional outras regiões mais agravadas quando a relação se dá por habitantes residentes nestes estados (*per capita*). Outros pontos de destaque na Tabela 01:

- 45,2% das vagas autorizadas em medicina estão localizadas na região Sudeste. Destas 77,6% são de natureza privada (10.276 vagas), ultrapassando o total de todas as vagas nas demais regiões do país (10.075 vagas). Analisando apenas a região Sudeste, o estado de São Paulo totaliza 43,7% das vagas de medicina no Brasil, sendo que 86,6% destas são de natureza privada;

- De todas as regiões do país, o Sudeste é a que encontra a maior desigualdade entre as

vagas de natureza pública e as de natureza privada, respectivamente na ordem de 22,3% e 77,6%. Esta desproporção condiz com alta taxa de urbanização (93,2%) e com a mais alta taxa de renda per capita do país (R\$ 37.298,57), chegando a registrar 1,3 vezes da taxa nacional.

Em outra situação, fora os estados das regiões Sudeste e Sul, temos estados mais equilibrados em relação à natureza das IES (pública ou privada), o que não significa que se tenha uma distribuição suficiente e equitativa dos profissionais para suprir as carências regionais. Vejamos:

- Na região Norte, apenas os estados de Rondônia e Tocantins possuem mais IES privadas do que públicas. Ainda nesta região, em Roraima e no Amapá, há apenas uma IES pública em cada estado, não havendo sequer uma IES de natureza privada;

- Na região Nordeste, os estados de Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe possuem mais vagas públicas do que privadas, algo também encontrado na região Norte (Amazonas e Pará, além dos já supracitados Roraima e Amapá) e na região Centro-oeste (Mato Grosso e Mato Grosso do Sul).

Portanto a análise da distribuição de vagas em medicina no Brasil desperta atenciosos olhares em relação ao perfil demográfico de cada estado, ciente de que as IES privadas predominam em regiões mais urbanizadas e produtoras de maiores riquezas por indivíduo.

A seguir, frente ao exposto na Figura 01 e na Tabela 03, a análise avança sobre algumas considerações a respeito da distribuição das vagas em graduação em medicina no Brasil, tendo sempre como foco a relativização do setor privado no total das vagas. Para efeito desta análise será considerado o quantitativo de vagas autorizadas pelo MEC, considerado mais relevante do que o número de IES (Tabela 02). Os dados estão a seguir, apresentados de forma sintética apenas os estados e o consolidado das regiões brasileiras de destaque para o estudo.

Tabela 02 - Relação de vagas em medicina no Brasil por habitante segundo a natureza da IES

	Estimativas da população no Brasil e UF (Julho/2017)*	Relação de vagas por habitante segundo a natureza da IES		
		IES Pública (vaga/hab.)	IES privada (vaga/mil hab.)	Total de Vagas (vaga/mil hab.)
Brasil	207.660.929	8.901 (1/23.330)	20.351 (1/10.203)	29.252 (1/7.099)
Norte	17.936.201	982 (1/18.265)	1.226 (1/14.629)	2.208 (1/8.123)
PA	8.366.628	310 (1/26.989)	300 (1/27.888)	610 (1/13.715)
AP	797.722	60 (1/13.295)	--	60 (1/13.295)
TO	1.550.194	160 (1/9.688)	440 (1/3.523)	600 (1/2.583)
Nordeste	57.254.159	2.858 (1/20.032)	4.343 (1/13.183)	7.201 (1/7.950)
Sudeste	86.949.714	2.955 (1/29.424)	10.276 (1/8.461)	13.231 (1/6.571)
Sul	29.644.948	1.308 (1/22.664)	2.877 (1/10.304)	4.185 (1/7.083)
Centro-Oeste	15.875.907	798 (1/19.894)	1.629 (1/9.745)	2.427 (1/6.541)

Fontes: * IBGE (Acesso em 21 Set. 2017); ** <http://emec.mec.gov.br/> (Acesso em: 20 Set. 2017).

Elaboração própria.

De uma maneira geral, conforme demonstrado na tabela, as regiões brasileiras possuem uma simetria em relação ao total de vagas por mil habitantes, o que pode ser conferido na quinta coluna. Enquanto no Brasil registra-se uma vaga do curso de medicina para 7.099 habitantes, a região Norte registra 1/8.123; a Nordeste 1/7.950; a Sudeste 1/6.571; a Sul 1/7.083; e a Centro Oeste de 1/6.541 habitantes. Nota-se, neste caso, uma proximidade dos dados das regiões Sudeste e Centro Oeste, como as que mais oferecem vagas de medicina. Ao analisar os estados, destaque para Tocantins, registrando uma vaga para cada 2.583 habitantes, e tendo como oposto os estados do Pará (1/13.715) e do Amapá (1/13.295).

De forma a deixar evidente a conformação atual da distribuição de vagas em cursos de medicina segundo as regiões brasileiras, sob o efeito do PMM, torna-se fundamental a criação da tabela a seguir, apresentando a representatividade de vagas nos cursos de medicina, independente da sua natureza – privada ou pública, e a correlação com a representatividade demográfica dentro do cenário nacional. O que se observa é uma distribuição proporcional das vagas segundo o porte populacional das regiões (Tabela 03):

Tabela 03 - Correlação entre vagas em medicina no Brasil e representatividade da população (por região)

	Vagas em IES em medicina segundo Região*	População segundo regiões do Brasil (Jul./2017)**
Brasil	29.252 (100%)	207.660.929 (100%)
Nordeste	7.201 (24,6%)	27,5%
Norte	2.208 (7,5%)	8,6%
Sul	4.185 (14,3%)	14,2%
Sudeste	13.231 (45,2%)	41,8%
Centro Oeste	2.427 (8,3%)	7,6%

Fontes: * <http://emec.mec.gov.br/> (Acesso em: 20 Set. 2017); ** IBGE (Acesso em 21 Set. 2017);
Elaboração própria.

Após os números apresentados, fica como registro a existência de uma relativa proporção entre as vagas de graduação em medicina e o aporte populacional da região em que as IES estão localizadas. Apesar desta proporção, vale também refletir que a abertura de uma faculdade, no caso de medicina, como a estimulada pelo PMM, produz segundo Gusso (2017) um “superávit de médicos” por mais de 40 anos, ou seja, até que os primeiros formados comecem a se aposentar ou morrer e que, a partir de então, a faculdade passa a produzir profissionais na proporção dos profissionais que são retirados do mercado. Ou seja: a abertura de cursos de medicina no Brasil deve ser analisada num contexto futuro, após décadas, sabendo que pode gerar danos irreparáveis à quantidade e à qualidade de profissionais inseridos no mercado.

Contudo, o que possui grande influência no ensino da medicina, e que realmente destoa nos estados brasileiros, conforme demonstrado nesta seção foi a instalação expressiva de escolas privadas em regiões mais urbanizadas e nas maiores produtoras de riquezas para o país, sendo até mesmo inexistentes em regiões menos atrativas economicamente.

1.4 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA DISTRIBUIÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Após evidenciar a influência do modelo biomédico no ensino da medicina no Brasil, o que direciona o futuro profissional a atuar no setor privado e/ou nos centros públicos de especialidades e hospitalares, e depois de demonstrar como tem se distribuído nos estados brasileiros as escolas de medicina segundo a sua natureza, há que tecer outras considerações envolvidas na fixação dos médicos na APS e que estejam, de certa maneira, atreladas ao interesse do capital privado.

De maneira um tanto quanto contraditória ao contexto nacional a respeito da carência médica, o mesmo não é observado nos grandes centros urbanos e em estados de maior poder econômico, visto que tal parâmetro pode estar atrelado à quantidade de escolas em medicina, sobretudo às IES de natureza privada, além da existência de melhores oportunidades de aperfeiçoamento profissional e ao alcance de *status* característico da profissão e por muitos perseguidos. Segundo Lacerda *et al.* (2012), um outro processo ocorre nestas regiões desenvolvidas economicamente: a “insuflação” do mercado de trabalho médico - fruto do baixo índice de desemprego, da má distribuição do profissional no território nacional e da expansão das vagas de graduação nestas regiões.

Neste cenário de interferência do setor privado na formação profissional e assim destoando da necessidade do SUS, manter a ordem social por meio de efetivas Políticas Sociais torna-se objetivo central no combate à insatisfação popular à saúde pública brasileira, por muito já questionado (VIANNA, 1991; STRALEN *et al.*, 2008). A consolidação da APS, com a presença efetiva do médico, vem, portanto, a contribuir no que diz respeito a dirimir este embate, atuando no fortalecimento do vínculo equipe-usuário, na responsabilização da equipe pela saúde do cidadão, na resolutividade dos serviços básicos de saúde, e na viabilidade de acesso aos serviços de saúde (FERRI *et al.*, 2007), de modo a combater a falta de humanização nas práticas de saúde aplicadas nestes locais (MOIMAZ *et al.*, 2010).

O médico que atua na APS deve ser capaz não só de ter amplo conhecimento sobre o campo biológico da doença, mas também necessita ter o conhecimento e a dimensão da comunidade em que está inserido, bem como produzir “cuidado, valorizar o sujeito e seu

ambiente, utilizando de maneira eficaz e eficiente sua valize das relações na interseção do usuário” (ROMANO, 2008, p. 16). São qualidades que estão alheias ao modelo hegemônico biomédico, necessitando serem trabalhadas durante a formação acadêmica e, posteriormente, colocadas em prática no ambiente de trabalho.

A falta de preparo acadêmico dos médicos para atuarem imediatamente após a sua formação, segundo Neto *et al.* (2014), acentua a procura por formação complementar que, juntamente com o anseio de se especializar, a fim de obter maior prestígio social e melhores remunerações, concorrem para a baixa atuação de médicos generalistas, sobretudo atuando nas UBS de municípios de pequeno porte populacional e carentes de desenvolvimento econômico. Tais achados também foram obtidos em Oliveira e Alves (2010), registrando que apenas 19% dos formandos em medicina se sentem aptos ao exercício imediato da profissão, e que apenas 20% querem trabalhar como generalistas, reduzindo a 5% os que pretendem atuar em pequenos municípios. Contudo há uma necessidade de valorização do médico generalista, ou mesmo do especialista em Medicina da Família e Comunidade, de forma que contribuam efetivamente na resolutividade dos serviços da APS no país.

Contudo, a ausência do médico nas UBS é uma realidade nacional (GONÇALVES *et al.*, 2014) e necessita de intensos estudos e ações combativas a respeito, valendo primeiramente ressaltar como este profissional está situado socialmente, e como isso pode interferir na sua área de atuação.

A configuração da estratificação socioeconômica do médico no Brasil, antigamente conjugado à profissão dos pais e dos filhos de latifundiários, ganhou contornos urbanos nas últimas décadas. Os profissionais dos anos 1990 passam a ser, predominantemente, filhos de médicos, de juristas, de professores universitários, de empresários, e de comerciantes bem-sucedidos, enfim, filhos de uma seleta camada social, bem posicionada na estrutura socioeconômica (MACHADO, 1997, p. 35). Isto contribui, parcialmente, para a compreensão da dificuldade em fixar tais profissionais em unidades públicas de saúde situadas em regiões pouco desenvolvidas economicamente e de elevada vulnerabilidade social, na medida em que o posicionamento privilegiado na estrutura socioeconômica, juntamente com o modelo de formação médica adotado nas graduações, abordado anteriormente, possam pesar na escolha das regiões de atuação dos médicos brasileiros, sobretudo os profissionais do sexo feminino e os formados em instituições privadas (GIRARDI *et al.*, 2017), a maioria do contexto atual nacional (MACHADO, 1999).

Ao analisar, sob uma vertente econômica nacional, a escassez de médicos no Brasil, Vieira e Servo (2014) compararam a profissão médica a outras da área da saúde: enfermeiro e

cirurgião-dentista, e com outras de destaque nacional: engenheiro e profissionais da área jurídica. Utilizando de dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), ficou demonstrado haver escassez de médicos, sobretudo quando observados os altos indicadores de remuneração e de horas trabalhadas, bem como a elevada demanda por vaga em medicina registrada nos processos seletivos de ingresso nas IES. Importante ressaltar a necessidade de dimensionar e regionalizar a demanda destes profissionais, necessitando avançar quanto às especificidades do sistema de saúde brasileiro, quanto à relação público-privado dos postos de trabalho da categoria, como também na organização e na prestação dos serviços essenciais, dentre outros. O que fica bem evidenciado neste estudo é a ampla procura pelo ingresso na graduação em medicina e os altos valores recebidos por estes profissionais, fruto não somente, mas também, da extensa carga horária trabalhada, o que foi interpretado pelos autores em escassez deste profissional no país (VIEIRA e SERVO, 2014).

Outro ponto relevante quanto à análise da fixação do médico em determinadas localidades passa pelo interesse na busca de melhores oportunidades de rendimentos e por trabalhos em localidades com maior desenvolvimento econômico, em detrimento de carreiras profissionais mais próximas da realidade social dos pacientes de maior vulnerabilidade social. Para tanto, de forma a compreender como tem sido a distribuição de médicos no território nacional, utiliza-se de dados coletados do IBGE e do CFM do ano de 2012, publicados em Brasil (2015), permitindo dimensionar a distribuição destes profissionais e que, juntamente com a apresentação das vagas em medicina e a demografia populacional das regiões brasileiras, corroboram para a visualização do déficit de médicos em determinadas regiões do país. A tabela a seguir (Tabela 04) auxilia na visualização dos dados:

Tabela 04 - Estimativa populacional, vagas em medicina e distribuição de médicos por região no Brasil

	População no Brasil e UF (estimativa Jul./2017)*	Vagas em IES em medicina por Região**	Distribuição de médicos/1.000 habitantes***
Brasil	207.660.929 (100%)	29.252	1,83
Nordeste	27,5%	7.201 (24,6%)	1,08
Norte	8,6%	2.208 (7,5%)	0,90
Sul	14,2%	4.185 (14,3%)	1,9
Sudeste	41,8%	13.231 (45,2%)	2,48
Centro Oeste	7,6%	2.427 (8,3%)	1,7

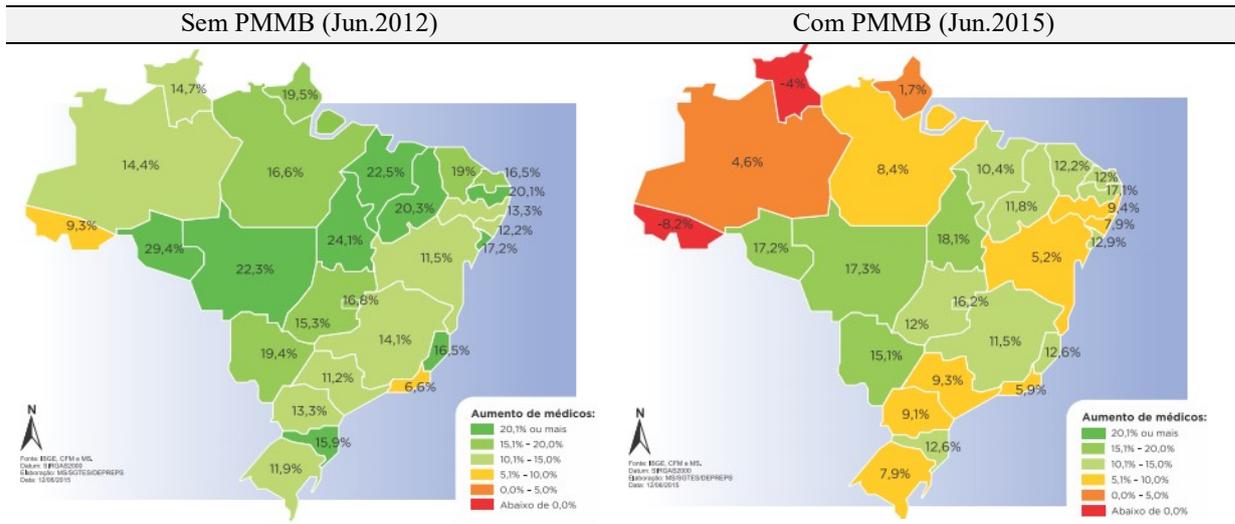
Fontes: * IBGE (acesso em 21 Set. 2017); ** <http://emec.mec.gov.br/> (acesso em: 20 Set. 2017), *** Brasil (2015). Elaboração própria.

Os valores obtidos na distribuição de médicos por mil habitantes são referentes ao ano de 2012, tendo em vista avaliar a distribuição em período anterior à implantação do PMM, ocorrida em 2013. O que se observa na tabela acima é que a distribuição de médicos se dá de forma desproporcional ao perfil populacional de cada região, contrapondo a esta análise a região Sudeste, responsável pela maior concentração de médicos no país (2,48 médicos por mil habitantes) e detentora da maior população dentre as regiões (41,8% da população nacional).

A região Sul (com 1,9 médicos por mil habitantes) e a região Centro-Oeste (1,7) aparecem na segunda e terceira colocações, respectivamente, mas não segue a mesma ordem decrescente quanto à representação populacional no país, o que corrobora o argumento de que os profissionais médicos se encontram mais concentrados nestas regiões. Os dados desta última região são impulsionados pelo quantitativo de médicos no Distrito Federal, na ordem de 3,46 médicos por mil habitantes, a maior do Brasil. Neste ponto da análise, pode-se concluir que a existência de vagas em cursos de medicina, demonstrados na segunda coluna da Tabela 04, são mais expressivos nas regiões Sudeste, o que não segue uma lógica no movimento de harmonização na distribuição de médicos segundo a característica demográfica das outras regiões do país.

Numa análise do quanto o PMMB tem sido importante para o aumento do médico nas regiões do Brasil, observa-se nos mapas a seguir (Figura 02) que, em determinadas regiões, como os estados do Acre e de Roraima, caso não houvesse o PMMB o quantitativo de médicos no estado se reduziria a 4% e a 1,7% respectivamente durante o período de 2012 a junho de 2015. Por outro lado, com os efeitos do Projeto, houve crescimento na ordem de 14,7% e de 19,5% aos respectivos estados no decorrer deste tempo (BRASIL. MS, 2015).

Figura 02 – Aumento em porcentagem de médicos por região do Brasil por UF (2012 e 2015)



Fonte: Brasil, MS (2015).

Ainda pelo motivo da real necessidade no aumento de médicos atuando em determinadas regiões, utilizando das premissas do PMM, há que se evidenciar o aumento do número destes profissionais pelo Programa em regiões que apresentam uma quantidade relativamente superior ao território nacional. Nos estados do Sudeste, do Sul e no Distrito Federal, regiões com distribuição de médicos por habitantes historicamente acima da média nacional, o PMMB veio a corroborar ainda mais com esta disparidade.

Contudo, a carência de médicos atuantes nas UBS de todo o Brasil deve ser vista com cautela, havendo uma desigualdade latente na distribuição regional deste profissional. O que se observa, de fato, é que, apesar do GF tomar medidas com o intuito de avolumar a formação deste profissional, recentemente via o PMM, com a consequente abertura de escolas e/ou com o aumento de vagas nas IES já existentes, e que assim deveria propiciar ao futuro recém-formado uma vocação para atuar nos adversos locais do país, tal medida acaba por se difundir aos anseios do setor privado da educação, visualizado pela concentração das IES em regiões economicamente favorecidas e urbanizadas, podendo até mesmo dificultar ainda mais, após a formação deste profissional e que está sendo capacitado dentro de um modelo biomédico de ensino, o provimento e a fixação deste em regiões interioranas, precárias de assistência, cabendo ainda ressaltar que o fato de existir uma escola de medicina não garante a fixação do futuro profissional naquela região, conforme Júnior *et al.* (2016).

De fato, são proposições, ou reflexões, a respeito da tríade (biomedicina – formação profissional – privatização da educação) que embasam este capítulo, havendo a necessidade de aguardar as revelações práticas da nova DCN dos cursos de graduação de medicina, bem

como o reflexo no Brasil do PMMB a médio e a longo prazos. Uma versão pouco conclusiva para o momento atual, mas que merece todo o esforço no sentido de ressaltar a necessidade de uma formação profissional que esteja dentro da realidade nacional, respeitando o contexto social e tendo como campo prático uma atenção humanizada e integral das ações em saúde.

Uma compreensão a respeito dos esforços governamentais em prover e fixar o profissional médico no interior do país, tendo as contestações a respeito evidenciadas, e como se estruturou o Programa Mais Médicos (PMM), seus resultados a nível nacional e no contexto do município de Campos dos Goytacazes, passam a ser o objetivo do próximo capítulo.

CAPÍTULO 2 - PROVISÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS E AS PARTICULARIDADES DO PMMB EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

A carência de médicos no Brasil deve a todo o momento ser abordada com bastante cautela, regionalizada e relativizada. Por serem muitos os fatores envolvidos, tal carência, sobretudo no SUS, pode ocorrer devido a uma distribuição regional desigual, a uma quantidade insuficiente perante a demanda requisitada frente ao modelo de saúde universalmente imposto no país, ou até mesmo devido a uma atuação ineficiente deste profissional e de sua equipe de saúde, aqui podendo variar desde a qualidade da infraestrutura das unidades de saúde, passando pela baixa carga horária disponível para o trabalho ou até mesmo pela falta de preparo técnico proveniente de uma formação inadequada, o que geram, num todo, na falta de resolutividade dos serviços de saúde. Todos os fatores têm determinadas causas e efeitos que, direta e/ou indiretamente e cada qual a sua maneira, e que, isolada e/ou conjuntamente, são capazes de atuarem nas ações públicas em saúde, não sendo louvável serem interpretados e resumidos pelo senso comum como: “carência do médico”.

Como visto no capítulo anterior, tal carência pode ser reflexo do modelo de atenção à saúde biomédico-flexneriano, tendo o capital privado diversos interesses em mercantilizar a saúde, privatizando cada vez mais o setor, fragmentando a medicina em especialidades e que sejam dependentes, ao máximo, de uma tecnologia de ponta. Por atuar também na formação do médico, o mercado da educação médica concentra o ensino em regiões economicamente favoráveis e que sejam capazes de gerar dividendos aos investimentos por eles realizados - empresários e/ou formandos. Neste caso, compreender a instituição de educação como uma empresa sedenta por lucros e interpretar esta mesma necessidade aos graduandos em medicina, numa tentativa de reaver os gastos gerados durante a formação, auxilia na compreensão da existência de um mercado focado nos serviços mais rentáveis, de tecnologias duras e que se sustentam em regiões economicamente desenvolvidas. Assim, a desassistência aos setores básicos da saúde torna-se preocupante para a efetivação do modelo nacional de saúde pública.

Logo, correlacionar a Força de Trabalho em Saúde (FTS) às leis gerais no mercado capitalista auxilia na compreensão das transformações ocorridas a partir do século XX, estabelecendo uma relação entre a oferta e a demanda, o que veio a gerar um movimento de passagem do trabalho autônomo para o assalariado, juntamente com o aumento de escala de força de trabalho utilizado nos estabelecimentos de saúde. E essa quebra de autonomia não se restringe apenas ao vínculo de emprego, agora também sob influência de empresas privadas

de planos de saúde, mas afeta sobremaneira, a tomada de decisões profissionais, na medida em que todo o procedimento, todo o medicamento, todo o ato médico em si constitui, erroneamente aos olhos das Políticas Sociais, em um gasto, em um número traduzido a uma meta mais ou menos rentável ao investidor. De fato, no Brasil, foi após a década de 1960 que o setor privado direcionou seus investimentos na saúde, em especial no campo da medicina, seja na educação com a abertura de escolas de graduação (MACHADO, 1997), seja na atenção hospitalar com os serviços especializados e tecnológicos, mercantilizando assim a saúde (SOUZA, 2011).

No caso específico do trabalho médico, Filho (2017) ressaltou duas importantes forças do capitalismo na saúde: (1) o sistema de ensino: garantidor da estrutura e do volume da oferta; e (2) o modelo de atenção à saúde: responsável pela estrutura e pelo volume da demanda. Enquanto o primeiro se torna fonte de lucro, frente ao crescimento expansivo das instituições privadas de ensino, direcionando os alunos às especialidades e ao uso indiscriminado da tecnologia; o segundo demanda por profissionais com formação generalista e que deveriam atuar nos mais carentes, vulneráveis e longínquos pontos do Brasil. Objetivos opostos na busca incessante, e por deveras ineficaz, de um sistema de saúde que tem em suas propostas ser resolutivo, universal e integral.

Cenário posto, não fica difícil concluir que o estado brasileiro se omite quanto às obrigações legais no sentido de implantar políticas regulatórias na saúde, sobretudo ao tratar de assuntos conflitivos aos anseios do setor privado e que tem no profissional médico suas melhores oportunidades. Medidas que deveriam visar o bem-estar-social da população acabam por se render aos interesses neoliberais, nacional e internacionalmente impostos. Não basta, contudo, estar expresso na Constituição Federal do Brasil, em seu Artigo 200 (BRASIL, 1988), e ratificado na Lei Orgânica da Saúde, que no Artigo 15, item IX, diz respeito à responsabilidade do sistema de saúde atuar na “formação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (BRASIL. MS, 1990). O que se observa, entretanto, são iniciativas, um tanto quanto acanhadas, no sentido de dar uma resposta aos históricos problemas de saúde da população, expressas em marcos regulatórios superficiais na educação e em medidas focais, no tempo e no espaço, que visam interiorizar e fixar os profissionais de saúde, sobretudo os médicos.

Enquanto o primeiro ponto foi debatido no capítulo anterior, sobre a educação médica no Brasil frente aos interesses do setor privado, cabe neste momento uma abordagem a respeito dos esforços governamentais em prover e fixar o profissional médico no interior do país, tendo como ápice a estruturação e a implantação do “Programa Mais Médicos” (PMM). Este

programa será aqui melhor detalhado, seguindo pelos resultados a nível nacional e, de forma local, explanando o contexto no município de Campos dos Goytacazes. De forma didática, o capítulo se divide em três partes que, em conjunto, permitem uma visão dos principais movimentos nacionais em prol da interiorização e da fixação do médico brasileiro, expondo os objetivos, as críticas e as consequências de cada iniciativa governamental.

Na primeira parte, o que importa é um arcabouço das principais medidas implantadas a partir da década de 1960 que tiveram como objetivo, não somente, mas, sobretudo, fixar o profissional médico nas regiões interioranas do país. Tais medidas caminham, num sentido cronológico, do Projeto Rondon, em 1968, ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), em 2011. Compreender fatos históricos, econômicos e sociais pertinentes a cada tempo da implantação das políticas apresentadas, mesmo que de forma resumida, auxilia na conformação de como ocorreu o desenvolvimento, o alcance, os desdobramentos e a evolução das alternativas a respeito.

Avançando no tempo, em 2013, foi colocado em prática pelo Governo Federal (GF) um programa ousado aos modelos anteriormente implantados no Brasil. Repleto de contrapontos e que repercutiu, e repercute ainda nos dias de hoje, questionamentos quanto ao seu formato de contratação dos profissionais médicos, sobretudo os estrangeiros, o PMM tem abrangência nacional nunca antes vista, inclusive com cooperação de organismos internacionais envolvidos na “contratação”³² de profissionais estrangeiros, o que merece um olhar minucioso a ser trazido na segunda parte.

Por fim, encerra com a apresentação do PMM em Campos dos Goytacazes. Por se tratar da região escolhida para o estudo, carece de relatar os fatores políticos, econômicos e sociais locais, da época da implantação do Programa aos tempos atuais, bem como a organização do sistema público de saúde municipal, em especial os serviços da APS que estejam relacionados à atuação do profissional médico do PMM. Compreender como o Programa ressoou nesta arena, tanto no âmbito da categoria médica local quanto no campo midiático, como, também, na única escola de ensino em medicina do município e, principalmente, no funcionamento dos serviços básicos de saúde, são relevantes para embasar de maneira adequada os capítulos seguintes.

³² Neste caso específico, “contratação” vem em destaque por enfatizar a maneira como ocorre a captação do profissional médico estrangeiro, sobretudo o cubano. Por ser compreendido que o mesmo não exerce um contrato de trabalho devidamente formalizado, mas sim um processo de terceirização mascarado como programa de formação profissional, capaz de, aos olhos das leis trabalhistas ao menos, disfarçar algumas ilegalidades referentes à atuação de profissionais estrangeiros atuando no Brasil. Maiores detalhes, ver: Di Jorge (2013), Bianchini (2015) e Lacerda (2016).

Portanto, o que se pode verificar, no contexto geral, é que o provimento e a fixação do profissional médico no interior do país tem sido uma preocupação governamental constante, mas de difícil solução, na medida em que os programas não se sustentam por muito tempo, sofrendo alterações e até mesmo extinções a cada troca de governo. Soa, assim, mais como uma política de governo do que uma política de estado. Quanto ao PMM, a participação de organismos internacionais permite uma maior confiabilidade, expressa em números como antes nunca visto. Apesar de contradições no que se refere ao modelo proposto de contratação dos profissionais estrangeiros, há que se ressaltar a sobrevivência do Programa, ainda com pouco tempo em atividade é verdade, mas que tem resistido a forças corporativas da categoria médica e até mesmo a opiniões contrárias de alguns estudiosos em saúde pública.

Uma análise do PMM no município de Campos dos Goytacazes demonstra a dependência da estruturação da APS ao Programa, sendo ainda necessárias outras medidas, sobretudo na esfera municipal, para que a saúde local se torne mais resolutiva.

2.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS PARA PROVISÃO DE MÉDICOS NO BRASIL

Ao analisar o “Movimento Médico”³³ no Brasil em relação às Políticas de Saúde durante o período de 1976 a 1990, Gerschman (2004) identificou dois momentos distintos da categoria. Na década de 1970, em oposição à ditadura militar, predominou neste movimento o “processo de reformulação do sistema de saúde [...] resultado da imposição das forças sociais em saúde” (GERSCHMAN, 2004, p. 143). Já na década de 1980, o “Movimento Médico” tomou caminho contrário aos anseios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), principal movimento social brasileiro de democratização da saúde pública (PAIM, 2009a). A justificativa se encontra na diversidade de interesses referentes às inúmeras formas de inserção da categoria médica no mercado de trabalho, já influenciado, desde a época, pelos interesses do mercado capitalista (GERSCHMAN, 2004). Esse revés do “Movimento Médico” pode ser sentido, e ainda vigora e se fortalece até os dias atuais, tendo consequências desastrosas ao modelo público de saúde brasileiro.

Desta forma, tem-se um cenário não muito favorável à fixação do profissional médico por todo o país, em especial nas regiões afastadas dos grandes centros econômicos, sejam em localidades interioranas ou mesmo nos subúrbios das metrópoles. O fato é que o profissional médico, de maneira geral e como se observa na história da saúde no Brasil, prefere atuar em

³³ Movimento Médico: conjunto de entidades médicas brasileiras que procuravam promover o desenvolvimento da classe (GERSCHMAN, 2004).

locais providos de melhores condições de vida, com maior estrutura econômica e tecnológica, e em que esteja próximo dos pólos de estudo na área e perto dos centros avançados em tratamento.

Ao analisar, em 2012, a preferência de estudantes de medicina do último período das Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Minas Gerais, Girardi *et al.* (2017) apontaram que os atributos mais significativos na escolha do local de trabalho dos futuros profissionais são, em ordem decrescente: a localização do trabalho, as condições estruturais destes lugares, remuneração, acesso à residência médica, tipo de vínculo e carga horária requerida. De posse destes dados, mesmo que regionalizados, parece justificado a dificuldade em prover e fixar o médico nas localidades brasileiras distantes dos grandes centros urbanos, sem a devida estrutura necessária, ainda que em situações atrativas de salário. O mesmo foi observado por Campos e Malik (2008), com médicos da ESF do estado de São Paulo.

Quanto às medidas a fim de fixar o profissional de saúde nas mais remotas unidades de saúde do país, por décadas têm sido implementadas políticas governamentais de “interiorização”. Iniciadas na década de 1960, tais ações governamentais se focam “ora na extensão universitária, ora na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais” (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008, p. 50-51), tendo cada qual sua particularidade. O quadro a seguir demonstra resumidamente tais medidas (Quadro 03):

Quadro 03 – Principais iniciativas governamentais de estímulo a interiorização do médico no Brasil					
Iniciativa Governamental	Ano de implantação	Contexto político nacional	Profissionais envolvidos	Finalidade	Desenvolvimento
Projeto Rondon* (Decreto n° 62.927/1968)	1968	Ditadura Militar	Não específico à Saúde	Promover estágios de serviço para estudantes universitários, conduzindo a juventude, voluntariamente e durante o período de férias na graduação, a participar do processo de integração nacional.	Enfraqueceu com o término do regime militar em 1984.
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)* (Decreto n° 78.307/1976)	1976		Específico à Saúde (pessoal auxiliar)	Extensão da cobertura e na interiorização do pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas.	Enfraqueceu em consequência do processo de redemocratização, ao fim da Ditadura Militar.
Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) *	1993	Período pós CF (1988)	Específico à Saúde (médico e equipe mínima de saúde)	Não defende apenas a interiorização do médico, mas também de uma equipe mínima de saúde, com suporte de uma pequena unidade de saúde com instalações modestas, mas essenciais. A modalidade de pagamento dos profissionais era via produção.	Teve fim antes de completar um ano de implantação, devido proximidade com as eleições presidenciais de 1994.
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) *	2001		Médico e Enfermeiro	Promover maior e melhor distribuição de profissionais médicos e enfermeiros no país, por meio de bolsas de remuneração válidas por um ano, podendo ser renovadas por igual período, além de aperfeiçoar a formação destes profissionais e impulsionar o então denominado PSF.	A contrapartida dos municípios compreendeu em moradia, alimentação e transporte para os profissionais, além da disponibilidade de unidade básica de saúde para o desenvolvimento das atividades. Houve reformulação em decorrência da mudança de GF, em 2003. Extinto em julho de 2004.
Portaria n° 2.027, de 25 de agosto de 2011**	2011		Médico	Flexibiliza o trabalho do médico na ESF, destituindo-o da obrigação do cumprimento da carga horária de 40 horas semanais nas UBS, de acordo com o restante da equipe	Tais medidas não surtiram os efeitos desejáveis, continuando o serviço médico escasso em regiões longínquas e vulneráveis, necessitando de atitudes imediatas e de abrangência nacional.
Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)**	2011		Médico	Estimulava a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional a localidades com maior carência deste serviço	Primeira iniciativa específica ao recrutamento, provimento e fixação do profissional médico a regiões vulneráveis, implantado em parceria com o MEC.

Fontes: * Maciel Filho e Branco (2008); ** Ministério da Saúde (2011); *** Brasil (2011). Elaboração própria.

Considerando os programas acima documentados, nota-se fortes marcas políticas, sobressaltando a real necessidade de interiorizar os profissionais de saúde a regiões mais carentes destes recursos, sobretudo na região Norte e Nordeste do país. Seja pelo autoritarismo, pela redemocratização, ou mesmo pela mudança presidencial devido as eleições, a continuidade das iniciativas sempre estiveram associadas e ameaçadas por mudanças no Governo Federal.

Também chama atenção como os programas foram desenhados. As finalidades das primeiras iniciativas estavam direcionadas à captação de profissionais de diversas áreas de conhecimento, o que vem a corroborar com a carência geral de mão-de-obra especializada nas regiões. Seguindo com o tempo, algumas foram as iniciativas de interiorizar profissionais de saúde, sendo que as mais recentes decorrem em apenas recrutar o profissional médico. Tal fato pode dar um aspecto de que os profissionais de outras áreas, abordado num primeiro momento, e os profissionais de saúde, exceto o médico num segundo, conseguiram, de forma geral ocupar os espaços de carência. Quanto ao médico, portanto, as medidas não surtiram o efeito desejável, demonstrado pela continuidade e pela frequência das iniciativas específicas à categoria e na ainda não resolução da carência profissional.

Outro ponto de interesse trata da forma de recrutamento dos profissionais, que veio a ser bastante diversificado: (1) voluntariado sem remuneração; (2) contrato por produção; (3) auxílio por meio de bolsas; (4) associado ou não ao beneficiamento no futuro ingresso nos programas de residência e, por fim, (5) flexibilização da carga horária do trabalho do médico dentro da equipe de saúde da família. Tal fato demonstra a complexidade de se combater o referido tema, tendo na diversidade de ações propostas a incongruência de ideias do GF em relação à fixação do médico no interior do país. Por meio deste levantamento histórico das ações a respeito, ganha, a seguir, destaque o Programa Mais Médicos, implantado em 2013, com suas repercussões nacionais e locais.

2.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL

O grande entrave do sistema público brasileiro de saúde, aos olhos de muitos, é a carência de recursos humanos – em especial do médico atuante nas UBS distantes dos grandes centros urbanos e em regiões de maior vulnerabilidade. Talvez seja o que mais tenha ganhado vulto face à elaboração de novas políticas públicas de saúde. Alguns estudos (MACHADO, 1997; NERI, 2008; MOTA e RIBEIRO, 2017), de épocas um tanto quanto distintas, tem demonstrando que a carência de médicos atravessa décadas e que pode estar associada ao

prestígio social da categoria e à conseqüente preferência em atuar nas regiões de maior desenvolvimento econômico, próximas aos pólos de estudo e perto de regiões com maiores possibilidades de crescimento profissional.

Em seqüência aos projetos e programas intencionados a “interiorizar” este profissional no território nacional, visto na seção anterior (Quadro 01), surgiu em outubro de 2013, por meio da Lei nº 12.871, o “Programa Mais Médicos” (PMM). Abrangendo ações conjuntas entre o MS e o MEC, o programa prevê não apenas a chamada de médicos para atuarem em regiões prioritárias - esta seria a medida emergencial, denominada “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB). Também atua na melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde; na expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica; e no aprimoramento da formação médica no Brasil (BRASIL, 2015). De uma forma geral são estas quatro temáticas que, juntas e sinergicamente, tem a intenção de aperfeiçoar a participação do médico na APS no Brasil.

Apesar da intersetorialidade da iniciativa, tais eixos merecem ser dissociados dos estudos encontrados a respeito do Programa, de forma a serem dimensionados separadamente. E este foi o caminho escolhido pelo autor para iniciar a explanação geral desta iniciativa do GF, deixando para um segundo momento, ainda nesta seção, uma maior ênfase ao PMMB.

2.2.1 O que se tem estudado sobre o PMM

Em relação aos trabalhos sobre o PMM no Brasil, seguindo a metodologia apresentada na introdução, o foco se deu no ano da publicação, na “missão” principal da revista divulgadora, na região abordada em cada artigo, nos objetivos trabalhados dentro do que a política do PMM propõe e nos resultados alcançados. Pretende-se, deste feito, gerar subsídios aos estudiosos da Política de Saúde, com destaque para o que se tem estudado com o avançar do tempo, de forma a constituir um valioso acervo para o debate atual e que deverá ser alimentado em estudos futuros pelos apreciadores da política.

Primeiramente, cabe ressaltar a importância do termo utilizado na pesquisa. Ao realizar a busca com o descritor “Mais Médicos”, foram encontradas 31.859 publicações, número muito superior ao quando se utilizou “MAIS MÉDICOS”. Essa discrepância demonstra uma busca generalizada ocorrida na primeira ação, capaz de “captar” assuntos que destoam do Programa implantado pelo GF brasileiro. Aqui, justifica a utilização do segundo termo como descritor, resultando, num primeiro momento, em 227 publicações. Na própria página de busca, e de forma automática, o achado é organizado segundo o assunto principal, a origem do estudo e a língua no qual o trabalho foi publicado. Enfim, uma gama de

informações e que são investigadas a seguir.

Segundo a base de dados, as principais fontes dos “achados” foram: LILACS (81 achados - 35,6%), Coleciona SUS (79 - 34,8%), e MEDLINE (35 - 15,4%) (BVS, 2017). Sendo o MEDLINE uma plataforma relacionada aos estudos médicos, a pouca representatividade nos achados (15,4%), quando comparados às demais pode demonstrar o interesse desproporcional do PMM pelos veículos de divulgação dos estudos médicos, apesar de ser o profissional de saúde diretamente envolvido nesta política.

Quanto ao “Assunto principal”, seguindo a categorização da própria biblioteca virtual, predominou em ordem decrescente: “Médicos da Atenção Primária” (78 estudos), seguido de “Atenção Primária à Saúde” (45), “Programas Nacionais de Saúde” (34), “Sistema Único de Saúde” (27), “Médicos Graduados Estrangeiros” (24), dentre outros de menor relevância (BVS, 2017). Tendo em vista a não sobreposição nesta categoria, ou seja: cada trabalho se credencia para um “Assunto principal”, observa-se que há no meio acadêmico, uma importante desvinculação do PMM ao trabalho de estrangeiros (com apenas 24 achados), o que não se observa no conhecimento popular e nas publicações não científicas a respeito.

Quanto ao “País/região como assunto”, são estes os números: Brasil (124 estudos), Cuba (13), Caribe (09), Europa (2), América do Norte (01), e Oceania (01). Quanto ao idioma dos estudos: “Português” (186), “Inglês” (47), “Espanhol” (05), “Francês” (01) (BVS, 2017). Nota-se que, apesar de apenas 01 estudo ter sido incluído como “País/região como assunto” a América do Norte, o número de trabalhos escritos na língua inglesa (47) demonstra o predomínio mundial do idioma quanto à divulgação de trabalhos científicos, podendo estar relacionado à importância internacional dada ao programa e à necessidade de divulgação do mesmo para os países de maneira global, em revistas científicas de abrangência internacional.

Quanto ao ano de publicação os números foram: 2016 (70 publicações), 2015 (57), 2014 (25), 2013 (18) e em 2017 (03) (BVS, 2017). Nota-se um aumento progressivo e significativo com o passar dos anos, fruto do interesse na continuidade do debate e de pesquisas ao longo do tempo, como também a existência de pontos ainda a serem abordados, ou até mesmo pela necessidade de divulgação dos desdobramentos do PMM. Vale ressaltar que os estudos datados de anos anteriores a 2013, não relatam sobre o PMM, sendo este o ano de sua implantação, e que, portanto não foram aqui considerados. Também que, os publicados no ano de 2017 estão aqui representados parcialmente, por motivo da busca ter sido realizada ainda no início do segundo quadrimestre do ano corrente, conforme anunciado na introdução.

Por fim, nesta etapa preliminar, importa ressaltar o “Tipo de Documento”. Classificado pela BVS como “Artigo” registrou-se 139 publicações, seguido por ordem decrescente de

“Tese” (28), “Monografia” (17), “Não convencional” (13), “Vídeo” (13), “Congresso e Conferência” (10), dentre outros de menor importância quantitativa (BVS, 2017). O estudo desta seção propõe analisar apenas os “Artigos”, portanto, as 139 publicações enquadradas pela BVS como tal. O motivo de não se trabalhar com outras publicações está em evitar a “despadronização” das análises, na medida em que vídeos, materiais divulgados em congressos, monografias e teses, não querendo desmerecer a importância destas para o conhecimento, são formatados e conduzidos de formas distintas e dentro de uma maior personalidade de quem o produz, oferecendo dificuldades para serem analisados conjuntamente.

Dos 139 artigos achados, 68 foram extensamente analisados segundo a metodologia proposta. Portanto, foram retirados (excluídos), após uma análise individual do conteúdo: 40 publicações por se tratar de debates, opiniões e entrevistas – embora considerados pela BVS como “Artigo”; 05 publicações descontextualizadas com o PMM; além de 26 achados que estavam presentes de maneira repetida, sendo assim analisado apenas um exemplar de cada texto. Logo, a análise se deu nos 68 trabalhos restantes.

Em relação às revistas responsáveis pela publicação, predominaram: Revista Ciência & Saúde Coletiva (33 trabalhos), Tempus, actas de Saúde Coletiva (09), Interface - Comunicação, Saúde, Educação (06), e Revista Eletrônica Gestão & Sociedade (05) (BVS, 2017). O acentuado número de publicações na Revista Ciência & Saúde Coletiva deve à edição especial comemorativa aos três anos do PMM, publicada no ano de 2016, sendo somente esta a responsável por 25 artigos sobre o tema. Desta forma, pode-se afirmar que, desconsiderando a edição especial, não houve uma distribuição heterogênea dos estudos nas revistas em destaque.

Quanto à natureza da revista, entenda-se como a observação de seu escopo principal, vale esclarecer que pode haver, e no caso em questão houve uma sobreposição de 10 achados, devido a um periódico abranger mais de uma área principal de conhecimento. A área “Saúde” foi responsável por 64% das publicações, com 50 artigos dos 68 analisadas, respeitando a natureza principal da política em estudo. Em sequência, sobressaíram as revistas categorizadas como pertencentes à “Administração” (9%), seguidas pela especializadas em “Comunicação, Jornalismo, Publicidade, Análise do Discurso” (8%), “Interdisciplinar” (7%) e “Direito”, com 6%. Esta classificação foi possível ao analisar o escopo de cada revista envolvida, acessando sua página principal na *Internet*, seguindo a classificação própria dos editores. Este ponto cabe uma observação: do quanto a Política Social específica, o PMM, é vastamente estudado, dentro do que suas diversas temáticas propõem.

Quanto à região estudada, predominou os estudos de abrangência nacional (60% - 40 artigos), seguido dos referentes ao Nordeste e ao Sul (ambos com 09 artigos – 13% cada), Sudeste e Norte (ambos com 04 artigos – 6% cada), e, por fim, o Centro-Oeste com apenas 01 artigo (2%). Importante ressaltar que alguns estudos abordaram mais de uma região geográfica, e que outros não identificaram a região estudada, seja por questões éticas ou mesmo por não ter relevância para o contexto abordado pelo autor do texto, ficando assim o trabalho não identificado quanto a sua regionalização e sem o devido registro nesta análise.

As regiões estudadas contrastam, de certa forma, com a necessidade principal a que a política foi imposta. Por ser uma política, o PMMB, que prima o provimento e a fixação de médicos nas regiões menos desenvolvidas e mais distantes dos grandes centros, seria no mínimo razoável que houvesse mais estudos nas regiões Norte e Nordeste, por mais sabido que seja esta deficiência nestas regiões. No entanto, a abordagem nas regiões Sul e Sudeste, em números mais elevados do que mereciam dentro da realidade nacional, pode levar a pelo menos dois caminhos: (1) que estes estudos estão descontextualizados com a realidade nacional, podendo inferir percepções distintas do real objetivo do Programa, e/ou (2) que nas regiões de maior carência de profissionais médicos encontra-se um menor interesse em estudar a política em debate.

O passo a seguir é na compreensão do PMM, utilizando dos estudos encontrados na busca, bem como outros complementares. Cercado de questionamentos, o PMM vem ao longo dos seus quatro anos de existência se consolidando como importante Política Social, responsável por (1) prover médico em áreas até então desprovidas desta mão-de-obra, (2) realizar melhorias na infraestrutura dos locais de trabalho, (3) ampliar o acesso de estudantes nas faculdades de medicina e em programas de residência profissional, e por fim, e não menos importante, (4) reestruturar as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2013b). Dentro de seu histórico, apesar de não longínquo, intensa foi a resistência em relação a ponderações de cunho político-partidárias, na maioria de caráter conservador e corporativista, que insistiram em ignorar o propósito da presença do médico nos territórios em que sua quantidade é insuficiente e a conseqüente necessidade de fortalecer a APS no país.

Antes de apresentar os dados do levantamento proposto, algumas considerações merecem ser evidenciadas de forma a contribuir para o debate no que tange ao dimensionamento do médico no mercado de trabalho nacional. Até o momento – dados coletados em maio de 2017, o PMM resultou na abertura de 5,3 mil vagas de graduação, por todas as regiões do país, sendo 1.690 vagas em universidades federais (31% do total das vagas criadas) e 3.616 em instituições privadas (69% das vagas). Em relação ao provimento de

profissionais, conta com mais de 18.240 médicos (representado por 63% de cubanos, 32% de brasileiros e 4% de outras nacionalidades), atuando em 4.058 cidades e em todos os 34 Distritos Indígenas brasileiros (BRASIL, 2017a). Um dos objetivos do Programa é sair do valor de 1,8 médicos/1000 habitantes e aproximar, até em 2026, aos números do Reino Unido, país referência em APS, que registra 2,7 médicos por mil habitantes (BRASIL. MS, 2016).

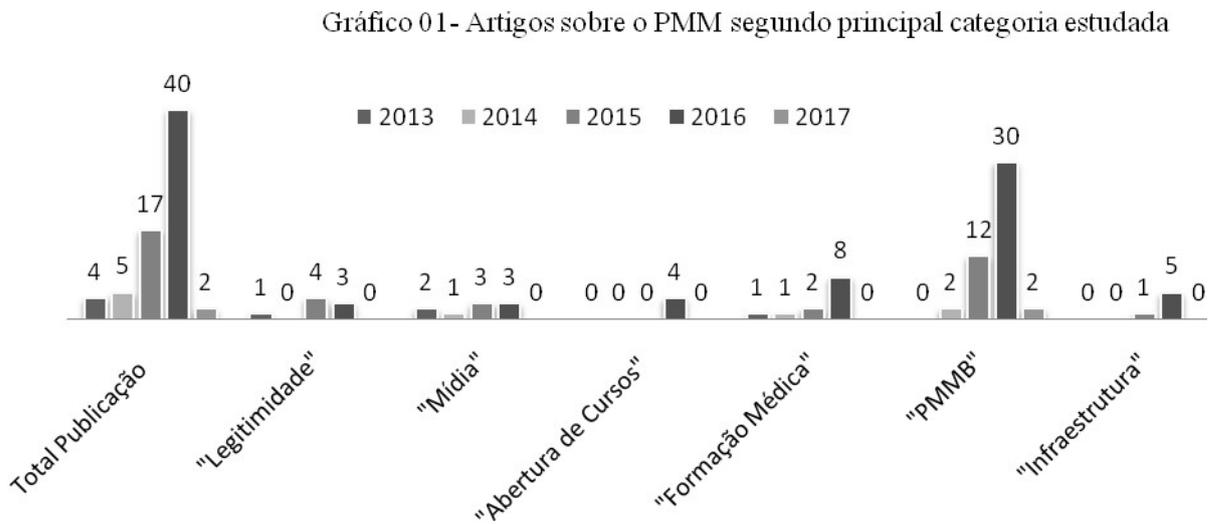
Trazendo os números específicos do Programa referentes à abertura de vagas de cursos de graduação em medicina para contextualizar com os números gerais de vagas autorizadas pelos órgãos competentes no Brasil, a partir de dados obtidos pelo MEC e que foram apresentados no capítulo anterior, observa-se a continuidade da predominância das vagas em instituições privadas, inclusive seguindo a mesma proporção em relação às públicas - processo ao qual Garcia Júnior (2017) denominou de “privatização da formação para um sistema público” (p. 99). Explico melhor: das vagas abertas pelo PMM e das vagas totais em cursos de medicina existentes no Brasil, tem-se, respectivamente 69% (3.616 vagas) e 69,9% (20.351) em IES privadas, e 31% (1.690 vagas) e 30,1% (8.901) em IES públicas. Significa dizer que a expansão das vagas em cursos de medicina via PMM não foi capaz de alterar, acentuando ou diminuindo, a representação histórica do setor privado no ensino médico.

Apesar das diversas políticas anteriores do governo brasileiro para o enfrentamento das desigualdades na distribuição de médicos e promotoras do fortalecimento da APS, nenhuma teve a abrangência, magnitude e celeridade de mudança da formação acadêmica médica como o PMM (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Entretanto, o mesmo não foi implantado dentro da unanimidade de aceitação entre os representantes da classe médica, entre os estudiosos da saúde pública, e até mesmo entre os usuários do sistema público de saúde. Quanto a sua validade constitucional, alguns estudos atestam sua legalidade (CARVALHO, 2014; CERQUEIRA e ALVES, 2016), contrastando com os estudos de Di Jorge (2013), Bianchini (2015) e Lacerda (2016). O fato é que desde a sua criação em 2013, o PMM tem despertado diversos debates, sejam referentes ao meio de contratação dos médicos, estes brasileiros ou não; sobre a formação técnica dos participantes; a ampliação de vagas nas faculdades de medicina; a reforma das diretrizes nacionais curriculares do curso de graduação em medicina; a qualidade da infraestrutura das UBS, dentre outros.

Devido ao extenso número de artigos científicos sobre o PMM, optou-se por uma análise qualitativa dos achados, merecendo alguns destaques pontuais. O primeiro artigo sobre o PMM, de setembro de 2013, trata do estudo jurídico sobre o programa (DI JORGE, 2013). De certa forma, notória foi a preocupação inicial em relação à legitimidade desta ação governamental, ratificado principalmente nos dois primeiros anos de implantação pelo grande

número de publicações a respeito.

Em relação ao conteúdo principal das publicações, a leitura do “resumo” permitiu, e quando não a leitura do texto de todo o artigo, separar diversas matizes referentes ao PMM, podendo ser categorizadas quanto ao objetivo principal dos artigos em: “Legitimidade”, “Mídia”, “Abertura de cursos de medicina”, “Formação médica”, “PMMB”, e “Infraestrutura” das Unidades de Saúde. A seguir, um gráfico destas categorias segundo a quantidade das publicações separadas por ano (Gráfico 01).



Fonte: Elaboração própria.

Categorizando os artigos segundo os assuntos abordados, no geral, trata-se dos seguintes segmentos e suas respectivas quantidades: “Legitimidade” (08 artigos), “Mídia” (09), “Abertura de Cursos” de Medicina (04), “Formação Médica” (12), “PMMB” (46), e “Infraestrutura” das Unidades de Saúde e suas interferências no processo de trabalho (06). Não raro um estudo tratar de mais de uma temática, demonstrado pela simples soma dos achados, o que remete a uma sobreposição dos assuntos e a uma análise conjuntural do Programa em alguns destes artigos. Recorrente foi a associação do eixo “Infraestrutura” ao “PMMB”.

O alto valor de artigos publicados no ano de 2016 vem a despertar o interesse dos estudiosos sobre a análise do PMM ao completar três anos de implantação. O interesse também percorre o caminho sobre o futuro do Programa: de como será os próximos anos, citado por alguns como o “legado do Programa”. Neste ano, de 2016, o destaque se deu em relação ao “PMMB” (30), com participação representativa a respeito da “Formação Médica” (08).

Como se pode notar, tendo em vista as citações utilizadas no decorrer desta seção, não houve predomínio em relação aos autores dos trabalhos, demonstrando também uma diversidade nos institutos de pesquisa sobre o tema. Analisando os artigos, revelações importantes e que cabe estruturar segundo a temática dos artigos serão trazidos à tona, seguindo uma conformidade com os matizes apresentados no Gráfico 02. Neste ponto, a utilização de todo o conteúdo dos artigos se torna fundamental, por não constarem nos resumos as conclusões de forma completa. Vamos às temáticas:

Quanto à “legitimidade”, alguns conflitos foram notados, sobressaindo os estudos que concluem ser o PMM ilegítimo quanto à forma de contratação dos médicos, sendo a precarização dos contratos de trabalho um ponto relevante a ser discutido (BIANCHINI, 2015; LACERDA, 2016). Segundo Di Jorge (2013), o PMM:

[...] viola regras básicas constitucionais e impede a correta prestação de serviço público de saúde. Atinge-se uma bandeira, por vias transversas, porém não se resolve o problema, o que não mais se coaduna com a necessidade de eficiência da Administração Pública, cujo gestor não mais poderá atuar debaixo de paixões, imediatismos e instrumentos meramente paliativos. De um certo modo, porque apenas se buscou uma determinada finalidade pública sem se preocupar com os meios eficazes para garantia do interesse público primário [...] (DI JORGE, 2013, p. 24, Grifo nosso).

De forma oposta, tem-se a conclusão de Santos e Silva (2015): “Os resultados mostram que a política pública obedece aos preceitos constitucionais e apresenta-se como instrumento indispensável de eficácia social ao direito à saúde para as regiões prioritárias atendidas.” (SANTOS e SILVA, 2015, p. 68). O mesmo foi encontrado nos trabalhos de Cerqueira e Alves (2016).

Dos artigos enquadrados no setor “Mídia”, destaque para Morais *et al.* (2014) ao relatar a influência de jornalistas sobre a divulgação do tema, assim não transparecendo a verdade sobre o Programa, mesmo em se tratando de jornais renomados e amplamente distribuídos pelo Brasil. O distanciamento da cobertura jornalística em relação aos verdadeiros objetivos do PMM mascaram, talvez de forma intencional, os princípios da política, não dando a oportunidade ao leitor de compreender o verdadeiro contexto em que a mesma foi imposta (LUZ, CAMBRAIA e GONTIJO, 2015).

Sobre a “Abertura de Cursos” de medicina, os estudos surgiram de forma volumosa a partir de 2016. Silva Júnior *et al.* (2016) ao analisarem a educação médica no estado do Rio de Janeiro após a implantação do PMM, observaram a crescente privatização da graduação médica e que a interiorização destas vagas não garante, por si só, a fixação dos médicos no município sede da IES, havendo necessidade de uma avaliação ao longo do tempo. Sobre a

qualidade na formação deste profissional – enquadrado na categoria “Formação médica”, o PMM tem o intuito de efetivar uma formação aos moldes da APS, segundo os princípios do SUS (SOUZA LIMA *et al.*, 2015), mesmo sabendo das inúmeras dificuldades, abordadas no capítulo anterior.

Os artigos relacionados à provisão de médicos brasileiros ou de outras nacionalidades, foram analisados dentro do eixo “PMMB”. Na revisão bibliográfica realizada, a maioria dos estudos relacionaram o impacto da chegada destes profissionais aos locais de trabalho e que antes estavam desassistidos deste serviço, analisando, sobretudo, o grau de satisfação dos usuários beneficiados pela referida política. De forma unânime, o PMMB foi considerado uma ação positiva do GF, garantindo acesso à saúde aos usuários do sistema público de saúde nacional. Os estudos relataram melhoria do acesso à saúde nas comunidades quilombolas (PEREIRA, SILVA e SANTOS, 2015); em municípios de diversos estados brasileiros: Mossoró/RN (SILVA *et al.*, 2016), Porto Velho/RO (SANTOS, SOUZA e CARDOSO, 2016), e Boqueirão/PB (SILVA, 2015); além de estudos regionais: estado do Ceará (MELO, BAIÃO e COSTA, 2016), estado do Mato Grosso (MOTA e BARROS, 2016), em Santa Catarina (SOUZA LIMA *et al.*, 2015), em São Paulo (SILVA *et al.*, 2016), e no Rio Grande do Sul (MIRANDA e MELO, 2016); além de abranger o programa a nível nacional (PEREIRA, SILVA e SANTOS, 2015).

Tais achados permitem enfatizar a expansão do acesso aos serviços de saúde nas regiões de vulnerabilidade social, consolidando a APS em todo o território nacional (LIMA *et al.*, 2016), havendo até mesmo a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde (ICSAP), conforme relatado por Gonçalves *et al.* (2016) na região Nordeste, ou na melhora de indicadores municipais de um município do Sertão Central Nordestino (ALENCAR *et al.*, 2016). Collar, Neto e Ferla (2015) foram além do acesso aos serviços públicos de saúde com a implantação do PMM nas regiões de grande vulnerabilidade, na medida em que segundo os autores tal atitude é também capaz de empoderar os usuários do SUS, tornando-os mais participativos na sociedade conforme garantido o seu direito à saúde.

Segundo Comes *et al.* (2016b), os profissionais do PMM possuem um bom desempenho técnico e humanizado, tendo até mesmo registrado um contentamento dos usuários quanto aos aspectos “não médicos do cuidado” (p. 2.749), tais como: rapidez no agendamento, reduzido tempo de espera e privacidade. Tal relato corrobora com os achados de Melo, Baião e Costa (2016), ao enfatizarem o atendimento humanizado deste seletivo grupo de médicos, diferentemente dos “médicos convencionais”, assim por eles denominados. A relação médico-usuário de forma humanizada é capaz, segundo os autores, de sobressaltar as

dificuldades encontradas como a diferença de idiomas de médicos estrangeiros. A valorização da escuta, da atenção à queixa e de outras formas de comunicação utilizadas pelos profissionais do PMMB, diferem do atendimento ofertado pelos ditos “médicos do posto” (p. 2.863), que anteriormente atendiam nas unidades de saúde - indispostos para o atendimento, e responsáveis por especularem financeiramente a medicina (MELO, BAIÃO e COSTA, 2016).

Apesar do saldo positivo do Programa, algumas vertentes precisam ser melhor trabalhadas, não podendo ficar restrito o sucesso desta política à resolução da distribuição desigual de médicos no território brasileiro. Contudo, a sustentabilidade da política precisa estar atrelada ao enfrentamento de outros desafios que ainda persistem no SUS (MENDONÇA *et al.*, 2016), sendo a infraestrutura das UBS de vital importância para a resolutividade dos serviços em saúde. Sobre esta questão, “Infraestrutura”, Girardi *et al.* (2016), associou prejuízos ao escopo reduzido da prática médica ofertada pelos médicos do programa à infraestrutura inadequada nas unidades de saúde e à falta de materiais indispensáveis para o perfeito funcionamento destes locais, o que para Silva *et al.* (2015), mesmo com as precárias condições de trabalho, tal realidade não obscurece a satisfação da população atendida e que tem no serviço público a única forma de tratar da sua saúde.

Por fim, o PMM carece de uma atuação efetiva em ao menos três pontos, segundo Giovanella *et al.* (2016): ampliação do acesso pelo PMMB, melhoria na infraestrutura das unidades de saúde, e qualificação do processo de trabalho da equipe de saúde que atua juntamente ao médico. Seria a fórmula, segundo os autores, para o enfrentamento da rotatividade e a garantia da permanência do médico na APS. Dando continuidade na análise dos artigos encontrados, algumas considerações merecem um campo especial e que vem a seguir, sobre as intenções do GF em implantar esta Política Social, dentro do contexto nacional e internacional.

2.2.2 “Objetivos” do PMM: o Governo Federal e suas ações

Importante, neste momento, frisar “os pormenores” ou as “segundas intenções” governamentais quanto à implantação do PMM por detrás dos princípios normativos vinculados ao SUS, seja quanto uma ação de política externa ou quanto uma agenda nacional para, na sequência, apresentar trabalhos de conteúdo crítico referente ao fato. Compreender o cenário político e econômico em que o Brasil tem passado nestes últimos anos, por mais que não se aprofunde a contento, permite um olhar diferente aos verdadeiros objetivos do PMM, numa boa medida dissociado da finalidade estrita de “formar recursos humanos na área médica para o SUS” (BRASIL. MS, 2013b).

No cenário externo, a aproximação do governo de Luís Inácio Lula da Silva (de 2003 a 2011) e, posteriormente de Dilma Vana Rousseff (de 2011 a agosto de 2016)³⁴ aos governos esquerdistas - Cuba, Venezuela e Bolívia, demonstram uma reação à agenda neoliberal. Ações importantes na área social, no sentido da cultura dos direitos sociais, além de políticas públicas contra a exclusão social ganharam campo nestes países, sendo a importação de médicos cubanos um forte exemplo disso.

Gombata (2015) demonstra que “importar” médico de Cuba, como ocorrido na Venezuela, na Bolívia e no Brasil, não representa apenas solucionar o problema da saúde do país “receptor”, mas também uma ferramenta de negociação com Cuba. O interesse no petróleo da Venezuela, e a aproximação com a agricultura e com a economia brasileira, como o ocorrido no financiamento do Porto de Mariel pelo Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES), são exemplos dessas profícuas relações. Segundo a autora, quanto à Bolívia não existe uma contrapartida considerável, importando apenas a influência positiva da imagem cubana para os bolivianos e para o cenário latino americano.

Quanto ao contexto político interno, importância deve ser dada às manifestações populares iniciadas em junho de 2013 (PERUZZO, 2013; TEIXEIRA, 2013). O lapso temporal decorrido entre o início das manifestações e a decretação do PMM por meio da Medida Provisória nº 621, de julho do mesmo ano (BRASIL. MS, 2013a), demonstrou a disponibilidade política do GF em enfrentar a queda da sua popularidade ao implantar um programa desta magnitude em tão pouco tempo.

Mas, antes mesmo dos acontecimentos relatados acima, ocorreu em 28 de janeiro de 2013 o primeiro pronunciamento público a respeito da provisão de médicos em regiões carentes, realizado pela presidenta Dilma Vana Rousseff, no discurso de abertura do Encontro Nacional com Novos Prefeitos e Prefeitas. Apesar de incipiente a ideia, já se sabia da real necessidade de médicos para atuarem na rede pública:

[...] exige investimentos em equipamentos, postos de saúde, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, mas também nós sabemos – eu recebi a carta das associações –, nós sabemos também que precisam de médicos, de recursos humanos [...] É um diálogo e uma discussão complexa, mas urgente, que é a discussão da oferta e da fixação de médicos no interior do nosso país e nas prefeituras desse interior, e também – não podemos deixar de reconhecer – nas periferias das grandes cidades. (ROUSSEFF, 2013, Grifo nosso).

³⁴ Em 12 de maio de 2016, foi afastada de seu cargo por até 180 dias devido à instauração de um processo de *impeachment* que fora movido contra ela. Foi definitivamente cassada em 31 de agosto de 2016, sendo afastada do cargo, porém sem perder o direito de ocupar futuros cargos públicos.

Cabe, portanto, um debate a respeito se esta seria mesmo a salvação para a saúde pública brasileira, na medida em que expressa num de seus objetivos do PMM, o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica de saúde no País (BRASIL. MS, 2013b, Art.1º, § II). Contrapondo às críticas corporativistas e político-partidárias, os resultados obtidos com a imediata provisão e fixação do médico nas UBS e a consequente mudança das práticas de saúde ofertadas a comunidades antes desprotegidas desta Política Social de saúde parecem prevalecer nos estudos utilizados como referência.

Apesar dos resultados demonstrados, o PMM ainda é alvo de intensos debates, principalmente em relação à participação de médicos estrangeiros. A real deficiência de médicos no Brasil e a abertura de novas vagas nos cursos de graduação de medicina, embasados pelos favoráveis ao programa, confrontam com a distribuição desigual destes profissionais, com a desestruturação dos locais de trabalho e com a possível saturação deste setor num futuro não muito distante, observado pelos críticos opositores.

O “estereótipo” do profissional médico, relatado por Machado (1997), ajuda a compreender a não adesão da categoria médica brasileira, em especial nos primeiros editais de chamamento, ao PMMB. Para a autora, o médico brasileiro, na sua maioria, provém de famílias privilegiadas socialmente, o que decorre na escolha de trabalho em regiões economicamente desenvolvidas e localizadas em grandes centros urbanos, atuando em importantes centros tecnológicos em saúde - uma realidade bem distinta dos rincões do Brasil. Esta conformação da categoria pode, com devidas considerações, compreender a dificuldade dos médicos em atuar nos locais mais remotos do Brasil, sob as mais diversas dificuldades de acesso e de precariedades na infraestrutura, dando assistência às pessoas demarcadas pela vulnerabilidade social - um contexto bem diverso da realidade social da maioria dos médicos brasileiros.

Alguns pesquisadores também se opuseram às diretrizes do Programa. Segundo Scheffer (2015a) limitações devem ser revistas: 1) o aumento do número global de médicos, pelo aumento de vagas nas faculdades, o que não garante ideal distribuição dos profissionais no território nacional; 2) os incrementos financeiros concedidos, por serem insuficientes e não fixarem a permanência destes profissionais ao longo do tempo; e 3) a política de recrutamento de estrangeiros, que não pode ser vista como panaceia, pois a disponibilidade internacional de médicos teria atingido o limite. Também preocupa o autor a sustentabilidade do projeto em si, após os três anos da implantação do programa. A época do estudo de Scheffer (2015a) era

“ventilado”³⁵ a possibilidade da prorrogação contratual destes profissionais por igual período - fato posteriormente concretizado com a aprovação da Medida Provisória nº 723, de 2016, transformado na Lei nº 13.333, em 12 de setembro de 2016 (BRASIL. MS, 2016).

Duncan (2014) relata que, a partir do momento em que o gestor municipal fica desobrigado ao pagamento dos salários dos médicos, devendo apenas oferecer uma contrapartida de moradia e alimentação, como reza o PMM, constrói-se uma dependência dos municípios sobre a ajuda federal, podendo ser danoso ao processo de estruturação do sistema de saúde local no caso de uma não continuidade do Programa. Já para Campos (2015), a proposta do Brasil em formar dez mil médicos ao ano, colocaria o país com um excesso destes profissionais em cerca de menos de uma década. O problema da defasagem do número de médicos, segundo o mesmo, poderia ser suprido apenas com a ampliação da rede de Faculdades Públicas, e não estimulando abertura nas escolas privadas, conforme visto nas etapas anteriores.

Contrapondo às declarações desfavoráveis ao Programa, algumas “lendas” devem ser contestadas. Segundo Maria Helena Machado, o PMM foi objeto de intenso debate e baseado em diagnóstico fundamentado sobre a realidade da atenção à saúde no país e se apoia em monitoramento e pesquisas realizadas por instituições de excelência científica. Para ela, em momento algum o programa é contra os médicos brasileiros, fato justificado pela presença destes em todos os Estados e regiões do país, apesar da ainda pouca representatividade. A pesquisadora desmistifica a abrangência internacional do programa e ratifica a oportunidade dos profissionais brasileiros em intercambiar experiências, oportunidades e práticas profissionais das mais variadas nacionalidades (MACHADO, CAMPOS e LIMA, 2015). São culturas distintas em prol de um único objetivo: levar saúde aos vulneráveis.

Crítérios técnicos a parte, cabe questionar como tem sido a aceitação dos usuários atendidos nas unidades de saúde beneficiadas pelo PMMB. A Universidade Federal de Minas Gerais junto com o Instituto de Pesquisas Sociais e Econômicas de Pernambuco entrevistou 14 mil usuários, em que 85% disseram estar satisfeitos com a atuação dos médicos do programa. Quando provocados, os pontos mais citados foram: o “aumento do número de consultas”, “ter agora atendimento todos os dias”, “médicos mais atenciosos”, “que passam mais tempo com os pacientes” e que são “mais capacitados e competentes”. O desafio, agora, é manter a qualidade do atendimento à medida que os profissionais estrangeiros forem sendo substituídos por brasileiros (BRASIL, 2015).

³⁵ Termo “ventilado” usado em relação a uma notícia publicada na mídia sem a revalidação por meios legais (Portarias, Leis ou Decretos).

Desta forma, o PMMB deve ser encarado como um avanço no que tange ao acesso aos serviços básicos em saúde, mas que cabe algumas considerações a respeito de como tem sido feito o contrato destes profissionais, sobre o investimento em infraestrutura adequada para um ideal atendimento em saúde nas unidades, de como será o desfecho deste cenário ao longo do tempo, e de como tem sido repercutido na mídia nacional e internacional. Tendo sido abordado as considerações pertinentes ao PMM a nível nacional, o trabalho passa a focar no Programa do município de Campos dos Goytacazes, pertencente ao estado do Rio de Janeiro.

2.3 “RAIO X” DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO BRASIL: RESULTADOS NA APS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Principal Programa de política pública em saúde adotado no Brasil desde a criação do SUS, em 1990, a ESF, inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF),³⁶ possui como objetivo reorganizar os serviços de saúde por meio da valorização das ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. No estado do Rio de Janeiro observou-se uma implantação tímida deste modelo, até os anos de 2007, demonstrando desinteresse político estadual em aderir aos princípios federais, como numa demonstração de incompatibilidade político-partidária (GERSCHMAN e SANTOS, 2016, p. 84-85). Outros achados destes estudos encontram-se no quadro a seguir (Quadro 04) e auxiliam a compreensão na condução das políticas de saúde de dois governos estaduais do Rio de Janeiro:

³⁶ Atualmente, o PSF é definido como ESF. Ao invés de programa, visto que o termo aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o termo ESF demonstra uma preocupação na sua constante reorganização e sem tempo para finalizar.

Quadro 04 - Condução das políticas de saúde dos Governos Estaduais no Rio de Janeiro (2003-2012)		
	ROSINHA GAROTINHO (2003-2006)	SÉRGIO CABRAL (2007-2012)
Discursos de governo	Ruptura nas ações de saúde do GF, que vinham sendo desenvolvidas com o intuito de integrar os municípios ao estado e desenvolver a regionalização do SUS.	A aliança GF e o municipal conferiu governabilidade ao gestor estadual, tendo nas tomadas de decisões menos conflitos políticos. O SUS não fez parte dos discursos deste governo.
Parceria público-privada (PPP)	Não houve ações significativas a respeito.	Incentivo do setor privado no interior do sistema público de saúde - terceirização dos profissionais de saúde por meio de Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Não Governamentais (ONGs).
Dificuldades de gestão	A FTS lideraram as queixas, em especial o médico. Em ordem de importância as reclamações eram: remuneração, fixação do profissional, falta de especialidades médicas, qualificação/capacitação, e condições de trabalho.	
Resolução do problema de provimento médico	Convocação por meio de concurso público, mas que teve dificuldades no preenchimento das vagas, devido à baixa remuneração e à necessidade de interiorização deste profissional.	Terceirização por meio de OS e OSCIP
Fonte: Gerschman e Santos (2016). Organização própria.		

A despreocupação do Governo Estadual em aderir às diretrizes de saúde propostas pelo MS, principalmente nos anos de governo da Sr.^a Rosinha Garotinho, parece se repetir, ou melhor, permanecer, até o ano de 2013, agora já no governo municipal de Campos dos Goytacazes. Qualquer semelhança em relação à governadora da época (nos anos de 2003 a 2006) e à prefeita deste município durante os anos de 2009 e 2016 não se constitui mera coincidência³⁷. Tal posicionamento político, contrário ao aperfeiçoamento da APS, corrobora com a deficiência da saúde municipal, com a consequente sobrecarga dos setores hospitalares ao tentarem absorver a demanda municipal por saúde (LYRA, 2011).

A desorganização do modelo público de saúde municipal não se deve à falta de recursos financeiros, sendo o município de Campos dos Goytacazes o maior recebedor de recursos gerados pelos *royalties* no Brasil³⁸. Para Carvalho e Totti (2006) a exploração do petróleo na região gera um aumento de demandas e oportunidades, e estas deveriam ser acompanhadas pelo desenvolvimento regional, o que parece não ter ocorrido nas mesmas proporções.

³⁷ Após o pleito de Governadora do Estado do Rio de Janeiro, Rosinha Garotinho disputou as eleições municipais de Campos dos Goytacazes, em 2008. Eleita neste ano e reeleita em 2012, permanecendo até o ano de 2016 no cargo executivo municipal.

³⁸ Fonte: INFO ROYALTIES. Disponível em: <https://inforoyalties.ucam-campos.br/>.

Segundo Vargas, Campos e Vargas (2016), o que se observou no município foi uma guinada nas ações e nas estratégias públicas municipais após alteração do *status* orçamentário do município em decorrência da queda dos *royalties* do petróleo nos últimos anos, com implicações na condução das políticas públicas de saúde incentivadas pela gestão federal. Agora, os programas nacionais, dentre eles a ESF, e por consequência o PMM, ganham importância, na medida em que promovem saúde, aumentam o acesso aos serviços mais próximos do território, e tendo financiamento, mesmo que não totalmente, federal.

Na Tabela 05, mostrada a seguir, o que se observa é o notório avanço das ESF no Município de Campos dos Goytacazes, apesar de ainda incipiente para um município deste aporte populacional. Após 05 anos sem equipe alguma da ESF, foi a partir da chegada dos médicos do PMMB, em novembro de 2013, que o município conseguiu avançar para o número atual de 19 equipes, sendo todas compostas por médicos do Programa (BRASIL. CNES, 2017).

Tabela 05 - Quantidade de Equipes de Saúde segundo Ano/mês – Campos dos Goytacazes/RJ (2007-2017)

	ESF – Equipe de Saúde da Família	ESFSB M1 – ESF com Saúde Bucal	Outros tipos de Unidades de Saúde	Total
2007/Dez.	4	19	04	23
2008/Dez.	4	28	08	32
2009/Dez.	--	--	--	--
2010/Dez.	--	--	--	--
2011/Dez.	--	--	--	--
2012/Dez.	--	--	--	--
2013/Dez.	--	--	--	--
2014/Dez.	--	11	--	11
2015/Dez.	3	13	16	16
2016/Dez.	7	11	06	24
2017/Set.	8	11	21	40

Fonte: BRASIL. CNES, 2017. Elaboração própria.

O que se observa na tabela anterior é que, com a vinda do PMM no município tornou-se viável, respeitando todos os argumentos contrários, a implantação de Equipes de Saúde da Família, seja no modelo tradicional (ESF), ou mesmo suplementadas com a Equipe de Saúde Bucal (ESFSB).

A reimplantação municipal da ESF³⁹ em Campos dos Goytacazes, em 2014, após seis anos de inativação por motivo de impedimento da justiça, decorrente de contratação irregular

³⁹ Apesar do enfrentamento ao modelo hospitalocêntrico: individualizante, com utilização “irracional” dos recursos tecnológicos disponíveis; a ESF coexiste em severas críticas em relação aos recursos humanos, sejam por problemas de rotatividades dos profissionais, pela ausência de qualificação e pelo perfil inadequado do

de recursos humanos, expressa o atraso deste modelo de saúde no município. Já a precariedade se traduz em apenas 11,69% de cobertura populacional, deixando grande parte da população alheia a estes serviços (VARGAS, CAMPOS e VARGAS, 2016). A seguir um quadro (Quadro 05) capaz de resumir os principais eventos ocorridos neste município desde 2008 e que vieram a prejudicar a organização da ABS municipal:

Quadro 05: Acontecimentos determinantes na organização da rede municipal de saúde em Campos dos Goytacazes (2008 – 2011)	
Período	Descrição
Jun. 2008	Lei Municipal n° 8.005/08. Cria cargos públicos para a execução de atividades do ESF.
Out.2008	Lançamento do Edital de Concurso Público 01/2008. Define a abertura de concurso público para o preenchimento de vagas no ESF.
Nov. 2008	Prova objetiva do concurso público e imediata suspensão do ato, por decisão judicial.
Dez. 2008	Autorizações judiciais que permitiram a ocorrência das provas do concurso público.
Jul. 2010	Prefeita Rosinha Garotinho municipal é afastada por irregularidades (decisão do TER-RJ)
Ago.2010	Fundada a Associação dos Aprovados no Concurso do PSF de Campos dos Goytacazes.
Nov. 2010	Homologação do Concurso (Portaria n° 830/2010), realizada pelo prefeito interino Nelson Nahim.
Mar. 2011	Publicado em Diário Oficial a portaria de posse a apenas 03 profissionais médicos do total de 55 vagas estabelecidas no Edital.
Fonte: Vargas; Campos e Vargas, 2016. Adaptação própria.	

Após a convocação, em 2011, de apenas três médicos, longe das 55 vagas ofertadas no certame e que se referia ao mesmo número de profissionais atuantes anteriormente à suspensão judicial de 2008 e que compunham o ESF, além de alguns outros profissionais de saúde, a ESF começou a ser reorganizada. No entanto, o município começou a apresentar dificuldades em fixar os médicos trabalhando por 40 horas, nos moldes da Atenção Básica, ou mesmo com equipes parametrizadas – as quais estes profissionais poderiam cumprir a metade da carga horária prevista, sendo necessários dois médicos para a conformação de uma Equipe de Saúde da Família, segundo a Portaria Ministerial n° 2.027 (MS, 2011). Prova dessa dificuldade em fixar o médico nas suas devidas atribuições foi o fato de que nenhum médico,

profissional (SILVA-ROOSLI e ATHAYDE, 2011). Tais autores criticam o caráter normalizador, capaz de engessar suas proposições em face das diferentes realidades existentes no Brasil.

dos 55 aprovados, e que foram posteriormente convocados para assumir o cargo no concurso tomou posse, mesmo diante de salários acima da média nacional.

Os profissionais médicos participantes do PMMB podem ser classificados em: “CRM Brasil” (médicos formados em IES no Brasil ou com diploma devidamente validados), “Intercambistas” (médicos de qualquer nacionalidade que se graduaram em uma instituição estrangeira), e “Cooperados” (médicos provenientes da Cooperação Internacional estabelecida entre o GF e o Governo de Cuba) (MS, 2014). Atualmente, dados de outubro de 2017, o quadro destes profissionais no município de Campos dos Goytacazes é o seguinte: 18 médicos “Cooperados” e 05 médicos “CRM Brasil” (BRASIL. CNES, 2017).

Segundo dados do GF (BRASIL. GF, 2017a), Campos dos Goytacazes está aderido ao PMM, com 28 vagas disponíveis para médicos, além da criação de 10 novas vagas de graduação em medicina na faculdade privada local. Levando-se em conta que o PMM no município vem sendo implantado de forma gradual e, portanto, ainda incipiente, mudanças de indicadores de saúde só devem ocorrer ao longo do tempo, sendo quatro anos um reduzido tempo para tal. O que, de maneira alguma, desmerece o estudo das mudanças das práticas de saúde ocorridas com a implantação do Projeto nas equipes de saúde beneficiadas, principalmente no que refere ao enquadramento das práticas às políticas de humanização.

O legado do PMM, como transformador e revolucionário no provimento, na fixação e na atuação deste profissional para a assistência à saúde pública se materializa na mudança de valores da categoria médica brasileira. O que antes era impossível trabalhar, devido às condições estruturais e ao pouco incentivo financeiro oferecido pelos gestores públicos, tornou-se viável com a vinda de médicos estrangeiros interessados nesta missão, e agora, acabam por despertar olhares dos próprios brasileiros em aderirem ao PMM e a comporem a ESF (WONCA, 2002). Prova disso foi o Edital realizado (Edital nº 19, de 10 de novembro de 2016), que obteve o preenchimento de 99% das vagas por médicos brasileiros, numa primeira chamada - um total de 1.378 profissionais. Destes, 900 substituirão os médicos cubanos, numa iniciativa do GF em reduzir paulatinamente a participação do profissional estrangeiro, na medida em que o médico brasileiro aceite a adesão ao Projeto (BRASIL. MS, 2017d).

Desta forma, para o município analisado, mesmo considerando seu aporte populacional e econômico, fica registrada a carência em fixar o profissional médico a atuar dentro do que a APS propõe, inclusive no que tange ao cumprimento da carga horária prevista no certame, tendo o PMMB importância ímpar na reorganização da ESF do município. Importante analisar como UBS contempladas pelo PMMB no município de Campos dos Goytacazes, desde sua implantação inicial, em novembro de 2013, até aos dias de hoje. Os

dados foram retirados da página do Ministério da Saúde (CNES) e, posteriormente mapeados segundo o programa “Google Earth”, chegando ao seguinte cenário mostrado no mapa a seguir (Mapa 01):

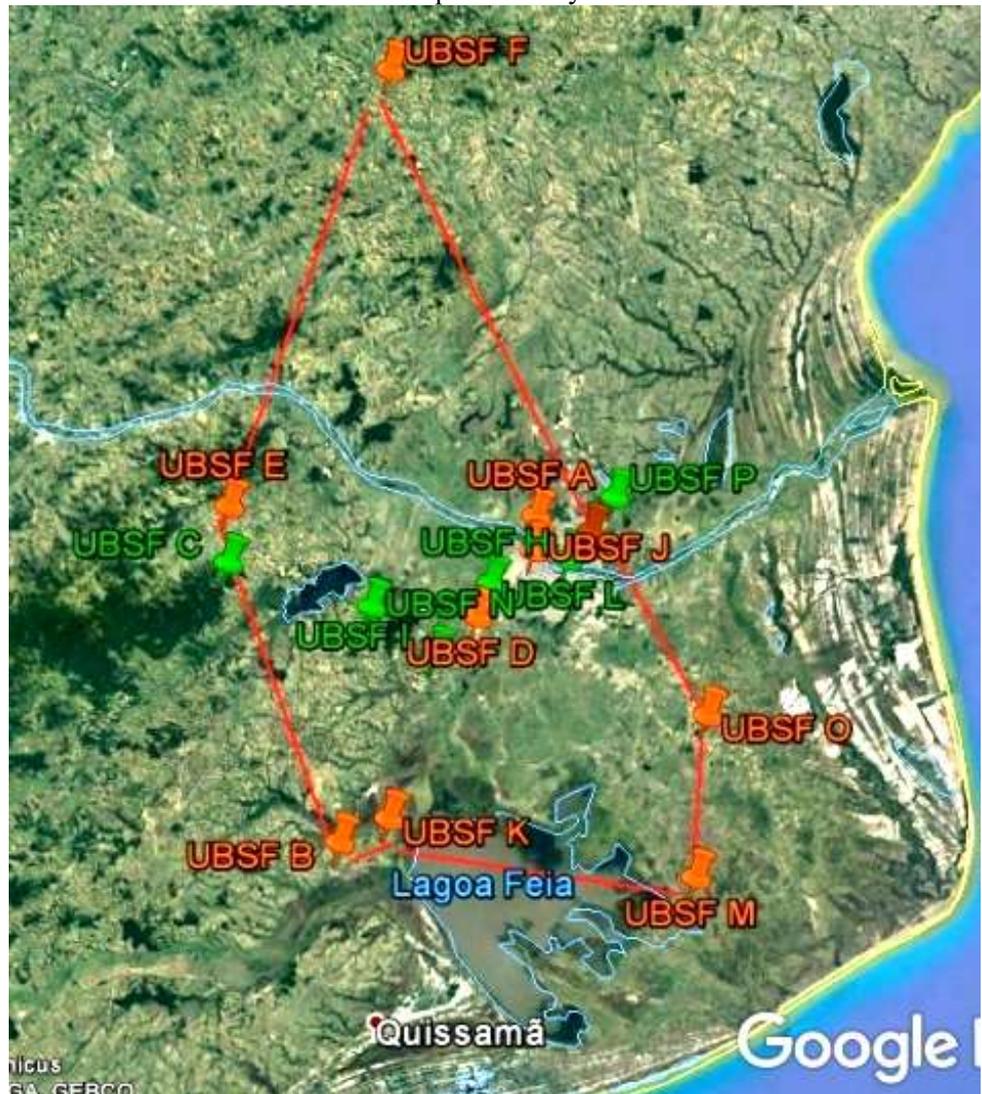
Mapa 01 – Localização das UBSF – Campos dos Goytacazes/RJ



Fonte: Google Earth (2017). Elaboração própria.

A identificação das UBSF em vermelho, representam as unidades não habilitadas a participarem do estudo, e que tiveram os critérios de exclusão explanados no percurso metodológico apresentado na introdução da pesquisa. De maneira oposta, as que possuem identificação em verde. Avançando na análise da localização das unidades de saúde que farão parte da pesquisa, observa-se que as mesmas estão na região central do município, ficando as excluídas, por terem equipes incompletas ou insatisfatórias quanto às leis vigentes do MS, localizadas na periferia do município. Tal evidência pode ser vista no mapa a seguir (Mapa 02), utilizando de um traçado, em vermelho, capaz de acentuar esta marginalização das equipes consideradas “não habilitadas”.

Mapa 02 – Localização das UBSF e a centralização das “habilidades” – Campos dos Goytacazes/RJ



Fonte: Google Earth (2017). Elaboração própria.

A distribuição dos médicos do Programa no município ocorreu, em princípio, nas unidades de saúde desprovidas do profissional médico cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/DATASUS). Primeiramente foi com a chegada de um profissional, de origem cubana, para a UBS Pernambuco, em novembro em 2013. A segunda remessa de profissionais, também de cooperados, cubanos, agora em número de dez, vieram a preencher as seguintes UBS: Conceição do Imbé, Aldeia; Dolores de Macabu; Lagoa de Cima; Morangaba; Murundu; Ponta da Lama; São Martinho, Quilombo e Terra Prometida. Estavam, portanto, formados as 11 primeiras Equipes de Saúde da Família após o “desmonte” ocorrido em 2008. A chegada destes profissionais ocorreu em maio de 2014.

No decorrer do ano de 2015 uma mudança ocorreu em uma das equipes de saúde. Na Unidade de Saúde da Família de Terra Prometida, o profissional cooperado não pode

completar sua missão de três anos, por motivos não declarados. Tal fato gerou surpresa a todos, no momento em que o mesmo não retornou ao Brasil, decorrido seu período de férias em solo cubano.

Com a crescente adesão nacional de médicos brasileiros no PMMB, formando os denominados “CRM Brasil”, a reposição foi realizada imediatamente, com a chegada de mais 07 destes profissionais. Neste momento as unidades de saúde beneficiadas foram: Aldeia (unidade Colégio Agrícola), Parque Prazeres, Santa Cruz, São Sebastião, Lagamar e Três Vendas, além da reposição ocorrida em Terra Prometida. Ao final de 2015, o município de Campos dos Goytacazes possuía 17 Equipes de Saúde da Família, dispostos em 16 Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista que a unidade de Aldeia abriga duas equipes (Aldeia e Colégio Agrícola)⁴⁰.

Sem dúvida alguma o ano de 2016 foi o mais agitado quanto às modificações ocorridas na estruturação das equipes de saúde municipais. O primeiro médico a chegar pelo PMMB, em final de 2013, “fugiu” para os EUA, dias antes de completar os três anos de sua missão, período em que retornaria em definitivo ao seu país de origem. Constatado o abandono, foi colocado um médico brasileiro (CRM Brasil) em seu lugar. Ao que tudo indica, tratou-se de uma “fuga de cérebros”, tendo o profissional se deslocado de forma ilegal para os Estados Unidos da América, por motivos já debatido por Mota e Ribeiro (2017).

Outra baixa nos médicos cubanos ainda ocorrera neste ano. Desta vez, o abandono da missão ocorreu com o profissional ocupante da Unidade de Saúde de Quilombo, que, por motivo de saúde, não retornou do seu período de férias em Cuba. Chegou, portanto, mais um “Cooperado”, de forma a substituir este profissional incapacitado de finalizar sua missão, ocupando agora a unidade de saúde de Parque Imperial, e não mais a de Quilombo – já anteriormente ocupada por profissional CRM Brasil.

As desistências dos médicos cubanos de atuar no PMMB no município de Campos dos Goytacazes, de forma alguma podem ser interpretadas como um cenário desolador da política pública em questão. Mesmo que em termos percentuais represente um alto valor quantitativo, na medida em que a época o município só contava com médicos estrangeiros no Programa, há que considerar, ao traçar um panorama nacional a respeito da evasão dos médicos cubanos ao PMMB, as desistências ocorridas a nível federal, e o quanto destas estão representadas pelos

⁴⁰ Vale ressaltar que pode haver inconsistências de dados informacionais quando os mesmos são comparados ao cenário prático. Tal fato se justifica pela falta de registros, ou mesmo por atraso destes, mas que não afeta de forma contundente o histórico apresentado, na medida em que a empiria do autor corrobora para a condução verdadeira da estruturação da ESF local.

profissionais oriundos de outros países, bem como pelos brasileiros.

Em nota técnica emitida pelo MS (Nota Técnica nº 229/2016), datada de 14 de março de 2016, foram contabilizadas as desistências ou os desligamentos dos profissionais médicos do PMMB, detalhadas mensalmente, durante o período de setembro de 2013 a fevereiro de 2016. A nota traz ainda informações a respeito das unidades federativas em que estes profissionais atuavam, demonstrando as desistências segundo a nacionalidade dos profissionais, e em relação ao país em que os médicos brasileiros graduaram - se no Brasil ou não. Durante este período, o número de desistências ou desligamentos, independente do motivo, chegou a 1.094 profissionais, sendo que 903 (82,5%) destes eram de médicos brasileiros formados no Brasil, 46 (4,2%) de médicos brasileiros formados no exterior, e 145 (13,2%) médicos estrangeiros (BRASIL, 2016a).

Considerando que a maior parte dos profissionais médicos integrantes do PMM são de médicos estrangeiros, e que neste rol de profissionais estão não somente os cubanos, mas todos os profissionais de outras nacionalidades, não se pode, embasado nos desligamentos dos médicos cubanos de Campos dos Goytacazes, determinar como uma verdade absoluta ao país a alta desistência destes profissionais. De certo, apenas que os médicos brasileiros formados no Brasil são, na maioria expressiva, os responsáveis maior pelas desistências e/ou desligamentos registrados na época.

Ao todo, no ano de 2016, foram agregadas mais 09 UBS, sendo elas: Parque Imperial, Parque Rodoviário, Saturnino Braga, Mussurepe, Carvão, Vila Nova, Guandu, Poço Gordo e Venda Nova. Como a unidade de saúde de Lagamar deixou de contar com estes profissionais, o crescente líquido foi de apenas 08 postos de saúde, totalizando, ao final do ano de 2016, 24 unidades. Dentro do que foi exposto acima, tem-se o quadro a seguir com as equipes discriminadas segundo o ano de competência (Quadro 06):

Quadro 06 – Composição Médica de Equipes participantes do PMMB (mês/ano) - Campos dos Goytacazes/RJ								
Dez.2014		Dez.2015		Dez.2016		Set.2017		
UBSF	11	Cooperados: C. Imbé; Aldeia; Dores de Macabu; Lagoa de Cima; Morangaba; Murundu; Pernambuca; Ponta da Lama; São Martinho; Quilombo Terra Prometida	17	Cooperados: C. Imbé; Aldeia (Pque. Aldeia); Dores de Macabu; Lagoa de Cima; Morangaba; Murundu; Pernambuca; Ponta da Lama; São Martinho; Quilombo	18	Cooperados: C. Imbé; Aldeia (Pque. Aldeia); Dores de Macabu; Lagoa de Cima; Morangaba; Murundu; Ponta da Lama; São Martinho; Parque Imperial	14	Cooperados: Aldeia (Pq. Aldeia); Dores de Macabu; Morangaba; Morro do Coco.
		Total: 11 equipes		Total: 10 equipes		Total: 09 equipes		Total: 04 equipes
		CRM Brasil: Nenhuma equipe cadastrada		CRM Brasil: Aldeia (C. Agrícola); Pq.Prazeres; Santa Cruz; São Sebastião; Terra Prometida; Lagamar; Três Vendas.		CRM Brasil: Aldeia (C. Agrícola); Pq. Prazeres; Santa Cruz; São Sebastião; Terra Prometida; Pernambuca; Pq. Rodoviário; Pernambuca; Pq. Rodoviário; Quilombo; Saturnino Braga.		CRM Brasil: Aldeia (C. Agrícola); Pq. Prazeres (1); Pq. Prazeres (2); Pernambuca; Pq. Rodoviário; Santa Cruz; Santa Helena; São Sebastião; Saturnino Braga; Três Vendas.
		TOTAL: Nenhuma equipe cadastrada		TOTAL: 07 equipes		TOTAL: 09 equipes		TOTAL: 10 equipes
UBS		Cooperados: Nenhuma equipe cadastrada	Cooperados: Nenhuma equipe cadastrada	Cooperados: Nenhuma equipe cadastrada	06	CRM Brasil: Mussurepe; Carvão; Vila Nova; Guandu; Poço Gordo; Venda Nova.	09	Cooperados: Conselheiro Josino
		CRM Brasil: Nenhuma equipe cadastrada	CRM Brasil: Nenhuma equipe cadastrada	CRM Brasil: Alvorada; Mussurepe; Carvão; Pq Aurora; Poço Gordo; Quilombo; Venda Nova; Lagamar.				
		Total: 01 equipe	Total: 06 equipes	Total: 08 equipes				
Total	11	17	24	23				

Fonte: BRASIL. CNES, 2017. Elaboração própria.

Importante ressaltar a instabilidade da gestão pública municipal na definição das unidades contempladas por estes profissionais, que, segundo as normativas do programa, deveriam seguir um novo modelo de atenção em saúde, estabelecendo vínculo entre profissional e usuário e que para que o mesmo ocorra torna-se necessário, dentre outros

quesitos, de tempo para que o profissional conheça seu território de trabalho e para que a população tenha confiança no profissional de saúde. O que se observa, tendo em vista o quadro a seguir (Quadro 07), é que a escolha das localidades não respeita prioridades socioeconômicas e/ou de vulnerabilidades, e que os médicos, e/ou os gestores municipais de saúde realizam “escolhas” segundo interesses diversos do que realmente consiste uma Política Social.

Quadro 07 - Permanência do médico do PMMB segundo Unidade Básica de Saúde (UBS) – Campos dos Goytacazes/RJ						
ANO UBS	2014*	2015	2016	2017 (Set.2017)		
Conceição do Imbé	Mai.					Ago.
Aldeia (Pq Imperial)	Mai.				Nov.	
Dores de Macabu	Mai.					Ago. Set.
Lagoa de Cima	Mai.					Ago.
Morangaba	Mai.				Abr.	
Murundu	Mai.					Jul.
Pernambuca	Nov.13*				Out.	
Ponta da Lama	Mai.					Ago.
São Martinho	Mai.					Ago.
Quilombo	Mai.		Jun.			
Terra Prometida	Mai.	Ago.	Jun.			Ago.
Aldeia (Pq. Aldeia)		Ago.				
Pq.Prazeres (1)		Out.	Mar.			
Pq.Prazeres (2)						Mar.
Santa Cruz				Set.		
São Sebastião		Jun.	Mar.	Jun.		
Lagamar			Set.	Fev.		Jun.
Três Vendas			Set.	Mai.	Jun.	Ago. Mar.
Jardim Imperial					Out.	Nov.
Parque Rodoviário					Ago.	
Saturnino Braga			Jun.			
Mussurepe				Mai.		
Carvão			Jun.			
Vila Nova			Jun.			Mai.
Guandu				Mai.		Ago.
Poço Gordo			Jun.			
Venda Nova			Jun.			Jun.
Conselheiro Josino			Mar.	Jun.		Ago.
Alvorada						Jul.
Parque Aurora						Ago.
Morro do Coco						Ago.
Santa Helena						Jun.
Legenda:	Médico cooperado	Médico cooperado (1º mudança)	Médico CRM Brasil	CRM Brasil (1ªmudança)	CRM Brasil (2ªmudança)	Deixou de ter médico PMMB
*As datas de ingresso dos médicos cooperados no ano de 2013 e 2014 não estão de acordo com o CNES. Portanto, foram utilizadas informações dos gestores municipais de saúde que, junto com informações do autor, contribuíram para a definição das datas em que os mesmos iniciaram seus trabalhos. Fonte: BRASIL. CNES (2017). Elaboração própria.						

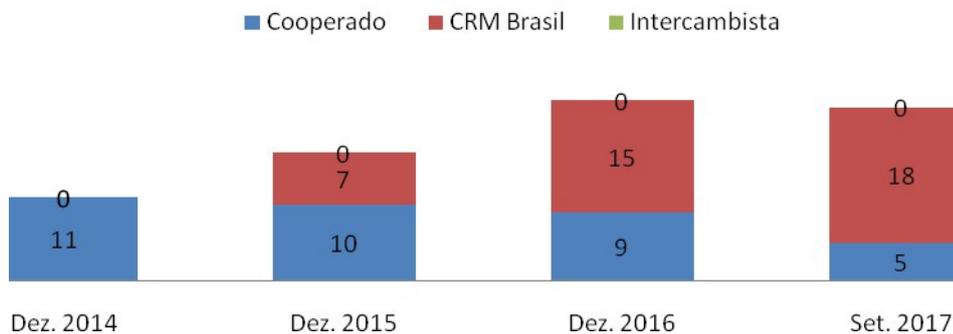
As unidades de Lagamar e de Três Vendas, por exemplo, tiveram médicos do PMMB por apenas um curto período de tempo, mais precisa e respectivamente 7 meses (de setembro de 2015 a março de 2016) e 8 meses (de setembro de 2015 a abril de 2016). Após 14 meses sem médico atuando em tempo integral, a UBS de Lagamar foi contemplada, em junho de 2017, por médico do PMMB brasileiro – CRM Brasil.

Já em Três Vendas houve uma rotatividade maior: após a saída do primeiro médico do Programa da unidade, a mesma ficou um mês sem o profissional médico, sendo que em junho de 2016 a UBS foi contemplada por um médico brasileiro, mas que ficou apenas um mês na localidade. No mês seguinte, agosto de 2016, a unidade estava novamente sem médico, fato que perdurou por 8 meses (de agosto de 2016 a março de 2017). Atualmente, desde março de 2017, um médico do PMMB CRM Brasil, mas distinto dos outros dois que ali já atuaram, está fixado nesta unidade. Ou seja, a unidade de saúde teve três médicos em dois anos, e ficou neste tempo durante 9 meses sem médico na UBS, o que muito dificulta o vínculo da equipe para com a comunidade, prejudicando o fortalecimento das relações de confiança e tão necessárias para o bom funcionamento do estabelecimento de saúde.

Outra unidade que sofreu a desassistência após a chegada do Programa no município foi a UBS de Conselheiro Josino. O primeiro profissional a ocupar a unidade dentro do que o Programa preconiza ficou apenas três meses (de março a maio de 2016). Posteriormente a este período a unidade regrediu à ausência do profissional médico por 14 meses (de junho de 2016 a julho de 2017), sendo contemplada no mês seguinte com um médico Cooperado.

Quanto à inserção do profissional médico brasileiro no programa federal, os chamado “CRM Brasil”, seguindo a lógica nacional, houve, no decorrer dos anos, uma maior adesão deste profissional, assumindo atualmente predominância no cenário municipal. Os cubanos, que em 2014 eram absolutos, cederam lugar de destaque ao médico brasileiro, que em setembro de 2017 passaram a representar 78% dos profissionais inseridos no PMMB no município de Campos dos Goytacazes, totalizando 18 profissionais dos 23 que atualmente compõem o Programa (Gráfico 02).

Gráfico 02 - Composição de Médicos do PMMB - Campos dos Goytacazes/RJ



Fonte: BRASIL. CNES (2017). Elaboração própria.

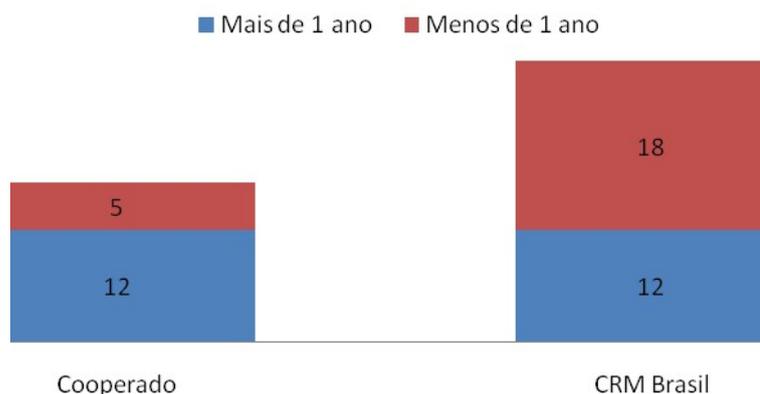
Diferentemente do médico cubano, vinculado ao programa por três anos, e podendo ser prorrogados por mais três anos, o médico brasileiro (CRM Brasil) teve, no início do PMMB, em 2013, a cada ano o seu contrato renovado, prevalecendo o seu desejo de permanecer no programa. Como se visualizou na Tabela 10, entre os brasileiros houve uma maior rotatividade dos profissionais nas UBS, havendo mudanças constantes e pouco espaçadas temporalmente. Na unidade de São Sebastião, por exemplo, de junho de 2015 a setembro de 2017 três profissionais médicos passaram pela unidade, sendo todos brasileiros, o que demonstra a alta rotatividade deste profissional ainda presente nas unidades de saúde.

Sobre a duração do trabalho dos profissionais médicos, observou-se que, ao longo do PMMB no município de Campos dos Goytacazes (atualizado até outubro de 2017) foram registrados 47 “contratos”⁴¹ no total das unidades de saúde municipais, sendo 17 “contratos” de médicos Cooperados e 30 de médicos CRM Brasil. Destes últimos, firmados entre os médicos brasileiros, apenas 12 possuem mais de um ano de duração, 06 ainda não completaram tal período, que seria o tempo mínimo de um contrato desta natureza, e 12 “contratos” finalizaram em menos de um ano. Em se tratando dos Cooperados, 17 foram os contratos até a presente data, tendo 12 destes com duração acima de um ano, inclusive 07 destes pelo período de três anos, período mínimo exigido ao médico cubano. Dos cinco profissionais cubanos que atuam por menos que um ano no Brasil, apenas um atuou de fato por período inferior a um ano, e por motivo de saúde, já anteriormente relatado, estando 04

⁴¹ Aqui considera-se a localidade em que o profissional atua e o tempo em que o mesmo ficou cadastrado nesta unidade de saúde, não importando que o mesmo permaneça ainda dentro do município em unidade distinta – a cada unidade registrada, um “contrato” é estabelecido. Esta categorização foi alavancada pelo autor, na medida em que ao mesmo interessa avaliar o vínculo entre profissional e sua equipe de saúde, e por consequência, entre o profissional e os usuários. Para tanto, considerou a denominação de “contrato”, ainda que não seja a denominação adequada ao caso.

destes ainda em trabalho nas suas unidades de origem (Gráfico 03). O que se observa, portanto, é uma menor rotatividade do médico cubano nas unidades de saúde nas quais os mesmos são destinados, o que gera vínculos mais efetivos entre estes profissionais e sua comunidade, e com sua equipe, em relação ao médico CRM Brasil.

Gráfico 03 - Duração do "contrato" de trabalho médico por UBS



Fonte: BRASIL.CNES (2017). Elaboração própria.

Tal fato demonstra que, apesar do PMMB ter como objetivo o provimento e a fixação do médico na unidade de saúde, ainda está muito distante do objetivo de manter o médico brasileiro por um longo tempo, ou por um tempo acima de um ano atuando numa mesma UBS, o que desestrutura todo o planejamento de saúde para o referido estabelecimento de saúde, e impossibilita a concretização do vínculo profissional-usuário, tão importante para a efetivação deste modelo de política pública de saúde. Tal fato não foi observado com o médico Cooperado, estando as comunidades por eles assistidas possivelmente beneficiadas pelo fortalecimento do vínculo construído ao longo do tempo. Diversos são os motivos que promovem a rotatividade dos médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicialmente, antes de adentrar no cenário local, uma visão dos estudos no Brasil sobre este fato.

Para Campos (2005), a procura pela capacitação, a distância das unidades e a disponibilidade de materiais foram os principais fatores de insatisfação do trabalho e que apresentaram maior correlação negativa com a rotatividade de médicos da ESF no município de São Paulo. O salário foi um fator importante para atrair este profissional, mas incapaz de fixá-lo na unidade de saúde por muito tempo. Corroboram para tal achado o estudo de Ney e Rodrigues (2012), ao ressaltar que a precarização do trabalho não se firma apenas na questão salarial, ou no tipo de vínculo empregatício, mas na falta de condições de trabalho – problemas físicos na unidade, na falta de conforto para trabalhar, na ausência de equipamentos, de materiais e de insumos, e no excesso de população adscrita para cada UBS.

Outra questão relatada como dificuldade de fixar e compor o médico na equipe da ESF é a falta de regulação estatal sobre a profissão no Brasil, prática empregada em países modelos de saúde universal (RODRIGUES *et al.*, 2013). A regulação do mercado médico e suas especialidades, através do controle da formação, deve ser encarada tendo em consideração que o mercado de atenção à saúde não é um mercado livre. No Brasil, no entanto, existem leis a respeito, mas não há políticas voltadas para o controle do estoque das diferentes especialidades ou da distribuição geográfica destes profissionais, o que incentiva o deslocamento desenfreado de profissionais em busca de melhores remunerações (NEY e RODRIGUES, 2012), e que por vezes destoam da real necessidade.

Segundo Silva (2011), a extensa carga horária semanal de trabalho médico na ESF prejudica a correta dedicação e fixação deste profissional no setor, tendo em vista o desgaste ocasionado no exercício profissional e os salários ofertados. Como alternativa, de forma a tornar a carreira mais atrativa destaca: adequação da carga horária de trabalho – disponibilizando tempo para capacitação profissional e até mesmo tempo para se dedicar a outro vínculo empregatício; redução da população adscrita por equipe; melhoria salarial; melhoria em infraestrutura das unidades de atendimento; e respeito às adversidades de cada fase do ciclo de vida de cada profissional: gestante, possuidor de filhos pequenos, ou profissional em idade senil. Aqui, soma-se o *multiemprego*⁴² existente da categoria, fato que deve ser realmente pensado pelos formuladores das políticas de saúde, uma vez que tal prática é expressamente corriqueira aos profissionais da saúde, em especial o médico.

No município de Campos dos Goytacazes, tendo em evidência os profissionais médicos que não concluíram um ano de contrato na mesma unidade de origem pelo PMMB, pode-se traçar, segundo os dados do CNES, o paradeiro destes, ou seja, qual foi a opção do profissional ao pedir baixa do PMMB. Vejamos:

- UBS de Terra Prometida, saída após 10 meses (ago./15 a jun./16) - o profissional atualmente se encontra atuando na própria administração pública, mas no regime diferente da ESF, como contratado, de carga horária de 24 horas semanais;

- UBS Parque Prazeres, após 05 meses de dedicação ao trabalho (out./15 a fev./16) - no mês seguinte a sua saída, em março de 2016, ingressou no programa de residência médica;

- UBS São Sebastião, desativação do PMM após 09 meses (jun./15 a mar./16) - no mês seguinte ingressou no programa de residência médica;

⁴² *Multiemprego*: a utilização deste termo não tem o intuito de discutir conceitualmente “emprego” e “trabalho”. Trata-se apenas da escolha do uso da primeira categoria conforme diversos autores (MACHADO, 1997; MACIEL FILHO e BRANCO, 2008) ao relatar as diversas localidades em que o profissional médico atua, seja na rede pública e/ou privada em saúde.

- UBS São Sebastião, após 03 meses (mar./16 a mai./16) - remanejado para outra UBS, mas ainda presente no município e atuando como ESF;
- UBS Lagamar, após 04 meses (set./15 a jan./16) - remanejado para a UBS de Conselheiro Josino;
- UBS de Conselheiro Josino, após 03 meses (mar./16 a mai./16) - remanejado para a UBS de Quilombo;
- UBS de Três Vendas, após 07 meses (set./15 a abr./16) - atualmente atua como clínico geral na cidade do Rio de Janeiro, em regime de trabalho diferenciado do exigido na ESF.

Logo, o que se observa nas evidências acima é que dos 07 contratos que tiveram o período inferior a um ano em determinada UBS pelo PMMB de Campos dos Goytacazes, 03 foram apenas remanejados de local de trabalho, estando ainda prestando os serviços ao município. Esta não fixação do profissional na UBS prejudica a criação de vínculo entre este e sua comunidade, já debatido anteriormente. Mas o que chama atenção é o fato destas mudanças serem incentivadas, ou mesmo aceitas, pela própria administração pública municipal de saúde, na medida em que tais relocações são realizadas com a anuência da gestão.

Dos 04 profissionais restantes, 02 ingressaram em outro serviço de atendimento básico em saúde, sendo um no mesmo município e outro na capital do estado. Tal fato pode resultar de uma não identificação destes profissionais para com os serviços referentes à ESF, pois os atuais vínculos escolhidos por eles são inferiores às 40 horas semanais exigidas. Por fim, apenas dois profissionais entraram no serviço de residência médica, mesmo sabendo que não poderiam utilizar da pontuação extra referente ao PMM, devido à participação incompleta de ao menos um ciclo do Programa. O que demonstra, neste último caso, que os profissionais acolheram o PMM apenas na intenção de ingressar no programa de residência médica, abandonando o Programa após o objetivo alcançado, ainda que antes do prazo determinado pelo PMMB.

De posse destas informações, a impressão negativa apresentada na Tabela 10 e detalhada no Gráfico 04, em que se visualiza alta rotatividade entre os profissionais médicos CRM Brasil, torna-se suavizada na medida em que 03 profissionais não abandonaram o PMMB, mas apenas trocaram de Unidade de Saúde, e que outros dois abandonaram por motivo de passar na residência médica, e que pode ser interpretado como o alcance do objetivo inicial do médico. Portanto, o que poderia creditar na insatisfação ao PMMB são apenas os dois profissionais que abandonaram o Programa, e que ainda assim continuaram

prestando serviço na Atenção Básica, apesar de forma distinta do que a ESF exige.

Em relação ao PMM, no município de Campos dos Goytacazes, assim como em todo o Brasil, diversas foram as críticas, cabendo aqui a divulgação de algumas ocorridas no âmbito local.

O Sindicato dos Médicos de Campos dos Goytacazes (SIMEC), por seu meio de comunicação digital, se posicionou contra o PMM, tendo como justificativas: (1) a falta de gestão da saúde municipal, (2) o caráter exploratório da política aos médicos cubanos, e (3) a demissão de médicos brasileiros para receberem os novos contratados pela medida adotada do governo (SIMEC, 2015).

Ao contrário, a Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, por meio do site oficial, em entrevista com o Sr. Secretário Municipal de Saúde afirmou, em 25 de abril de 2015, a implantação de mais 11 novas UBSF, totalizando 26 pólos desta natureza no município (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015). Esta reativação da ESF, segundo o mesmo, só foi possível pela oferta de médicos via PMMB, ficando notória a deficiência de profissionais médicos a serem contratados de maneira distinta do Programa do GF. Segundo o mesmo, o cumprimento da carga horária é o maior entrave na contratação do médico no município, seja por meio da convocação dos aprovados no concurso público realizado, em 2008, seja por contratação direta deste profissional.

Outro fato que chamou atenção nos noticiários locais sobre o PMM foram os comentários e as atitudes de algumas pessoas frente à divulgação de uma foto com formandos em medicina da IES local, realizando homenagens ao Deputado Federal Jair Bolsonaro. A divulgação de tal foto repercutiu respostas das mais variadas possíveis, inclusive questionando a qualidade da formação destes estudantes, num desapontamento entre o tempo dedicado ao estudo na graduação, e que ainda se sintam representados por alguém assim (SOUZA, 2016).

Mas os protestos não se limitaram à apenas discursos, sejam pró ou a favor do posicionamento dos alunos. Resultou inclusive na pichação dos muros da Faculdade de Medicina de Campos (FMC), apesar do posicionamento da instituição favorável à liberdade de ideologia partidária e reticente de que as polêmicas fotos não foram realizadas nos limites da escola. As pichações continham palavras de rejeição ao ato realizado pelos alunos, e com dizeres político-partidários a respeito da condução das Políticas Sociais no Brasil. Foram escritos: “Fora Temer”, “FMC Golpista” e “+ Médicos Cubanos” (CHRISTIANO, 2016).

Sem a pretensão de polemizar um fato desta natureza, pois foge ao contexto apresentado, cabe expor o posicionamento do Sr. Deputado Jair Bolsonaro a respeito do

PMM. Em debate sobre os imigrantes haitianos no país, o mesmo disse sobre os médicos cubanos que compõem o PMM: “O Brasil é a nossa casa. Aqui não pode entrar qualquer um não. Já basta os cubanos legalizados aqui entre aspas, fantasiados de Mais Médicos. Nós não podemos fazer do Brasil a casa da mãe Joana” (BARRA, 2016). Desta forma, pode-se alinhar o pensamento do Deputado homenageado com as posições contrárias ao PMM e que, no município de Campos dos Goytacazes ganhou contornos importantes dos alunos de medicina da faculdade local, deixando sempre em evidência a isenção político-partidária da instituição de ensino.

É neste município, com a população próxima a 490 mil habitantes (IBGE, 2016), de maior extensão territorial do Estado e segmentado em 15 distritos, repletos de diversidades sociais, que se assenta a proposta do trabalho, ao analisar os dados qualitativos coletados por entrevistas semiestruturadas dos principais atores envolvidos no PMMB municipal: gestores municipais de saúde e profissionais de equipes da ESF contempladas pelo Projeto em questão. Mas antes, cabe uma discussão a respeito da humanização das práticas de saúde no Brasil, sobretudo na APS – assunto em pauta e cada vez mais evidente quando se trata de medidas em prol da melhoria na qualidade dos serviços públicos de saúde.

CAPÍTULO 3 - PRÁTICAS HUMANIZADAS EM SAÚDE: ESTUDOS DE UM BRASIL RECENTE

Após as contribuições dos capítulos anteriores a respeito da condução da APS no Brasil, alguns dos desafios ficaram registrados. A formação profissional inadequada ao aprimoramento das questões “bio”, “psico” e “sociais” do indivíduo e que devem auxiliar na compreensão do processo saúde-doença e ser realizado o serviço de saúde o mais próximo da realidade do usuário; além da atuação incisiva do setor privado no mercado da saúde, no que tange ao ensino e às práticas de saúde influenciando na escolha dos médicos brasileiros em atuar nos grandes centros e deixando à margem a população das periferias, desassistidos pelo sistema de saúde - que por dever há que ser universal, forma algumas das contribuições sobre o tema.

O presente capítulo segue a questão da importância do conhecimento para com a resolutividade das práticas em saúde na APS, sobretudo nas relações profissional-usuário existentes na ESF, evidenciando a importância de uma assistência em saúde pública pautada nos princípios da humanização do Cuidado, sobretudo no que concerne às práticas dos profissionais médicos e que atuam na APS.

Inicialmente, torna-se necessário o estudo de alguns termos, mas que, sabendo da extensão e da complexidade em serem integralmente trabalhados, tendo em vista as diferentes concepções, bem como a mutabilidade destes segundo mudanças ocorridas na sociedade ao longo dos tempos, de forma alguma serão esgotados em seus planos conceitual e científico, o que permite direcionar o capítulo para estudos mais recentes e, sobretudo, os desenvolvidos no Brasil.

De antemão, o que se observa é que quanto mais se aprofunda na definição e na aplicabilidade destes conceitos, mais se carece de ratificar a necessidade de compreensão dos mesmos na formação e na atuação do profissional de saúde brasileiro – em especial o médico atuante na ESF. Logo, o capítulo tem a intenção de enriquecer o conhecimento a respeito da humanização da saúde, tendo como cenário o Brasil recente.

O passo seguinte trata-se da compreensão das “ferramentas” necessárias ao desenvolvimento de um trabalho humanizado. Cuidado, vínculo e autonomia serão alguns dos recursos abordados. Não são os únicos para se conseguir o tento, nem os principais, o que também se pode dizer que não estão apresentados numa ordem de importância. Aqui, qualquer juízo de valor pode, numa visão egocêntrica, ao escolher uma “ferramenta” e preterir outra, destruir e colocar toda a prática em saúde a perder, por se tratar de processos que devem,

juntamente a outros mais, ser aplicados complementarmente no cotidiano do trabalho em saúde.

O capítulo prossegue, elencando e caracterizando as ações governamentais em respeito ao fomento de políticas de humanização na saúde brasileira. O aparecimento tardio de tais movimentos, apresentados em forma de políticas institucionalizadas somente a partir dos anos 2000, ao mesmo tempo em que retrata um descaso do Estado em considerar necessária a implementação de tais políticas, permite, em via oposta, uma abordagem sólida e atualizada sobre este assunto na prática clínica dos profissionais de saúde. De posse deste fato é que se abre mão de um extenso percurso histórico do termo “Humanização”, elencando apenas aqueles fatos de maior evidência, sobretudo os que vieram à tona a partir da década de 1990.

Sobre a humanização na prática dos serviços de saúde, o mesmo será trazido para o debate por meio de um levantamento bibliográfico atualizado dos principais estudos nacionais. Contudo, pela mesma justificativa acima, a contemporaneidade dos trabalhos traz como vantagem a proximidade temporal aos fatos recentes no Brasil e que promove, ao leitor, um aprofundamento e uma identificação ao que se tem de mais atual em relação ao estudo da temática na saúde do país.

Ainda nesta seção, destaque para o trabalho do médico que atua nos serviços da APS. Compreender o que se estuda sobre humanização em relação aos profissionais médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país, sobretudo nas equipes da ESF, é o fulcro do capítulo. Este é o ponto que merece ser esmiuçado, e que clama na sequência – leia-se no capítulo seguinte, por considerações a respeito da humanização do Cuidado em saúde em unidades de saúde beneficiadas pelo PMM do município de Campos dos Goytacazes/RJ. A forma didática de como foi “separado” a revisão dos trabalhos, não passa de um mero detalhe do autor – que considera oportuno à apresentação de algumas destas contribuições no capítulo seguinte, juntamente com os relatos das entrevistas.

Perseguindo todo o trabalho, não se pode deixar a margem, justamente aqui, considerações a respeito de como a humanização do Cuidado em saúde tem sido aplicada nos cursos de graduação em medicina no país. Relatos de educadores, profissionais e estudantes sobre o tema corroboram para a urgência de mudanças práticas educacionais a respeito de técnicas de aprendizagem efetivas, mais participativas e que promovam mudanças na concepção do futuro profissional em relação ao seu trabalho, em relação à função social que assiste ao aluno.

De posse deste roteiro, acredita-se num embasamento teórico suficiente e que, juntamente com a apresentação de estudos práticos a respeito da temática, tenha um solo fértil

para o desenvolvimento do seguinte capítulo. A conexão destes argumentos a outros referentes ao PMM vem a endossar os achados nas entrevistas com os profissionais de saúde, tornando a discussão profícua e contempladora dos objetivos propostos.

3.1 HUMANIZAR O SER HUMANO: O QUE É ISSO?

Inicialmente, de forma a embasar o conteúdo apresentado no decorrer do capítulo, considerações a respeito da “Humanização” merecem todo o espaço, de modo a compreender não a fundo, é verdade, as raízes históricas e conceituais. Como lapso temporal, escolheu-se trabalhar a partir da década de 1990, considerando alguns eventos importantes no Brasil que vieram a despertar atenção sobre o tema e que contribuem para o aprimoramento e para o fortalecimento do estudo das práticas humanizadas em saúde no país.

Segundo Maria Cecília Minayo, em prefácio ao livro “Humanização dos Cuidados em saúde – conceitos, dilemas e práticas” (DESLANDES, 2006), o termo origina da palavra “humanismo”, podendo até serem utilizados como sinônimos. Historicamente, ganhou importância no Renascimento e, posteriormente, se consolidou no Iluminismo, na medida em que estudiosos colocavam “em dúvida a existência dos deuses oficiais” (MINAYO, 2006, p. 24), desmistificando-os e indo de encontro ao cultuado no cristianismo, ao ferir a doutrina reinante à época, por creditar valores próprios ao ser humano – ao homem.

Entretanto, avançando na história, com o desenvolvimento tecnológico e científico ocorrido na etapa pós-industrial, retirou-se o ser humano do centro de tudo, na medida em que a ciência e a técnica galgavam e conquistavam os espaços demarcados pelo antropocentrismo até então. Logo, como efeito adverso da modernidade, houve a precarização da subjetividade e das emoções contidas nas relações humanas, ganhando terreno os termos “desumanização” e “alienação”. O que importa ao momento é pontuar a falência da humanização ao mesmo tempo em que o próprio “ser humano” se desenvolvia, se industrializava, se “tecnificava” – resultado incontestado do capitalismo (VAITSMAN e ANDRADE, 2005; TEIXEIRA, 2005).

No contexto, houve a necessidade de recorrer, e a cada dia mais, a estudos sobre os princípios da humanização do Cuidado em saúde e que tratam, dentro de toda a diversidade de suas temáticas, da preocupação quanto ao resgate de práticas de saúde humanizadas, ou humanizadoras. Segundo Minayo (2006) “o humanismo que se deseja para o século XXI é o que restitui o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e que retome como relevâncias da vida a harmonia entre a razão e o sentimento. É preciso humanizar e responsabilizar o poder cada vez maior da ciência e da técnica (MINAYO, 2006, p. 26).

Antes de adentrar de fato no assunto, cabe destacar o caráter interdisciplinar e polissêmico (VAITSMAN e ANDRADE, 2005; TEIXEIRA, 2005; DESLENDES, 2006; AYRES, 2006; RIOS, 2009) deste conceito - “Humanização” -, e que no contexto geral, ainda que no âmbito das políticas de saúde, denunciam a necessidade prática de uma política transversal capaz de permear todos os programas e todos os formatos de atendimento: leia-se todas as formas de assistência do sistema de saúde. Numa análise dos estudos produzidos neste último decênio sobre humanização em saúde, há que se destacar o trabalho de Deslandes (2004), utilizado como pioneiro e motivador no desenvolvimento de tantos outros, ainda que fora abordado no campo da saúde hospitalar (VAITSMAN e ANDRADE, 2005; TEIXEIRA, 2005; AYRES, 2006; CAPRARA e SILVA FRANCO, 2006), mas que perfeitamente pode ser utilizado de seu extrato no desenvolvimento do tema nos outros dispositivos de saúde: na APS, por exemplo.

Segundo Teixeira (2005), o fato de Deslandes (2004) abordar a humanização da assistência hospitalar em nada desabona a aplicação de seus conteúdos e suas reflexões nos trabalhos sobre a APS, na medida em que o objetivo de uma política de humanização se pauta, na sua essência, no aprimoramento das relações: seja entre profissionais, entre usuários-profissionais, e nas interações sócio-comunitárias: seja hospital/comunidade ou “postinho de saúde”/comunidade. Desta forma, o local no qual a relação ocorre, em medida alguma enfraquece um ou outro estudo que venha a tratar de um mesmo tema, mesmo se tratando geograficamente de outro campo/espço. A ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (DESLANDES, 2004), pode e deve ser aplicado em qualquer espaço de saúde (TEIXEIRA, 2005), seja em serviços da APS, de urgência, de emergência, dentre outros que compõem a rede de serviços em saúde. O local de estudo, neste caso, não passa de um mero capricho da autora em estudar a Política Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar.

Outra questão, apontada por Trad (2006) nas políticas de humanização, e que deve ser debatida preliminarmente é o atraso no campo político e normativo em torno da redefinição das práticas humanizadas de saúde no Brasil, viabilizada somente após promulgações de marcos referentes à regulação e à descentralização dos serviços públicos em saúde do SUS. Contudo, as políticas de humanização na saúde no Brasil foram tardiamente implementadas e são, por si só, recentes, não atingindo a duas décadas, estando em plena construção – o que não desmerece comentários a respeito da condução e dos efeitos já produzidos na prática clínica, mas que ratifica a exploração de estudos recentes em questão.

O fato de se utilizar artigos do século presente, e no máximo da última década do

século passado, para a abordagem sobre humanização, não decorre na inexistência desta temática nos anos anteriores. O que ocorre é que mudanças na sociedade decorrem em distintas demandas e necessidades e tem como consequência reverberar até mesmo na forma de como o eixo humanização tem sido lapidado, seguindo a nova estruturação dos sistemas de saúde, do trabalho em saúde, e da sociedade como um todo. Logo, destacam-se os estudos recentes, sobretudo os produzidos após movimentos nacionais em relação ao Cuidado a grupos vulneráveis, tais como: público idoso, paciente com HIV, pessoas com transtornos mentais, gestantes, e parto humanizado (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). A cada temática, um aperfeiçoamento do que se pode denominar de humanização dos Cuidados em saúde no Brasil.

Analisando algumas destas conceituações, observa-se, no geral, que a humanização deve se desprender de critérios estritamente biomédicos, pautados em avaliações e validações, objetivados e formalizados. Ao mesmo tempo, não cabe um direcionamento único e total no sentido da subjetividade, da abstração e dos conteúdos relacionais e formativos. O que se deve ter, na verdade, é um diálogo entre tais vertentes – a biomédica e a psicossocial, de modo a complementar a compreensão polissêmica e interdisciplinar que cabe ao termo. A seguir, alguns conceitos sobre o tema e que bem contextualiza tais apontamentos.

Segundo Ayres (2006), o conceito de humanização na saúde deve caminhar em direção à ideia de “felicidade”, o que, sem abrir mão do referencial biomédico - da ciência, vem a articular a outras dimensões e necessidades comprometidas com os processos de saúde e doença, em especial a arte. Este misto entre ciência e arte é que deve estar presente a todo o momento nas práticas em saúde.

O afastamento parcial do caráter estritamente biomédico justifica-se, em parte, na racionalidade das ações em saúde ofertadas nesta concepção, o que deixa a margem o ser humano, repleto de desejos, de demandas e de necessidades, mas que deve habitar um “social” ímpar, dinâmico e mutante a todo o momento. Vale lembrar que nas ações de saúde se dão entre sujeitos com objetivos distintos, sejam, de forma sucinta e objetiva: o profissional e o usuário, e que estes se encontram e constroem projetos que visem o sucesso de um ser e que o mesmo, o usuário, deve participar ativamente desta “rede social” construída nos serviços de saúde (BRAGA, 2016).

Quanto à aplicação das diretrizes estritamente abstratas, subjetivadas ao máximo, há também que se ter cautela, não ficando vago demais os conceitos, as teorias e as práticas em saúde. O conceito de saúde atualmente defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) simboliza o quanto esta abstração está presente e que vem a dificultar a compreensão e a

praticidade do termo. Segundo a instituição internacional, a saúde foi definida, desde 1948, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, devendo, portanto, ser questionar os termos “estado” e “completo” utilizados na conceituação mundialmente conhecida, considerada por muitos como uma subjetividade inalcançável.

Para Ayres (2006), a saúde sobrepõe tal definição, por ser um projeto em curso, formado de diversas arestas atuando conjuntamente, sendo impossível de se atingir o exposto no conceito da OMS. Não sendo um estado, o que denota falta de dinamismo, nem mesmo podendo ser valorada, capaz de atingir assim a completude, o conceito de saúde tem nas suas particularidades todo o contexto social, psíquico, biológico que se passa num exato momento, sendo diferente em outro momento subsequente – resultando de um processo de busca permanente do equilíbrio dinâmico dos fatores que compõem a vida humana (BOFF, 1999; CANGUILHEM, 2009). Resumidamente, colocando em prática o prescrito pela OMS, a saúde passa a ser uma dimensão inatingível, o que acaba por supervalorizar seu lado oposto – a doença.

Segundo Rios (2009), a humanização se fundamenta no respeito e na valorização da pessoa humana, sendo um processo transformador da cultura institucional, “por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão de serviços” (RIOS, 2009, p. 11). Logo, continua a autora, ao mesmo tempo abriga condutas éticas e humanísticas, tendo como resultados os movimentos contra a violência institucional na área da Saúde, o incentivo da política pública para a atenção e gestão no SUS, a implantação de metodologia auxiliar para a gestão participativa, e a utilização da tecnologia do cuidado na assistência à saúde – uma série de fundamentos e que caberá aqui tratar de alguns, oportunamente apresentados ao debate.

Retornando a Ayres (2006), a definição de humanização se apoia na noção de “projeto de felicidade”, pautados em dois principais itens: (1) ressaltar as relações entre as experiências vividas e suas aspirações práticas; e (2) acreditar que o “êxito técnico” deve promover o “sucesso prático” (AYRES, 2006, p. 51) na vida das pessoas e da comunidade, podendo este sucesso até mesmo ser diferente na perspectiva de gestores e de técnicos em saúde, mas que não devem distanciar dos anseios de quem procura por ajuda.

Logo, a ideia de humanização como um “projeto de felicidade” distancia um pouco, mas não totalmente, do tecnicismo autonomizado, capaz de obter o “êxito técnico”, como também se distancia, na mesma medida talvez, do “humanismo que se descola dos potenciais tecnicamente abertos às respostas práticas concretamente desejadas por esses indivíduos e comunidades” (AYRES, 2006, p. 52), promotores do sucesso prático. Por fim, Ayres (2006)

credita três aspectos práticos como transformadores das ações de saúde numa direção mais humanizada: (1) abrir espaço para o diálogo, (2) assumir e compartilhar responsabilidades, e (3) reconstruir identidades.

Analisando os movimentos a respeito da humanização, no contexto da sociologia médica, em nível internacional e também limitado ao Brasil, Deslandes (2006) traz para debate iniciativas, estudos e reflexões tomadas a partir dos anos 1970. Importante ressaltar que, mesmo ao tratar de um mesmo tema, o enfoque “Humanização” saiu de uma visão em que o usuário assumia uma posição de “paciente”, de agente passivo, na medicina liberal em que o detentor do saber era apenas o profissional, nas décadas passadas, a uma posição mais ativa, participativa, coletiva e ao mesmo tempo autônoma, como atualmente se prevê.

De fato, o que se observa até agora é que não há uma definição técnica, objetiva e categórica do termo “humanização”. Isto certamente, e infelizmente, retira toda a arte que a cerca, desde a existência de um conceito fundamentalmente rígido e que também se presencia na prática clínica de maneira “uniformizada”. Ao que tudo indica, parece mais fácil, e aqui vem a tomar o rumo, verificar, sobretudo no cotidiano dos trabalhadores de saúde, como se comporta a desumanização das práticas em saúde, servindo de base para o que se deve contrapor na construção de uma saúde resolutiva, coletiva e capaz de tornar os meros demandantes por consultas e exames em sujeitos socialmente ativos.

Tomando emprestado novamente o trabalho de Deslandes (2006), e caminhando no histórico da desumanização, ressalta-se o trabalho de Geiger⁴³ (1975 *apud* DESLANDES, 2006) em que explica a desumanização médica sob três fatores: (1) a ordem social – racista, exploratória, segregacionista na relação médico-doente; (2) a racionalidade científica e tecnológica fragmentada; e (3) a subcultura autoreguladora e protetiva da categoria.

Também é necessário utilizar do mesmo recurso do parágrafo anterior para expor os estudos de Jan Howard (HOWARD & STRAUSS, 1975⁴⁴ *apud* DESLANDES, 2006), responsável por operacionalizar práticas produtoras de desumanização, bem como outras humanizadoras. Como práticas produtoras de desumanização, destacaram-se: tratar as pessoas como coisas; desumanização pela tecnologia; desumanização pela experimentação; tratar a pessoa como problema; pessoas de menos valor, isoladas, e como recipientes de cuidados subpadronizados; pessoas sem escolha; pessoas interagindo com *icebergs*; pessoas em

⁴³ GEIGER, H. J. The causes of dehumanization in health care and projects for humanization. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

⁴⁴ HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

ambientes estáticos e estéreis; e pessoas sem o direito de preservação de sua vida.

Já em relação às práticas humanizadoras, a autora elencou oito categorias, partindo do princípio de que os seres humanos são produtores de suas necessidades, devendo ser participativos no Cuidados em saúde. Desta forma: “o intrínseco valor da vida humana”, “a insubstituíbilidade de cada ser humano”, “as pessoas consideradas em sua integralidade”, “a liberdade de ação de profissionais”, “o tratar o outro como igual”, “o compartilhar decisões”, “empatia” e “afeto” – são dimensões de uma assistência à saúde humanizada (HOWARD & STRAUSS, 1975⁴⁵ *apud* DESLANDES, 2006).

Nota-se que, nos trabalhos levantados, a temática desumanização predomina em relação à humanização, em número e em grau, o que reforça a preocupação em categorizar os principais entraves na relação profissional-sujeito, sobretudo médico-usuário, e que, no combate a estes problemas retomam a perseguição em prol do cuidado humanizado em saúde.

3.2 “FERRAMENTAS” DA HUMANIZAÇÃO: CUIDADO, VÍNCULO E AUTONOMIA

Segundo Merhy (2005), a prática da ESF foca sua assistência não somente no indivíduo, mas também na coletividade e nos grupos em que necessitam de cuidados crônicos de saúde, associando relações de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão e, todos estes envolvidos com o princípio do conhecimento cientificamente estruturado. A cura do indivíduo, nesta conformação, divide espaço com ações de promoção e prevenção em saúde, diagnóstico, redução e manutenção da saúde, o que amplifica sobremaneira o conhecimento sobre o processo saúde-doença e seus determinantes.

Em relação ao trabalho dos profissionais na ESF, parte-se do princípio de numa equipe multiprofissional, composta por no mínimo: um Médico, um Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, tendo o complemento, a depender da gestão municipal de saúde, da Equipe de Saúde Bucal (ESB): um Cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), ou até mesmo um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2012). Essa equipe divide as responsabilidades do cuidado de forma interdisciplinar (POTYARA, 2014), não centrando na figura hegemônica de uma determinada categoria profissional, de modo que todos participem na qualidade da prestação das ações de saúde em uma visão integral das pessoas (SCHERER, PIRES e SORATTO, 2014).

A figura do médico como protagonista deste cenário, prejudicial ao desenvolvimento

⁴⁵ HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Kiley & Sons, 1975.

de práticas em saúde saudáveis e resolutivas ao coletivo, infelizmente torna-se soberana na visão da maioria dos gestores, dos usuários do sistema de saúde, e até mesmo de outros profissionais de saúde. Merece ao fato uma estimulação do compartilhamento das responsabilidades a todos estes atores envolvidos no processo saúde-doença, sobretudo na APS, e em especial na ESF - esta é a visão dos estudiosos do assunto, e que deve ser difundida a todo o momento.

Ainda segundo Scherer, Pires e Soratto (2014), a ESF caracteriza-se como uma inovação tecnológica não material, pois:

Se constitui em uma nova forma de organização do trabalho em saúde que tem como resultado o serviço prestado pelas equipes multiprofissionais, que não são produto não materiais, inseparáveis do processo de produção. É uma inovação com características incremental por que: não rompe integralmente com os saberes e as práticas de cuidado, mas introduz novas práticas colaborativas, de diálogo entre diferentes saberes, assume como objeto de trabalho seres humanos em sua integralidade, coletividades cultural e socialmente determinadas; e sua aplicação permitiu melhoras nos resultados do trabalho em saúde aperfeiçoando o modo de fazer a assistência em saúde (SCHERER, PIRES e SORATTO, 2014, p. 527-528).

Segundo Starfield (2002, p.61), para cumprir seus objetivos, a APS precisa estar dispersa em quantidade e qualidades suficientes no território local, a considerar alguns atributos, tais como: (1) atenção ao primeiro contato, o que implica em acessibilidade do serviço; (2) integralidade, garantindo todos os serviços aos usuários; (3) coordenação do Cuidado integrada, de modo a garantir a continuidade na resolução dos problemas que afetam a saúde como um todo; e (4) longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso de serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários.

E é nesta seara, de equipe interdisciplinar e com uma visão integral das pessoas, que se assenta a proposta desta seção, ao trazer para discussão conceitos sobre Cuidado, autonomia e vínculo, com suas aplicações na prática dos profissionais que compõem a ESF e que vem, a reboque, reforçar o que se entende em humanização das práticas de saúde.

Cercado de um lirismo contagiante e que em nada desabona a concretude de suas abordagens, Boff (1999) inicia o debate sobre “Cuidado” diferenciando o “ser humano” de uma máquina. Segundo o mesmo, os humanos constroem seus laços afetivos, se emocionam, se envolvem, deixando o “*logos*” - a razão - em busca do “*pathos*” - o sentimento, a simpatia e a empatia. A esse sentimento profundo e que participa das relações entre os seres, denominado por ele como “Cuidado”, é que deve se desprender a hierarquia, o domínio, o protagonismo, dentre outras formas de dominação de um mundo capitalista contemporâneo, ao se apoderar na integralidade do ser humano e de seus relacionamentos coletivos nas suas

diferentes dimensões:

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder se reduzir à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado [...] (BOFF, 1999, p. 102).

De forma a contextualizar a importância prática da humanização e da integralidade dos serviços de saúde no Brasil, em crise devido ao expressivo desenvolvimento técnico, Ayres (2004) utiliza de um ensaio de reflexão ao descrever a dificuldade de sucesso terapêutico de D. Violeta, paciente fictícia, hipertensa descompensada e que procura os serviços de saúde da sua unidade de saúde reiteradas vezes durante a semana. Do outro lado, literalmente, o inconformismo do médico quanto a esta situação de repetidas idas da senhora ao posto de saúde, o que desperta o insucesso de suas investidas. Sob este clima hostil, excessivamente empoderador e discriminatório, relatado pelo profissional de saúde da estória, ainda que de forma despretensiosa construiu-se, ao abandonar a caneta e o prontuário - seu maquinário de trabalho na UBS, e ao oportunizar o diálogo paciente-profissional, um novo olhar, um novo cuidado.

A construção desta relação terapêutica não foi, no caso em tela, por meio de uma técnica, de um conceito, mas de uma sabedoria prática, esta que deve ser humanizada, proposta pelo acolhimento, pelo cuidado. Com relação à técnica utilizada, compreendidas como práticas de saúde, o autor chama nota para sua não cristalização, ou seja: que seja flexível, dinâmica e permeável a mudanças. Conclui no trabalho: “Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.” (AYRES, 2004, p.28).

O que chama atenção quando se trata de Cuidado em saúde é o aspecto coletivo a que deve se apossar as relações em saúde. Ainda segundo este autor, mudando apenas a obra, Ayres (2006), o termo é compreendido como:

[...] uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, faz das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento das ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento [...] (AYRES, 2006, p. 57).

Contudo, diante do exposto, pode-se afirmar sobre o Cuidado em saúde, tão necessário ao sucesso das práticas de saúde da ESF e que acredita atuar como uma ferramenta da humanização (vide título desta seção), que trata de uma inovação tecnológica não material, que exige um esforço coletivo a promover o empoderamento de todos os sujeitos, ou agentes institucionais envolvidos no processo saúde-doença, sem protagonismo individual algum, e que seja flexível, dinâmico e permeável a mudanças constantes no campo do trabalho.

Para Trad (2006), o vínculo coloca em prática a longitudinalidade e a confiança estabelecida nas relações entre pessoas. O primeiro com forte relação temporal e geográfica, o que se constitui na aplicabilidade da assistência à saúde nos moldes da ESF, por exemplo, o que vem a presumir ser necessário a não rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades de atendimento territorialmente delimitadas. Já o segundo, a confiança, reflete como consequência de uma relação favorável entre profissional-usuário, pautada na empatia, no respeito às adversidades, na relação horizontal de saberes, e que se fortifica e consolida ao longo do tempo.

Outro ponto fundamental para a solidificação de uma prática humanizada trata da autonomia. Segundo a OMS (2000) autonomia se resume na prática: no usuário em ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar. Da autonomia faz parte poder recusar o tratamento, e também cabe ao profissional iniciar qualquer intervenção somente após o consentimento, o que não precisa ser expresso, do paciente (OMS, 2000).

Ao se falar de autonomia na relação médico-usuário, importa, primeiramente, pontuar de que se trata. Na verdade, a humanização das práticas em saúde valoriza a autonomia direcionada ao sujeito - autonomia do sujeito: portador da demanda, este que deve ser consultado quanto às opções terapêuticas, relativizando sua cultura, seu ambiente e suas singularidades. Mas cabem também considerações pontuais a respeito da autonomia profissional, aqui resumido na conduta hierárquica do médico, observada ao longo de toda a história da saúde, e que deve ser combatida a todo o momento caso ela seja imposta numa relação vertical de domínio do profissional em relação ao portador da queixa.

Portanto, segundo Gomes (2017), a autonomia possui um caráter contraditório, ao ser fruto de uma mistura entre autonomia técnica no plano da *práxis* - importante na execução dos trabalhos em saúde, e, ao mesmo tempo ter a necessidade de regulação social, com iniciativas que “propiciem o desenvolvimento do agir autoconsciente, o fortalecimento do caráter reflexivo e criador do trabalho, manifestação dos sujeitos como protagonistas de sua atividade

vital” (GOMES, 2017, p. 300, grifo nosso). O autor também chama atenção para a estimulação de experiências “cogestionárias” aos “demandadores do Cuidado” (p. 301).

Para Schraiber (1995), as modificações na relação médico-usuário no Brasil transitam entre uma modalidade liberal do século XIX, em que o médico se continha no consultório particular, e ao que chama de “medicina tecnológica”, fruto de um modelo capitalista da economia em que neste se acopla características empresarial, financeira e industrial. Como resultado deste último modelo, o médico tem se portado cada vez mais numa posição de destaque, elitizada, que acaba por “massificar intimidades e privacidades” (p. 58), assim sufocando cada vez mais o poder de decisão do usuário – sua autonomia.

De fato, há que considerar que nos dois momentos da medicina, cada qual a sua maneira, acabaram por declarar-se o sujeito como derrotado e preterido, pondo a perder a sua autonomia, tão valiosa no processo de recuperação de sua saúde. Seja na medicina liberal, em que ganhava contorno a nomenclatura “paciente” – aquele que espera; ou na atual medicina empresarial – sendo ele denominado “cliente”, o detentor do problema e necessitado de cuidado ficou sempre relegado a um segundo plano, perdendo espaço para a doença, para seus dividendos econômicos. Ser Cuidado como um usuário, num posicionamento mais apropriado para o cidadão, ainda torna-se difícil na prática, apesar de sua maior aparição nos discursos sobre o assunto. De fato, fica o questionamento de Fernandes (1993) para reflexão; “a quem interessa a relação médico paciente?” (p. 21).

Utilizando de uma revisão bibliográfica sobre o tema “humanização”, destaque para o trabalho de Gomes (2017), em que traçou diretrizes programáticas tendo em vista a humanização do trabalho em saúde. Segundo o autor, seis são os fatores primordiais: (1) o recentramento dos agentes de trabalho nos processos produtivos de saúde – combatendo a tendência de “subordinação do trabalho *vivo* pelo trabalho *morto*” (p. 299), este último consolidado por uma dinâmica mecanizadora, impessoal e ineficiente em seu interior; (2) ampliação do controle sobre os processos produtivos em saúde por seus sujeitos realizadores - valorizando o usuário - o “demandador de cuidado” (p. 301); (3) reforço às iniciativas universalizantes do acesso aos serviços de saúde - implementando a socialização e a planificação social dos processos produtivos de saúde; (4) exclusão do setor Saúde do ciclo direto de acumulação de capital; (5) superação das dinâmicas reprodutoras da medicalização social; e (6) a constituição de novos sujeitos – nas perspectivas de humanização dos indivíduos em geral e de emancipação dos sujeitos.

3.3 AÇÕES GOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

Torna-se necessário e oportuno trazer agora para o debate alguns autores que relataram a trajetória da medicina no mundo e que investigaram o início das transformações no campo da saúde ocorridas após o desenvolvimento industrial iniciado na Europa, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. Assim, pretende-se evidenciar a sempre existência da “desumanização” das práticas de saúde, embora tal nomenclatura seja recente, bem como os desafios enfrentados para se ter “saúde”⁴⁶ de qualidade numa sociedade complexa e plural quanto aos seus interesses. Acredita-se assim caminhar, a passos firmes e ligeiros, em direção ao que se tem implantado de políticas públicas no Brasil referente ao tema nos dias atuais. Este passa a ser o objetivo desta seção.

A saúde há muito tem sido estudada quanto ao modo de condução de suas práticas e quanto ao processo de “desumanização” destas. Em Foucault (1977), questiona-se a valorização do ambiente hospitalar, este como um local da doença, em detrimento da medicina mais próxima ao domicílio. Para Canguilhem (2009), a doença não deveria ganhar o espaço de uma simples variação da normalidade, na qual o processo de readaptação permite a funcionalidade do indivíduo. Observa-se, com estes autores, que o ser humano, no caso o detentor da queixa, perde espaço para os locais de cura e para a categorização da doença e na busca inalcançável da plenitude da saúde.

Devido ao grande volume de estudos sobre o tema, os mesmos serão aqui apresentados num pequeno número, o que não inviabiliza a retomada do assunto ao longo de todo o trabalho, cabendo a seguir uma visão sobre como se tem tratado a Humanização dos Cuidados em saúde no Brasil. Embora seja uma política nacional e de assistência universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se encontra distante dos grupos populacionais mais vulneráveis e que, em muitos casos são constituídos de pessoas que vivem em regiões remotas (BRASIL. MS, 2015), prejudicando a resolutividade desejada de seus serviços básicos.

Com o intuito de reorganizar tais serviços, o governo brasileiro aposta, desde 1994, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal “porta de entrada” do sistema público de saúde (BRASIL, 2015), com foco no ambiente social onde as pessoas estão inseridas, ou seja, no território, valorizando as ações de prevenção de agravos e a promoção à saúde, no âmbito individual e coletivo. Uma proposta contra hegemônica, no sentido de mudança do

⁴⁶A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença". Essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado, o que nos leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis (BRASIL. MS, 2015).

modelo tradicional de assistência, este influenciado pelo Relatório Flexner (*flexneriana*), pautado no paradigma positivista, hospitalocêntrico, centrado na doença, e que se mostra incapaz, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), de atender com eficiência, eficácia e justiça as necessidades de saúde do conjunto de populações. Sobre este modelo e seus desdobramentos, apontamentos se deram no primeiro capítulo.

Significa dizer que o modelo de Saúde da Família pode resolver a maior parte das necessidades de saúde da população (DAB, 2016), reduz a demanda aos serviços hospitalares e/ou de maiores complexidades tecnológicas - numa consequência do processo de (des)hospitalização e da humanização das práticas de saúde (TRAD e BASTOS, 1998). Assim, os aspectos relacionados à conduta do profissional de saúde no âmbito da sua prática, em especial o médico, seja na sua relação com o usuário ou em relação à equipe na qual o profissional faz parte, constituem uns dos grandes desafios para o avanço do sistema público de saúde brasileiro, fato que merece ser abordado tendo sempre em mente a hegemonia do modelo biomédico da saúde brasileira e seus reflexos na assistência à saúde, tendo consolidada a participação do setor privado na saúde (SCHERER, PIRES e SORATTO, 2014) com seus interesses próprios e fora de sintonia com os anseios coletivos e humanísticos.

Um levantamento nas ações políticas do governo brasileiro no que tange a humanização em saúde demonstra o quanto ainda se está distante do preconizado para uma atenção de qualidade, resolutiva, o que pode ser evidenciado pela quantidade de ações setoriais reiteradamente colocadas em vigor ao longo dos últimos anos. Limitando a análise apenas ao título destas políticas, observa-se tratar de uma preocupação nas diferentes áreas da saúde, seja no ambiente hospitalar ou na APS, no atendimento de crianças ou no de adultos.

De forma resumida, a partir de 2000, foram implantadas no Brasil as seguintes políticas de humanização na saúde: Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL. MS, 2000a), Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL. MS, 2000b), Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (BRASIL. MS, 2001c), e a Política Nacional de Humanização – HumanizaSus (BRASIL. MS, 2003). Atenção especial será dada a última ação, por estar mais direcionada aos serviços da APS de uma forma geral.

O HumanizaSUS, segundo os preceitos do MS, deve ser um incentivador de “trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários”, e deve ter como diretrizes: (1) o acolhimento: construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho ao construir relações de confiança, compromissos e vínculos entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva; (2) a gestão participativa e a

cogestão: expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão; (3) a ambiência: apontada para a construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas; (4) a clínica ampliada e compartilhada: tendo no olhar sobre um usuário ou numa situação de saúde não resumido à apenas o olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, interdisciplinarmente; (5) a valorização do trabalho e do trabalhador: compreendendo as situações nas quais os trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento nas organizações de saúde; e, por fim, (6) a defesa dos direitos dos usuários: incentivando e assegurando que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL. MS, 2008).

De todas as diretrizes dispostas no HumanizaSUS, mesmo sabendo da impossibilidade de serem as mesmas abordadas individualmente, mas que também carece de um apreço maior sua abordagem na integralidade, o trabalho em construção se pautará naquelas mais íntimas e evidentes no trabalho de campo realizado. Contudo, serão levantadas contribuições a respeito da ambiência das unidades de saúde visitadas, bem como sobre a conformação da clínica ampliada e compartilhada, o que será analisado através das entrevistas, além de considerações a respeito da valorização do trabalhador de saúde, aqui não apenas restrito ao trabalho do médico inserido no PMMB do município pesquisado, na medida em que o trabalho da ESF trata-se é formado por uma equipe interdisciplinar.

3.4 HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA: DO QUE SE TRATA?

Segundo Minayo (2006), na saúde, é possível humanizar até mesmo as técnicas, mas estas precisam ser realizadas no universo em que os resultados “são produzidos, seus produtos em interação, suas representações e seus atos. Caso contrário, a ênfase em alguns aspectos que humanizam a oferta de cuidados se torna uma ideologia fraca” (p. 29). Além de investimentos financeiros e do aporte da ciência e da tecnologia, a humanização necessita, sobretudo, de sensibilizar pessoas com diferentes objetivos na relação entre o profissional de saúde e o usuário, respectivamente, representados historicamente pelo detentor do saber, numa ponta, e pelo detentor da demanda, noutra.

Tais atores, profissional e usuário, devem ser compreendidos como parceiros insubstituíveis e não desprezíveis nestas relações de confiança estabelecida, devendo o

profissional demonstrar que conta com a colaboração e com a participação do sujeito para a compreensão e para o tratamento da enfermidade que o acomete (CAPRARA e SILVA FRANCO, 2006). As autoras concluem que apenas mudanças na formação dos profissionais, como alguns defendem, tendo como solução dos problemas alterações isoladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, são insuficientes para uma melhoria na qualidade do atendimento e para um processo de humanização dos Cuidados em saúde, cabendo também mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, como avanço nas estruturas físicas, nos recursos tecnológicos, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais mais efetivos. São medidas que devem ser tomadas em conjunto, e que se complementam para promoverem o efeito desejado.

É este o enredo desta seção: analisar os estudos nacionais a respeito da humanização do Cuidado em saúde, sobretudo os publicados nas últimas décadas, numa perspectiva das práticas de saúde, tendo como pontos centrais toda a estrutura responsável por efetivar o cuidado humanizado em saúde, o que deixa para o final do capítulo apontamentos sobre a carência no ensino e na abordagem de assuntos pertinentes a este tema nos cursos de graduação, tendo na formação médica o foco principal.

Importante na compreensão da humanização das práticas de saúde é ter em mente, ou ao menos tentar discriminar parcialmente a “estrutura” envolvida no processo do Cuidado em saúde dispensado ao usuário do sistema público de saúde brasileiro. Estrutura esta que distancia, mas não se separa por completo, da ciência e da técnica aprendida nos currículos escolares (AYRES, 2006). Além do conhecimento, do saber profissional, a relação profissional-usuário se faz num contexto muito mais complexo do que o preparo do profissional em acolher, em ouvir, em cuidar do usuário. Seria um descaso aos outros entes envolvidos, e também um preconceito, apostar apenas no profissional de saúde como o único responsável pelas práticas humanizadas em saúde.

Conforme registrado no início do capítulo, foi nos estudos de Deslandes (2004) em que se despertou o tema “humanização” das práticas de saúde conforme o mesmo é atualmente compreendido. Mesmo que o estudo específico tratasse de um contexto hospitalar, não carece de aproveitar seu conteúdo e assim ser aplicado, ou ao menos servir como incentivador, a futuros trabalhos que tratem do tema mesmo em outros dispositivos de saúde: na APS, por exemplo.

Por se tratar de um trabalho realizado no mesmo local do pesquisado, o município de Campos dos Goytacazes, Silveira (2014), em pesquisa sobre o funcionamento de um hospital quanto às práticas humanizadas na assistência, concluiu, após visitas ao pronto-socorro

escolhido, os principais pontos que, de certa forma incitam situações estressoras para os trabalhadores, incidindo diretamente no acolhimento aos usuários e na qualidade dos serviços prestados: lotação evidente do local; superlotação em razão da baixa cobertura da APS municipal (na ineficiência da ESF), levando ao demasiado número de atendimentos enquadrados como “bobagens”; falta de privacidade do usuário e dos profissionais; problemas de ambiência e de qualidade nas instalações físicas; e falta de equiparação salarial entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, gerador de conflitos entre as classes.

No âmbito intersetorial, incomodou a autora o compartilhamento do mesmo espaço físico entre o setor da Assistência Social e a Psicologia, revelando falta de sintonia entre a equipe; além da existência de privilégios aos “médicos” em detrimento da categoria “não-médicos”. Em relação à dimensão do “Cuidado” observou-se: falta de controle dos processos de trabalho, repercutindo numa instabilidade emocional ao trabalhador e que reflete na qualidade de seu acolhimento; além de um processo discriminatório em relação a usuários portadores de doenças estigmatizantes, tais como HIV e Tuberculose (SILVEIRA, 2014).

Segundo Gomes (2017), as produções sobre humanização podem ser enquadradas em dois grandes eixos, mesmo sabendo da riqueza e da complexidade que cada um destes detém. O primeiro, segundo o autor, discute as transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas, tendo como direcionamentos a integralidade, a centralidade do cuidado e do acolhimento da assistência. Já o eixo seguinte trata das políticas de gestão, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecno-assistenciais e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde.

Ratificando a complexidade de tais discussões, o presente trabalho joga luz no segundo eixo, na medida em que analisará a maneira como se tem organizado os serviços da ESF municipal, se pautando em relatos de profissionais de saúde e gestores, deixando a margem os usuários – o que não significa em momento algum desprezo a este público, que carrega toda a importância na subjetividade das práticas de saúde, ao protagonizar a demanda em saúde, tendo na família e na comunidade no qual faz parte necessidades imensas e particulares. Trata-se apenas de uma opção metodológica e que centra, se é que possível, no planejamento e na execução das políticas públicas locais de saúde em destaque, acrescentando considerações a respeito da formação dos profissionais médicos e que esboça, como produto e a sua maneira, os desafios, os limites e os avanços para o aprimoramento de uma saúde pública humanizada aos que mais necessitam.

Assim sendo, a análise do conteúdo das entrevistas se dará no sentido de compreender a humanização das práticas de saúde das equipes de Saúde da Família do município de

Campos dos Goytacazes, apreciando a inserção dos médicos do PMMB nesta dinâmica. Desta forma, há que se ter um sucinto, mas efetivo para o momento, levantamento bibliográfico a respeito de estudos sobre práticas humanizadas na APS, sobretudo no que concerne a políticas de gestão, aos arranjos organizacionais e aos modelos tecno-assistenciais (GOMES, 2017) – o que se faz a seguir.

A respeito da melhoria das condições do cuidador, leia-se o profissional de saúde, Lacaz e Sato (2006) trazem para debate o aprofundamento desta temática, presente inclusive como eixo discursivo do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, implantado em 2000, e que também foi contemplado no HumanizaSUS, de 2003. Segundo os mesmos:

[...] a discussão sobre a humanização dos serviços de saúde implica a conquista, pelos trabalhadores, de adequadas e saudáveis condições, ambientes, processos (e organização) do trabalho, o que envolve autonomia e participação no controle dos processos de trabalho em saúde, criação de vínculos e responsabilidades. Isso implica, ainda, o fato de terem suas vozes ouvidas pela administração como parte de uma relação dialógica, já que o aprofundamento do processo comunicacional poderia mitigar o desgaste e o sofrimento mental observado nos trabalhadores em saúde [...] (LACAZ e SATO, 2006, p. 131).

Segundo Paim (2009a), avanços na gestão do trabalho passam por melhores condições de vida do trabalhador, sendo um dos grandes desafios do SUS, e que, enquanto tal questão não for equacionada não cabe esperar “milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços” (p. 130). Segundo o mesmo: “o SUS é movido de gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente” (p. 130). Logo, o Cuidado com o cuidador tanto o previne de disfunções profissionais, inclusive evita o aparecimento de síndromes referentes às precárias condições de trabalho enfrentadas, como aprimora a atividade assistencial ao usuário.

Já para Trad (2006), o debate acerca da humanização se dá no campo da valorização da atenção centrada no usuário, denominado sujeito-cidadão, portador de “singularidades subjetivas e socioculturais” (p. 185) e que usa os serviços de saúde como um direito social. Em boa medida, tais contestações corroboram com os estudos de Teixeira (2005), no qual ratifica ações centradas na capacitação dos profissionais de saúde, na medida em que se trata de uma problemática relacional, e que neste interim está o usuário dos serviços de saúde. Ou seja: o profissional deve estar capacitado, na graduação ou após a mesma, a conduzir o processo de humanização em saúde, não de uma forma imperiosa e hierárquica, mas compartilhada a quem de direito merece ser “tratado”.

Segundo Teixeira (2005), há que se ter uma relação de características positivas quanto à empatia: primeira impressão usuário-profissional; quanto à afetividade: pautado na relação

de confiança e no fortalecimento de vínculo – momento em que há uma “zona de comunidade”, em que o que um precisa e o que o outro tem a oferecer; e por fim; quanto ao que resolveu chamar de “zona de singularidade”, esta mais árdua de ser compreendida e praticada, e que vem a cristalizar a alteridade ao “se conhecer, nos outros corpos, aquilo que não nos convém” (TEIXEIRA, 2005, p. 596). Estas três fases foram, metaforicamente, comparadas a um relacionamento amoroso, tendo no terceiro e último ato as verdadeiras dificuldades a que cabem a uma relação amorosa, ou profissional. Como colocar isso em prática é, para o autor, o grande desafio da saúde pública brasileira.

Deslandes (2006) associa humanização “a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde” (p. 15). Integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos, intersubjetividade da atenção, acolhimento e resolutividade. Para o trabalho em voga, no que se pretende analisar os discursos dos profissionais de saúde envolvidos na ESF que tenham médicos do PMM em ação, acredita-se ser necessário jogar luz nos conceitos já trabalhados de acolhimento, Cuidado, vínculo e autonomia.

É na preocupação da praticidade destes conceitos em que se motivam estudiosos sobre o assunto, na tentativa de compreender como se tem comportado a relação médico-usuário no sistema de saúde brasileiro. Ciente das inúmeras particularidades, sobretudo quanto à formação profissional, ao vínculo de trabalho, à organização do sistema de saúde, e à responsabilidade social de cada médico naquilo ao qual ele se propõe a realizar, o trabalho focará nos médicos atuantes na ESF de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro. Um recorte e tanto ao se levar em conta a presença de médicos de outra nacionalidade, que não somente os brasileiros, e que vieram num programa governamental contestável desde a sua implantação, em 2013. Neste universo: de formações diversas - mas que não deveriam ser divergentes; de culturas distintas; e de objetivos particulares destes profissionais é que se mistura a necessidade de atendimento humanizado às populações, até então carentes destes serviços.

A crise do profissional médico atuando na ESF, no Brasil e não diferentemente em Campos dos Goytacazes, pode ser encarada de diversas formas e formatos: crise de identidade, crise de formação, crise estrutural, crise na valorização do profissional, e crise na responsabilidade social. Um pouco de cada, e ao mesmo tempo todas misturadas e que conjuntamente serão analisadas, podem ser evidenciadas nos relatos, tanto dos médicos quanto dos outros profissionais de saúde entrevistados, que convivem e que com estes “formam” a Equipe de Saúde da Família. Sobre crise, reiteradamente expressa neste

parágrafo, importante evidenciar que o termo relata a procura fracassada de respostas, diante de conflitos contemporâneos. Assim, em tempos de crise não se pode apelar para as “respostas que fazem parte de uma tradição, valendo-nos do mesmo modo com que, no passado, éramos capazes de resolver nossos problemas” (SHRAIBER, 2017, p. 11). Em crise, dificilmente técnicas humanizadas são colocadas em prática, tendo o imprevisto a posição de destaque.

Logo, crise, no seu sentido mais amplo significa ruptura com o passado, o que ficou bem característico em Bruscky (2014), apresentado em epígrafe na introdução do trabalho, ao transmitir a lembrança de um modelo ideal de médico. Segundo Shraiber (2017), a crise da relação médico-usuário pode ser creditada a mudanças ocorridas na medicina após a década de 1970: passando do estágio de liberal, artesanal e reflexiva, tendo as práticas centradas no indivíduo doente, mas, contudo, atenciosos e persistentes no processo do tratamento, assim conquistando a confiança de sua clientela; a uma medicina empresarial, tecnológica, preocupada permanentemente com a terapêutica, e que vem a massificar a assistência dos serviços, com uma autoridade que transborda a relação saudável entre profissional-usuário.

Após a abordagem conceitual da Humanização, realizado na primeira parte deste capítulo, além da utilização do conceito e de suas aplicações históricas, a etapa seguinte vem a trabalhar o termo na perspectiva dos serviços da APS no Brasil. Muitos são os trabalhos a respeito, no qual ganhará destaque os relacionados aos serviços médicos dispensados, sobretudo, na ESF.

O encontro médico-usuário na UBS, em especial na ESF, possui algumas peculiaridades. Trad (2006) aborda estas singularidades ao despertar que trata de um encontro que possui uma frequência, devendo ser contínuo, estável e duradouro, em que os objetivos deste momento devem estar baseados na visão integral do sujeito-cidadão, e que não se restringe à intervenção de um problema pontual. Para tal, continua a autora, torna-se necessário que o profissional de saúde realize uma leitura acurada das necessidades do usuário, vista de uma forma ampla e além do campo da saúde. As necessidades do usuário diferem da sua demanda, esta última pautada numa queixa principal, explícita, que o motivou a procura pelos serviços de saúde, sendo apenas parte da necessidade existencial do mesmo.

De fato, as especializações médicas ganharam notório espaço no campo da saúde, abordando, cada vez mais o ser humano de forma fragmentada, individualizada e com atenção específica a determinado órgão ou sistema, comprometendo a integralidade que a abordagem em saúde exige. Como resultado dessa corrida por especialização médica, o Brasil sofre com o crescente abandono do médico clínico geral, ou generalista, agravado pela preferência em atuar no setor privado ou nos serviços hospitalares do setor público: que exijam a aplicação

dos conhecimentos predominantemente técnicos do especialista (CFM, 2015). Assim, deixa-se a população, em especial a dependente dos serviços médico do SUS, carente do proposto pela APS, em descaminho ao modelo de reorganização da saúde no Brasil.

A necessidade de uma medicina mais humanizada, comprometida com a integralidade da saúde, em luta a uma “crise” de identidade deste profissional (AYRES, 2004; BOFF, 1999) e que a cada dia destoa do modelo de médico descrito por Bruscky (2014), soa, no estágio atual, como uma espécie de embasamento a respeito da humanização das práticas de saúde, sobretudo do profissional atuante na ESF, que de forma a complementar ao apresentado em relação à educação médica brasileira e suas repercussões na assistência à saúde, expressa a necessidade de inserção do modelo biopsicossocial no plano curricular do estudante de medicina, sobretudo na incorporação da humanização das práticas em saúde (DE MARCO, 2006).

Também cabe ao ponto relacionar ao conteúdo evidenciado no segundo capítulo, no que diz respeito à carência de médico atuante nas UBS, em especial os mais longínquos e vulneráveis no território nacional. Esta carência, que pode ser tanto qualitativa quanto numérica, e tem por resultado repercutir negativamente na qualidade dos serviços de saúde prestados a esse público, o que tem despertado medidas combativas por parte do GF, como exemplo maior o PMM. Críticas à parte, a humanização das práticas em saúde tem representatividade no eixo central do programa, e que merece uma maior atenção, haja vista a divergência de cenários, de realidades políticas, sociais, econômicas e organizacionais de cada região, e a diversidade na formação dos profissionais médicos envolvidos, respeitando, contudo, suas nacionalidades.

Segundo Siqueira (2002), a deterioração do atendimento médico, sintetizado por ele em desumanização da assistência à saúde, percorre todos os efeitos de um mundo capitalista, individualista e que tem maiores interesses no lucro de suas ações - no caso dos dividendos das consultas, dos exames e dos medicamentos prescritos -, do que no bem realizado para o outro de sua mesma natureza - o ser humano que carece de atendimento. O desaprender da arte de curar, relata o autor, provém, em grande parte, do modelo de formação acadêmica adotado nas universidades: de caráter cartesiano, fragmentado em disciplinas (especialidades) que dificilmente se comunicam entre si, e que escolhe como caminho a seguir: a quantidade, a causalidade, a razão e a tecnologia, em detrimento da qualidade, da finalidade e do sentimento que existe na relação médico-usuário (SIQUEIRA, 2002).

De uma forma mais incisiva, Rodrigues e Rodrigues (2017), estimulados a estudarem a humanização das práticas médicas, constatam que:

[...] tanto a medicina quanto aos profissionais são respectivamente, ciência e classe profissionalizante elitizadas, distantes da realidade social, alheias aos anseios humanos, meros tecnicistas da medicina, frios e insensíveis às dores dos enfermos e de seus familiares, visão esta, muitas das vezes assim enfocada pelo sistema do capitalismo que rege o mundo contemporâneo [...] (RODRIGUES e RODRIGUES, 2017, p. 85).

Da mesma forma, os autores depositam toda a questão na falta de humanização das práticas médicas a uma formação na graduação deficiente quanto ao tema, sobretudo quanto à carência de uma abordagem interdisciplinar e transversal desta temática no decorrer do curso (RODRIGUES e RODRIGUES, 2017). Mas este pragmatismo absoluto deve ser encarado com cautela, ciente de que a humanização se trata de uma polissêmica ferramenta utilizada nas relações humanas, e que os humanos possuem, por si só, suas particularidades, suas vivências, inseridas na comunidade que os cercam.

O “reaprender” a cuidar do profissional médico (SIQUEIRA, 2002), o que significa que já existiu algo parecido com o que se vislumbra atualmente, requer uma modificação estrutural da grade curricular dos cursos de graduação em medicina, devendo focar o conhecimento interdisciplinar, com relações horizontais e estruturadas em reflexões e críticas a respeito de um ser humano, este ser indivisível, implantado e integrante de um contexto social. Contudo, espera-se que uma educação qualificada reflita positivamente nas práticas médicas, a ser conduzida com “acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para o que sofre” (SIQUEIRA, 2002, p. 95). O autor conclui ressaltando a necessidade de se resgatar a arte perdida de cuidar.

De maneira sucinta, o profissional de saúde carece de formação, e/ou de informação, a respeito da valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Tal preocupação decorreu na criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”, com o intuito de fortalecer o sistema de saúde “de todos e para todos”, e que para o MS tem nos profissionais a maior parcela de culpa no desapareço da dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe (BRASIL. MS, 2010).

No que tange à educação médica, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina, como forma de reorganização do ensino, orientam para a formação de médicos generalistas, capaz de concretizar a Integralidade e a Humanização do cuidado por meio de prática médica:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde

integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL. MEC, 2014b).

Segundo Eksterman (2003), o médico necessita de uma formação embasada no modelo biopsicossocial, construindo uma relação de vínculo com o outro e valorizadora das questões sociais envolvidas. Diversos são os trabalhos que abordam a necessidade em trabalhar a Humanização das práticas de saúde de forma mais incisiva na educação dos profissionais de saúde brasileiros. Com o título “Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde”, Vasconcelos (2015), reuniram cartas/depoimentos de alunos, professores e/ou profissionais de saúde relatando pontos positivos - superações, e pontos negativos – desapontamentos, da trajetória acadêmica e profissional. Segundo os organizadores, são histórias carregadas de emoção, perplexidade e de sonho, que “denunciam o velho e anunciam o novo” (p.15).

Este “novo” trata de uma crítica ao modelo de ensino tradicional, o considerado “velho”, ao verificar a necessidade de construção de um currículo informal, capaz de gerar práticas de atenção à saúde de características criativas e inovadoras, comprometidas com a transformação social. Ao todo o volume contou com 53 pequenas histórias e, na maioria delas, ficou evidente a falta do ensino e a ineficiente prática da humanização nos estabelecimentos educacionais de saúde no Brasil. Alguns relatos agora serão trazidos à tona, de modo a ratificar esta preocupação para com o tema:

As aulas não passavam de informações depositadas por um detentor único do saber [...] aos poucos fui sentindo-me parte do sistema, [...] alimentava-me na perspectiva de me tornar excelente profissional, instalar clínica particular e ganhar dinheiro. Atendia os pacientes pela sua patologia, por um membro ou parte afetada. Tornava-me uma mecanicista. (ALMEIDA, 2015, p. 28).

Deveria ter aprendido que quando uma pessoa é internada ela traz consigo seus valores, sua cultura, seu mundo particular. Não há fundamento científico para apartá-lo disto, transformando pessoas em prontuário [...] (UCHOA, 2015, p. 35-36).

Acreditar em meus colegas é uma qualidade que ando perdendo por causada faculdade. Sinto muito em dizer, mas as pessoas lá já estão impregnadas pela mania de fodeza [...] Definitivamente, na medicina, hoje em dia, o foco da atenção está na pessoa ‘que trata’ e não na pessoa ‘tratada’ [...] (PEREIRA, 2015, p. 41).

Onde está todo o humanismo, o carinho com os pacientes, que me fizeram ficar quatro anos tentando entrar para uma boa faculdade? Atualmente só tenho me deparado com preocupações com provas, notas, uma atrás da outra [...] (IGARASHI, 2015, p. 51).

A sociedade nos leva a ter cada vez mais um comportamento técnico e frio com as pessoas [...] Na universidade, e não apenas nela, poucos são os mestres que orientam sobre um comportamento mais humano, o que nos deixa constrangidos para ter iniciativas deste tipo. (BATISTA, 2015, p. 59).

A gente entra nos primeiros períodos com aquele pensamento altruísta, mas com o passar dos anos, parece que vamos nos “aprisionando” na grade curricular, nas provas estritamente teóricas, no pensamento cartesiano de separação do ser humano em partes para se entender o todo, nos diagnósticos, nos exames complementares e nos tratamentos. Desvaloriza-se o doente pela eloquência da doença e, com isso, todos perdemos [...] (VASCONCELOS, 2015, p. 75).

Eu estava tão envolvida pelo sistema de memorização e de repetição que não percebia que a sociedade exigia muito mais que apenas conhecimento científico. Assim, após um período de reflexão, percebi que a extensão era o caminho para mudança que desejava. [...] É em diálogos informais e trocas de experiência que eu venho aprendendo o que é educação popular, o que é ajudar as pessoas sem ser assistencialista, o que é Comunidade, o que é interdisciplinaridade, autonomia e cidadania. Não é uma simples questão de saber o que é doença, é saber o que é ser doente nesse país [...] (GONDIM, 2015, p. 107-108).

Hoje como profissional de saúde penso se não deveria haver espaços de trocas destas experiências nas escolas de formação dos profissionais considerando as emoções e significações que cada aluno vai fazendo à medida que vai experimentando a vida profissional a que se propõe. A formação técnica não pode ser mecanizada. Tem de considerar os sujeitos e os sujeitos que as recebem, suas emoções, seus diversos olhares, suas motivações [...] (PAGLIARO, 2015, p. 117).

Numa análise dos conteúdos apresentados acima, observa-se alguns desapontamentos dos estudantes dos cursos de saúde, em especial os alunos de medicina, em relação ao conteúdo disponibilizado nas faculdades e ao comportamento de seus mestres. Diversos foram os motivos: concentração do saber no professor; excesso de protocolos e desinteresse nas singularidades do cidadão que necessita de ajuda; valorização da doença e não no doente; fragmentação do ser humano; falta de humanização. Como ponto positivo, pode-se considerar o despertar a tempo dos produtores destes discursos e as maneiras por eles enfrentadas para se tornarem mais humanos, mais responsáveis pela sociedade na qual fazem parte. Segundo muitos, na extensão universitária é que se consegue potencializar a formação dos profissionais de saúde, talvez por estarem menos presos às normas institucionais – mais livres para a compreensão do mundo real.

Importante destacar que na saúde o objeto é o outro sujeito, o ser humano e seu coletivo, que é singular e que exige projetos terapêuticos distintos, construído por toda a equipe e juntamente com o usuário. Portanto, sempre exige troca de saberes e a mobilização

de um coletivo na consolidação do vínculo e na obtenção do cuidado em saúde, respeitando a autonomia dos usuários envolvidos.

Para tanto, torna-se imperioso tomar por empréstimo as considerações de Benevides e Passos (2005) quanto à necessidade de se preconizar práticas e processos de gestão humanizados em saúde. Segundo os mesmos, humanizar a atenção e a gestão em saúde qualifica as práticas de saúde, tendo como resultados frutíferos a serem elencados: “acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários [...] democratização da gestão e no controle social participativo” (p.563). Por humanização os autores entendem muito menos a revalorização da imagem do homem, e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais.

De posse das informações apresentadas, o trabalho entra na fase em que expõe os conteúdos das entrevistas e analisa os relatos, complementando o desfecho prometido nos objetivos. Passo este que será dado nos dois capítulos a seguir.

CAPÍTULO 4 - PERSPECTIVA MUNICIPAL DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO BRASIL: COM A PALAVRA OS GESTORES DA APS MUNICIPAL

Após contribuições a respeito do modelo de saúde vigente no Brasil, contestado na hegemonia das especialidades e na predominância da tecnologia dura (MERHY, 2005), o trabalho caminhou sobre uma linha de construção teórica e prática a respeito da influência dos investimentos privados na educação e na prática médica brasileira, e como tal fato tem reverberado negativamente na distribuição dos profissionais médicos nas unidades de saúde pelo país, o que tem, numa consequência quase que direta, em muito prejudicado a saúde pública equitativa que deve estar acessível a todos e resolutiva quanto aos anseios do modelo de saúde biopsicossocial. Outro ponto de destaque foram as ações governamentais tomadas a fim de prover e de fixar médicos nas regiões vulneráveis do país. Contestadas em parte, mesmo que apreciadas por outros, tais providências surgiram a partir da década de 1970, se revelando ineficientes quanto ao objetivo específico de fixar profissionais de saúde no interior do Brasil, sobretudo o médico.

Na sequência, trabalhar com o tema “Humanização” permitiu ao leitor um aprofundamento teórico desta temática, construindo uma imensidão de caminhos a serem questionados no campo prático do tema e que vem a ser desvendado, com inúmeros pontos de vistas a discutir acerca do PMMB. O que para Deslandes (2006) representa, ao trabalhar com humanização, distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde.

Ao trabalho em questão, em consonância com o proposto na metodologia, serão abordadas questões relativas ao planejamento e à execução da saúde adotado no município em evidência, além de aspectos característicos à qualidade da assistência aos serviços primários de saúde, aqui compreendidos a estruturação das unidades de saúde pesquisadas e a forma como se é oferecida a APS pelos profissionais médicos que compõem o PMM em Campos dos Goytacazes, bem como por toda a equipe da ESF. Trata-se de uma pesquisa, na qual será realizada na ótica qualitativa de estudo de caso, realizada com os gestores municipais, profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família e os próprios médicos do PMMB.

Compreender tais apontamentos locais, em momento algum restringe o mérito do trabalho ofertado na UBS aos profissionais médicos, na medida em que a implantação da ESF municipal, bem como a execução dos serviços da APS, numa ótica de trabalho em equipe, interdisciplinar, necessita também da participação dos gestores públicos em saúde e dos

outros profissionais, sejam estes com diferentes níveis de formação e de qualificação profissional. Contudo, estes agentes também serão entrevistados, limitando-os aos que possuem formação em nível superior de ensino: Enfermeiro e Cirurgião-dentista, além do Médico pertencente ao Programa.

O trabalho, entretanto, se pauta na análise qualitativa dos dados, mas que em momento algum desabona dados quantitativos trazidos na intenção de contextualizar o relatado nas investigações. Desta maneira, segue o proposto por Ribeiro, Souza e Costa (2016), ao enfatizarem a pesquisa subjetiva em saúde, ao passo que se prende na compreensão dos relatos, das observações. Portanto, parte-se dos princípios metodológicos apresentados na introdução do texto, respeitando os princípios éticos que cabem ao caso em tela.

O primeiro passo da análise diz respeito ao planejamento e à execução da saúde pública municipal, em que serão utilizados especialmente os relatos colhidos nas entrevistas com os gestores públicos de saúde, no qual se pretende dimensionar a verdadeira necessidade em prover e fixar médico nas UBS do interior do município, seguindo uma construção lógica de trabalho condizente com a ESF. As dificuldades em captar tais profissionais estão diretamente associadas à implantação do PMM no município, sendo importante explanar como foram feitas as escolhas das unidades de saúde a utilizarem deste modelo de atenção à saúde, bem como a adesão ao programa federal repercutiu no município e nas localidades adotadas e os resultados imediatos da implantação do PMMB, revelando seus avanços e desafios.

Com o intuito de evidenciar a fala do entrevistado, qualquer que seja a sua representatividade, e assim de diferenciar das citações diretas de autores, de legislações, ou de outras fontes referenciadas e que são realizadas em diversos pontos da pesquisa, tendo preservada a tamanha importância para a desenvoltura da mesma, adotou-se o recurso em *itálico* na apresentação da transcrição das falas dos entrevistados.

Apesar das inúmeras críticas ao PMM em nível internacional, nacional e até mesmo em Campos dos Goytacazes/RJ, acredita-se que gestores, usuários e os profissionais inseridos neste contexto tenham avaliado positivamente o PMMB, principalmente no que confere à Humanização das práticas de trabalho e que seu reflexo seja positivo na qualidade dos serviços prestados. Uma pesquisa sobre este ponto certamente contribui para desmistificar a verdadeira contribuição do PMMB no município de Campos dos Goytacazes quanto à qualificação dos serviços básicos de saúde ofertados, por ter como objetivo principal a promoção e o desenvolvimento da APS local e, oferecendo melhores condições de vida à população adscrita nas UBSF.

Cabe aqui pontuar que, assim como no decorrer de todo o trabalho, sempre estará presente, no momento oportuno, a empiria do autor, profissional de saúde efetivo desta municipalidade há sete anos e que presenciou toda a estruturação da ESF, bem como a implantação do PMM municipal. Tal contribuição não se dará apenas neste item, mas em todo o processo analítico em que for proveitoso as respectivas considerações de um profissional que vivenciou todo o processo em questão: desde a realização do concurso público em 2008, no qual participou e foi aprovado, até os dias atuais, passando pela dificuldade em fixar médicos nas unidades de saúde municipais segundo os preceitos da ESF, pela vinda do primeiro médico do PMM e por toda a reestruturação da APS municipal até o estágio atual.

No município de Campos dos Goytacazes, desde a chegada dos primeiros profissionais médicos da ESF, o primeiro em novembro de 2013, diversas mudanças ocorreram no sistema de saúde pública, em especial na APS. Desta forma, escutar os gestores e profissionais de saúde da ESF, dentre estes os próprios médicos participantes do PMMB, tendo em vista a originalidade do trabalho, contribuem para o verdadeiro dimensionamento desta iniciativa local, deixando de lado valores pré-definidos e divulgados nos diferentes estudos a respeito e que já foram tratados em capítulos anteriores.

Em relação aos gestores, conforme descrito no percurso metodológico, o foco das entrevistas se voltou, sobretudo, para questões administrativas, sendo estes os responsáveis diretamente pela organização, pelo planejamento e pela avaliação institucional das ações da APS, sobretudo da ESF. Seguindo o atual organograma municipal, a gestão da APS está representada nos cargos de Subsecretário de Atenção Básica, Diretor Adjunto de Atenção Básica, Gerente do Programa ESF e Apoiador Institucional (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2014). Ressalta-se que as entrevistas não ocorreram com todos estes representantes, sendo necessários apenas 03 gestores para colher os resultados propostos e conseguir a saturação dos dados qualitativos necessários à pesquisa.

Apesar de todos os entrevistados permitirem a divulgação de sua identidade, sejam nome e função desempenhada na gestão, os agentes serão simbolizados por códigos, de modo a seguir os preceitos éticos envolvidos. Desta forma, os “gestores” entrevistados serão identificados por letras, apresentadas em “caixa alta”: A, B e C, e que serão distribuídos conforme a ordem em que ocorreram as entrevistas, aleatoriamente, e precedidos da letra G, que identifica a sua função - de “gestor” – assim distinguindo dos demais entrevistados. Logo, os gestores entrevistados serão denominados: G.A, G.B e G.C.

Um ponto inicial que deve ser chamado atenção é a respeito das mudanças na gestão municipal, em janeiro de 2017, devido a não permanência do mesmo grupo do poder

executivo municipal, em virtude da perda do pleito municipal ocorrido em outubro de 2016. Desta forma, teve-se a preocupação em realizar as entrevistas com estes agentes antes do período de reformulação, o que poderia prejudicar ou mesmo inviabilizar, se não tomadas as devidas precauções, enormemente a obtenção de informações a respeito da adesão municipal ao PMMB e de seus passos iniciais.

De forma a tornar mais didática a apresentação e a compreensão das entrevistas, os conteúdos analisados nesta seção serão divididos temporalmente em três etapas: antes do PMMB, a implantação do PMMB, e os resultados do PMMB em Campos dos Goytacazes. Acredita-se, assim, elucidar melhor o que os gestores pontuam sobre a dificuldade em prover e fixar o profissional médico na APS, sobretudo na ESF, a importância do programa governamental para a reorganização da saúde municipal, e os desafios e os resultados imediatos desta política no cenário local.

Este primeiro momento antecede ao PMM no município, programa do governo federal implantado no Brasil em 2013 (BRASIL. MS, 2013b) e que já teve neste trabalho demonstrado, em momento oportuno, todos os seus motivadores, seus objetivos e suas diretrizes. Porém, não compromete o trabalho, ao contrário o valoriza, traçar um breve panorama da APS em Campos dos Goytacazes a partir dos anos 2000, e que por consequência vem a delinear e a justificar, com as devidas considerações, as dificuldades locais em prover e fixar o médico nas UBS dentro do que propõe as diretrizes da ESF.

O relato inicia, portanto, com a estruturação da Força de Trabalho em Saúde (FTS), no que tange aos profissionais da ESF, até mesmo anteriormente ao ano de 2008. A escolha deste ano se pauta em mudanças organizacionais ocorridas no setor neste momento, sobretudo motivadas pela extinção da ESF por decisão jurídica, que já fora abordada em capítulos anteriores, mas que cabe demonstrar a seguir um resumo descritivo dos principais fatos. Primeiramente, uma visão do que se tinha na APS - de 2000 a 2008.

Utilizando do estudo de Marques (2003), na qual analisou o Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Campos dos Goytacazes durante o período de 1999 a 2001, tem-se que o PSF iniciou no município em março de 1999, no bairro de Custodópolis. No decorrer deste mesmo ano foram implantadas mais 14 equipes, e em 2001 já existiam 27, sendo que apenas 20 eram reconhecidas pelo MS para o recebimento de incentivos financeiros federais. Segundo a autora, a escolha das localidades a serem contempladas pelo PSF seguiu a ordem de prioridade segundo os altos índices de mortalidade infantil detectados nos distintos bairros do município. Neste mesmo ano, em 2001, a Odontologia foi inserida no Programa, constituindo a Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) o que, inicialmente

contou com quatro equipes (OLIVEIRA e SALIBA, 2005).

Outro ponto que chamou atenção da pesquisadora foi referente à precariedade das instalações físicas das unidades de saúde que se transformaram em PSF. Muitas eram casas alugadas, “com cômodos pequenos, faltando insumos básicos e com instalações e equipagens precárias”, “sem ventilação e não realizando as ações consideradas de Atenção Básica” (MARQUES, 2003, p. 109-110), o que geravam reclamações de muitos profissionais de saúde. “Em uma das unidades visitadas não havia maca e nem balança para exame clínico do paciente, insumos básicos e mínimos de uma unidade de saúde” (p.111).

Contudo, apesar de toda a precariedade e improvisado a que se deu a implantação do PSF no município, que posteriormente veio a denominar ESF, notou-se uma maior participação da comunidade no assunto saúde com a vinda da ESF para alguns bairros, até mesmo resultando em efetivas mudanças nos indicadores sociais de saúde da população beneficiada, o que para a autora “indicam uma grande diferença entre as áreas cobertas e as áreas não cobertas pelo PSF, mostrando a existência de, como dois Brasis, dois Campos dos Goytacazes” (MARQUES, 2003, p. 05).

Mas, foi segundo Lyra (2011), em 2006, que a ESF atingiu seu apogeu no município, alcançando 53 equipes, fazendo cumprir o direito integral à saúde e a cidadania de todo cidadão para uma melhor qualidade de vida.

Dando sequência e narrando os fatos, o programa de saúde foi extinto em 2008, movido por decisão judicial e motivado por ilegalidades na contratação dos profissionais de saúde que faziam parte da ESF. Segundo Lyra (2011), após a extinção da ESF e nos anos subsequentes houve um aumento dos atendimentos na rede hospitalar municipal, sobretudo quanto aos procedimentos fisioterápicos e que também eram disponibilizados nestas unidades de saúde, e que podem estar associados ao fim da ESF. Além da restrição do acesso aos serviços públicos de saúde, a inoperância da ESF deixou de oportunizar à população informações no que tange à promoção da saúde, à prevenção de doenças e, de forma assistencial, aos atendimentos da APS.

De forma a expor resumidamente os fatos concernentes ao processo de organização, ou reorganização, da rede municipal de saúde em Campos dos Goytacazes, em especial no que tange à APS e à ESF local ocorridos de 2008 a 2011, utiliza-se novamente da apresentação do quadro de Vargas, Campos e Vargas (2016), de modo a ratificar o momento de turbulência política que acometeu o desenvolvimento da ESF (Quadro 05, p. 91).

O que se observa é que, após a suspensão da ESF, ocorrida em 2008 por decisão judicial, o município percorreu um longo e sombrio período de desconstrução das políticas

públicas e sociais em saúde, em específico: da APS. Nem tanto quanto ao tempo efetivo, de alguns anos, mas especialmente em relação ao desmanche repentino e integral do que se tinha até então e do conseqüente estágio estabelecido de precarização do acesso e da utilização dos serviços desta natureza pela população, sobretudo as mais vulneráveis socialmente: mais dependentes do serviço público de saúde. De fato, o que se observa na prática é que durante este período - de 2008 a 2011 - quase nada se avançou no município em respeito à realização de ações coletivas em saúde, promotoras de saúde e capazes de evitar as doenças mais prevalentes neste ambiente – este que compõe os princípios da APS e da equipe da ESF (LYRA, 2011).

Em 2011, passado a homologação do Concurso Público, por ação do prefeito interino, e após a convocação de apenas três médicos, longe das 55 vagas ofertadas no certame de 2008, a ESF começou a ser reorganizada, ainda de forma incipiente e distante do que se tinha no início dos anos 2000, em especial em 2006. Esta convocação também se deu aos outros profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, sejam eles: Enfermeiro, Cirurgião-dentista e Técnico de Enfermagem, todos em número de três por cada categoria, além de Agente Comunitário de Saúde (ACS), em número mais expressivo e que permitia “cobrir” as três áreas previamente selecionadas pelos gestores municipais.

Aqui parênteses abrem-se, na medida em que as três primeiras unidades agraciadas pela retomada da ESF em 2011: Pernambuco, Parque Aldeia e Colégio Agrícola - esta última tendo como unidade física de referência a unidade de saúde de Parque Aldeia, não seguiu critério algum de prioridade relacionado a indicadores sociais, vulnerabilidades ou carências de políticas de saúde nos territórios escolhidos. Tal escolha das unidades, a princípio aleatória, contrastou com o que foi realizado na implantação da primeira unidade de PSF no município em 1999, na localidade de Custodópolis (MARQUES, 2003). Ao menos não foi exposto, valendo da empiria do autor e profissional da ESF participante desde a implantação das primeiras unidades, fazendo parte de uma delas de 2011 a 2013, motivo algum para a escolha destas localidades a serem beneficiadas pela retomada da ESF no município.

No entanto, o município começou a apresentar dificuldades em prover médicos trabalhando por 40 horas, nos moldes da APS e dentro do que estava previsto no edital do referido concurso público. Segundo o certame, era atribuição do profissional médico: “Desenvolver as atividades referentes ao cargo de médico do Programa de Saúde Familiar, conforme Portaria nº 648/GM e Lei Municipal nº 8.005/08” (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2008, p. 02).

Segundo a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL. MS, 2006),

responsável por aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo diretrizes para a organização do PSF/ESF, todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família devem ter dedicação de 40 horas semanais, sendo atribuição específica do médico:

I - realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF (Unidade de Saúde da Família) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, igrejas); III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico- cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; [...] VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF (BRASIL. MS, 2006).

Sobre a Lei Municipal nº 8.005/08, publicada em 09 de junho de 2008, a mesma veio, dentre outras medidas, criar as vagas dos profissionais que compõem a ESF e que foram colocadas em disputa no Concurso Público do mesmo ano, além de ratificar as atribuições destes profissionais ocupantes de cargos públicos, e que estão definidas segundo a Portaria nº 648/GM/MS (BRASIL. MS, 2006). Este mesmo documento veda a contratação temporária ou terceirizada de profissionais para execução destas atividades, autorizando o Poder Executivo Municipal a realizar processo seletivo público para preenchimento das vagas necessárias (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2008).

Prova da dificuldade na composição dos médicos nas equipes de saúde da família foi que os aprovados e convocados no referido concurso público não tomaram posse de seus cargos, mesmo diante de salários acima da média nacional (VARGAS, CAMPOS e VARGAS, 2016). A dificuldade em prover o médico, mesmo os já devidamente aprovados no concurso público municipal realizado, ficou registrado nas entrevistas com os gestores.

[...] Quanto retomamos (retorno da ESF, em 2011)⁴⁷, nós (Secretaria de Saúde de Campos dos Goytacazes) chamamos o pessoal do concurso e montamos três equipes... mas o que aconteceu: logo de início essas três equipes não se completaram, porque não tinha médico. O médico chamado não aceitou, e aí chamamos mais três para poder completar. Aí tem que seguir todo aquele trâmite burocrático, esperar trinta dias para o médico desistir [...] (G.C).

⁴⁷ De modo a facilitar a compreensão do leitor, em parêntesis e sem o recurso em *itálico* está a interpretação do autor, garantindo fluidez na leitura e na compreensão das falas, sem alteração do contexto. Aplica-se tal recurso a todos os discursos das entrevistas.

O entrevistado também ressalta, além da dificuldade de compor o médico na ESF, a demora temporal em se cumprir todo o trâmite processual que se refere desde a convocação até a aceitação ou desistência do profissional em assumir o cargo em questão. Como se fosse esse o motivo principal da demora em implantar equipes da ESF no município, ou ao menos, enfatizando que este procedimento fosse um obstáculo considerável e prejudicial a todo o processo de implantação da ESF no município.

O que se observa, no entanto, é que tais procedimentos são necessários e prescritos por lei, o que em nada desabona a responsabilidade na demora do município em homologar o resultado e a convocar os profissionais aprovados no concurso público, fato somente realizado após três anos do feito, em 2011, pelo prefeito interino, destituído pela justiça ao cargo de Presidente da Câmara Municipal e designado Prefeito Interino desta municipalidade, durante o afastamento da então prefeita e do vice-prefeito.

A convocação dos aprovados após três anos do certame, em muito prejudicou a adesão/aceitação dos profissionais aprovados, sobretudo os médicos – categoria de estimado *status* social e de elevado prestígio e valorização econômica no Brasil, que tem por consequência, não que seja o ideal para a condução de uma política pública efetiva, a atuação concomitante em diversos vínculos empregatícios, tendo como característica marcante da categoria a carga horária de trabalho flexibilizada e a alta rotatividade nos serviços públicos (MACHADO, 1997). O que se observa, na prática, é que três anos é muito tempo para que o profissional, em especial o médico, aguarde a homologação e aceite a convocação do referido concurso público, tendo em vista a valorização constante da referida categoria no país. Responsabilizar a precária e tardia reestruturação da ESF municipal, de forma integral ao profissional médico aprovado no concurso público por não aceitar a convocação, decorridos três anos do certame, não seria imparcial, cabendo as considerações apresentadas a respeito do dinamismo deste mercado de trabalho.

Outro ponto que pesou na não adesão do médico na ESF foi o fato de que a gestão não pactuaria com a flexibilização dos horários de atendimento dos profissionais de saúde, exigindo o cumprimento total da carga horária prevista no certame, de quarenta horas semanais, o que confronta, segundo relato a seguir, com o adotado em tempos anteriores por outros gestores públicos municipais de saúde. Aqui, ressalta-se que o cumprimento da carga horária deve ser uma responsabilidade de qualquer servidor público, e que a criação de privilégios é inapropriada para a prestação efetiva de todo o serviço público, e que deveria ser combatida pelos gestores municipais.

[...] o cara (médico) fez o concurso passou e não quer, porque isso. É muito fácil de entender: [...] o PSF (atualmente denominado ESF) no modelo anterior que funcionou em Campos (na gestão anterior) [...] você (o médico) ia ganhar, na época, se eu não me engano R\$5.500,00 para trabalhar no PSF [...] para ir lá duas manhãs e fazer ambulatório [...] mas quando ele foi chamado no concurso que era para trabalhar 40 horas, ele não queria de jeito nenhum. Nem por dez. Então, o enfermeiro aderiu, o dentista aderiu, os agentes aderiram, todos vieram [...] Então, toda a equipe aderiu, mas o médico não [...] (G.C).

Essa dificuldade conjuntural contribuiu para que o município adequasse seus atendimentos a uma lógica estritamente ambulatorial: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) continuaram contando com atendimentos de médicos não atuantes na ESF - não inseridos às equipes, inviabilizando a formação das equipes de Saúde da Família. Neste interim, algumas ações municipais foram colocadas em prática, dentre elas o aumento substancial do salário deste profissional em específico, o que para os gestores ficou registrado e sacramentado o desinteresse deste profissional em aderir aos trabalhos da ESF, numa lógica da APS e, sobretudo no que concerne ao cumprimento da carga horária estabelecida: de quarenta horas semanais.

Na verdade houve como ferramenta para contratar o médico, um salário bom, ao meu ver, 15 mil reais [...] que seria o salário por contrato. Mas, mesmo oferecendo um bom salário, não teve adesão não. Então, pra cá foi fundamental (o PMM) [...] (G.A).

Tivemos muita dificuldade, porque durante muito tempo não conseguimos esse médico. Olha como essa coisa é curiosa: nós chegamos a oferecer na época (em 2011), durante algum tempo, 15 mil reais de salário ao médico [...] chegamos a fazer um cadastramento de todos os médicos da rede e oferecer a eles 15 mil reais, para trabalhar 40 horas, e nenhum dos médicos, quase mil, nenhum quis [...] (G.C).

Aqui cabe uma discussão, capaz de tornar ainda mais claro os motivos da não adesão do médico na ESF municipal. Como aponta Amoretti (2005), tanto os serviços de saúde, quanto a formação profissional direcionaram-se para o uso de equipamentos, técnicas e drogas modernas, consequência de um modelo hospitalocêntrico e que valoriza os conhecimentos especializados; o que para Brito (2014), sintetiza o desinteresse em ser médico de família ou em ser clínico geral.

Tal desinteresse em integrar uma equipe de saúde da família é apontado por Paim (2013) como fruto de uma deficiência na formação profissional que se torna responsável, não somente, mas de forma complementar, pela crise da saúde pública no país, “pois os cursos na área da saúde, sobretudo de medicina, não conseguem formar profissionais capazes de

compreender o SUS em toda a sua complexidade” (PAIM, 2013, p. 10). O SUS, segundo o autor, passou a ser um espaço desprestigiado, não apenas devido os seus problemas inerentes, mas também por “um juízo prévio por parte dos alunos e seus professores” (p. 11).

Este desinteresse em exercer a medicina como um todo - uma medicina generalista, e que tem no trabalho da ESF a sua maior representação na saúde pública brasileira, decorre de uma baixa sintonia entre as instituições formadoras e o SUS (TRINDADE e BATISTA, 2016), e pode até mesmo ser observado nos relatos dos gestores sobre a dificuldade de aceitação do profissional em atuar segundo seus princípios, no qual deveria ser preparado no decorrer da graduação:

E outra coisa, muitos queriam, mas: ‘Pediatria eu não faço’, ‘a Ginecologia, Deus me livre, não tenho nada com isso’. Então, eles não tinham a formação para trabalhar com a ESF. [...] nenhum quis, ninguém quis, porque ficou claro pra eles que eles iam ter que trabalhar as 40 horas e que eles iam atender essas especialidades da Atenção Básica. Então isso dificultou muito, e aí o que aconteceu: ficamos com várias equipes montadas, sem o médico [...] (G.C).

[...] o médico se especializou muito, tem muito especialista do especialista, e poucos deles tem perfil e se disponibilizam para trabalhar na Atenção Básica (APS). Então, diante disso, surgiu o Programa (PMM), acredito que o maior problema foi esse: a falta de médico para trabalhar com a Atenção Básica [...] (G.A).

A literatura demonstra que o interesse por parte dos médicos em trabalhar no SUS, especialmente nas periferias dos grandes centros e em municípios interioranos é pequeno (CECCIN e PINTO, 2005). Costa (2015), ao estudar a municipalização da saúde e a efetivação da APS por meio da implantação da ESF, observou uma maior dificuldade destas ações nos municípios de grande porte, acima de 100 mil habitantes, e nas metrópoles brasileiras, acima de 900 mil habitantes, realidade que pode ser adequada ao município de Campos dos Goytacazes.

Segundo o mesmo (COSTA, 2015), três são as perspectivas para o fato: (1) a focalização da ESF pelos gestores públicos em saúde nos grupos populacionais vulneráveis e com maior risco social, não sendo o serviço utilizado de forma universal por toda a população; (2) incentivos federais insuficientes para a expansão da ESF, o que pesa em maior grau nos municípios de maiores dimensões populacionais; e (3) limitação de gastos a partir de restrições legais, o que prejudica o crescimento das equipes de saúde da família, em especial nos municípios maiores, na maioria utilizados como referências regionais em serviços de maiores complexidades e que já tem por demais encarecidas suas despesas em saúde, dificultando assim a contratação, sobretudo de médicos para atuarem nas ESF. Esta falha na

APS, segundo o autor, tem influência na efetividade e na qualidade do SUS, na medida em que as grandes cidades e as metrópoles concentram a maioria da população brasileira e ficam, assim, desassistidas dos serviços públicos de saúde desta natureza.

Os desafios da expansão da ESF em quatro municípios brasileiros de grande porte foram estudados por Mendonça *et al.* (2010). Como resultado final, os autores apontaram alguns aspectos que devem ser valorizados para a efetivação da ESF: (1) centralidade da gestão do trabalho e investimento nos processos de qualificação, como prioridades da gestão; (2) estratégias de educação permanente que privilegie o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem; (3) existência de quadro permanente de profissionais selecionados por meio de Concurso Público; e (4) a implantação de um sistema de remuneração diferenciada, que incentive o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade. Como nó crítico à ESF, os autores relataram a dificuldade de adesão das categorias médica e de enfermagem ao modelo assistencial que orienta a ESF (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Ao descrever a situação de carência de médicos atuantes na ESF no município de Jandira/SP, Gusso (2017) relata situações muito semelhantes ao notificado em Campos dos Goytacazes, e que merece ser trazido para o conhecimento do leitor. Segundo o autor, antes do PMM, o município contava com UBS nos moldes da ESF, apenas diferenciado desta pela falta de médicos que desempenhassem as quarenta horas semanais, o que prejudicava em muito as atividades deste modelo de saúde:

Havia pediatras, ginecologistas e clínicos que cumpriam cargas horárias variadas e com a função exclusiva de atendimento, ou seja, quase não se fazia visita domiciliar, reuniões de equipe ou outras atividades próprias da ESF. Embora tivessem equipes desenhadas, faltavam os profissionais médicos para compô-las e motivar a reestruturação da rede [...] os médicos atuavam no modelo antigo de cumprir a produtividade do dia com uma jornada parcial em diferentes unidades de saúde [...] (GUSSO, 2017, p. 03).

Trazendo tais reflexões para a realidade de Campos dos Goytacazes, município de grande porte populacional e que atua como referência regional a diversos serviços de saúde (LYRA, 2011), pode-se, a partir de dados oficiais referentes ao cadastro dos profissionais de saúde que atuam no município, o CNES, demonstrar o desinteresse do profissional médico em atuar no município como médico generalista ou mesmo como especialista em Medicina da Família e Comunidade.

Dados de 2016, mas que permitem uma visão muito próxima do quadro atual, por se tratar de cadastro dos profissionais de saúde atuantes na rede pública ou privada municipal, demonstram que há 1.832 médicos registrados, o que pressupõe a distribuição de 3,78

médicos por mil habitantes, tendo como base populacional a estimativa do Tribunal de Contas da União (TCU) para o ano, de 483.970 habitantes. Vale ressaltar que a obtenção deste número, de 3,78 médicos por mil habitantes, segue o mesmo raciocínio matemático adotado pelo GF para justificar a implantação do PMM.

Com o objetivo de alcançar a distribuição de 2,7 médicos por mil habitantes, distante dos 1,8, registrado no país em 2013, o PMM chegou a contar com mais de 18 mil profissionais de diversas nacionalidades, presentes em 4.058 cidades (73% dos municípios brasileiros), e em todos os 34 Distritos Indígenas, atingindo 63 milhões de brasileiros no ano de 2016 (BRASIL, 2016). Vale ressaltar que este parâmetro numérico utilizado, de 2,7 médicos por mil habitantes, apesar de muito questionado, visa igualar ao mesmo índice de distribuição do Reino Unido, referência em saúde pública de caráter universal; e que esse valor só seria possível no ano de 2035, caso o GF não implantasse o PMM (SOUZA e MENDONÇA, 2014).

Analisando este número isoladamente, no município de Campos dos Goytacazes, pode-se afirmar que tal distribuição supera a média nacional, não caracterizando deficiência do profissional médico no município. De forma a acalurar a discussão, tal número supera até mesmo as outras profissões de saúde que compõem a ESF, sejam o Enfermeiro (709 profissionais cadastrados, o que condiz a 1,46 profissionais por mil habitantes) e o Cirurgião-dentista (673 profissionais cadastrados, perfazendo 1,39 profissionais por mil habitantes).

Segundo Schanaider (2014), não se pode pautar a crise na saúde pública nacional apenas na falta de médicos no país, o que pode ser contestado por países com indicadores de saúde superiores ao Brasil e que possuem menor quantidade de médicos por mil habitantes, como exemplo o Japão (01 médico a cada mil habitantes). No caminho inverso, o autor cita o Azerbaijão e o Cazaquistão, atingindo 3,4 médicos por mil habitantes. Logo, há que se ter cautela ao afirmar a necessidade do PMM em apenas elevar a quantidade de médicos no Brasil.

Logo, retornando a análise da questão local, o problema não está no número absoluto, mas sim nos profissionais disponíveis a atuar na APS, sobretudo na ESF. Neste ponto, utilizando da mesma ferramenta de informação, o CNES, tem-se a possibilidade de analisar os profissionais segundo suas especialidades clínicas, sendo considerado “Médico Generalista” o profissional que não possui, ou que não se enquadra nas especialidades médicas disponíveis no sistema de informação do MS. Assim, apenas 18 profissionais estão cadastrados como “Médico Generalista” e/ou como “Médico da Estratégia de Saúde da Família”, um número muito aquém quando comparado ao registro a algumas especialidades: “Médico Pediatra”

(235 profissionais), “Médico Ginecologista e Obstetra” (137), “Médico em Medicina Intensiva” (94), “Médico Cardiologista” (93) e “Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem” (75 profissionais cadastrados) (BRASIL. CNES, 2017).

Estudos baseados em análises qualitativas também demonstram a dificuldade de municípios de pequeno porte em prover e fixar médicos na APS, e que poderiam, num primeiro momento, até mesmo conflitar com o demonstrado acima no que tange à dificuldade em prover este profissional na ESF de Campos dos Goytacazes. Girardi *et al.* (2011), por exemplo, concluiu que quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e de precárias condições social, econômica e sanitária a região e o município, maior é a necessidade de médicos, maior é a escassez deste profissional, mais inflacionado é o seu mercado de trabalho e menor é a capacidade do município em atrair e fixar estes profissionais. O que pode amenizar o quadro relatado pelos autores, sem sombra de dúvidas, foi a possibilidade de adesão destes municípios ao PMMB, por se tratar de prioridades segundo os eixos normativos do programa (BRASIL. MS, 2013). Assim, municípios de pequeno porte e que até então tinham dificuldades em prover médicos para a APS, eram tidos como prioridade.

Como demonstrado por Costa (2015), ao avaliar os fatores prejudiciais a um município de grande porte populacional em prover e em fixar o médico atuando na ESF; e por Girardi *et al.* (2011), ao demonstrar os mesmos efeitos pautados em diferentes causas quando se trata de municípios de menor porte populacional, o que fica de fato é que, independente da dimensão do município e de seu poder econômico e político no cenário nacional, a falta de médicos na ESF está presente, cada qual a sua maneira.

Contudo, o que se nota é que algumas medidas foram tomadas no município estudado a fim de prover e de fixar o profissional médico na ESF, mas que, talvez devido ao extenso lapso temporal entre a realização do concurso e a efetiva convocação destes profissionais médicos, associados à falta de qualificação técnica e vocacional destes em atuarem dentro do que o modelo de APS propõe, contribuíram negativamente para que o processo de reorganização da ESF ocorresse de forma efetiva, corroborado pela elevada extensão territorial do município e a sua numerosa população, indo ao encontro de Costa (2015).

Como se observa, a dificuldade em estruturar a APS, sobretudo com o provimento e a fixação do médico conforme suas devidas atribuições, não se trata de uma particularidade de Campos dos Goytacazes. As peculiaridades locais estão restritas às desenvolturas históricas apresentadas, o que ao final acabam por confluir para uma situação de carência de médicos e que tem afetado de maneira geral todo o país. Segundo Santos, Costa e Girardi (2015): “O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de

justiça social” (p. 3547), e a falta de médico compondo a equipe de saúde da família tem limitado o trabalho de promoção da atenção integral à saúde da população brasileira. Tal fato ficou registrado nos relatos dos gestores, sobretudo a respeito da carência do profissional médico compondo, efetivamente, a equipe de saúde da família: a ESF – conseguido apenas com a adesão ao PMM.

[...] o Programa Mais Médicos veio dar a possibilidade da Saúde da Família que acaba potente por si por seus princípios, pela sua forma de organização, pela sua forma de trabalhar [...] estou querendo dizer que não se faz Saúde da Família sem eu ter a garantia de que eu vou ter médico [...] constituir uma equipe aonde nesta constituição, vamos dizer assim: ‘O médico é você’. Então você tem que participar [...] tem que estar todos os dias. Então isso veio a propiciar essa coisa de equipe. Porque antes do Mais Médicos poderia dizer que a ESF era a equipe sem médico. Uma dificuldade para conseguir que aquele horário do médico quisesse participar de uma reunião de equipe... que cansa, difícil... e hoje não [...] (G.B).

Com a finalidade principal de combater a carência de médicos atuantes na ESF, a fim de reduzir as desigualdades regionais quanto ao acesso aos serviços de saúde pública, o PMM foi instituído pela Lei Federal nº 12.871, de 2013 (BRASIL, 2013b). Segundo Campos (2015), o PMM tem como objetivo principal o provimento a fixação imediata do médico na APS, o que deve ser louvável diante da tamanha dificuldade desta ação em tempos anteriores, o que acabava na desistência de vários políticos, aqui compreendidos como gestores públicos, em instituir, incentivar e aperfeiçoar a Saúde da Família, se rendendo ao modelo especializado em maiores complexidades das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O processo de adesão e de implantação do PMMB, e, por consequência, de reestruturação da APS no município de Campos dos Goytacazes, que de certa forma tinha se rendido a tendência assistencialista e emergencial, teve no PMMB uma oportunidade de incentivo e de retorno da ESF local. Este ponto será agora analisado, ainda conforme os relatos dos gestores públicos de saúde, cabendo ressaltar que ficou explícito, nas entrevistas, a importância do PMM na reestruturação da APS, sobretudo na retomada da ESF municipal, sendo considerado um marco histórico na saúde pública local:

[...] a Saúde da Família, no meu entender, na minha vivência, tem um antes e pós Mais Médicos [...] Com certeza, a Saúde da Família, ou o retorno da Saúde da Família em Campos só foi possível com o Mais Médicos, e eu vou além: não foi só em Campos não [...] (G.B).

De posse dos relatos, cabe ao momento contextualizá-los com dados municipais disponíveis no sistema *online* de informação em saúde do Departamento da Atenção Básica (DAB), órgão do MS responsável por, dentre outras atribuições: (a) estabelecer as diretrizes

nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e dos profissionais da Atenção Básica; (b) desenvolver estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; e (c) prestar cooperação técnica a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização, qualificação e de consolidação da Atenção Básica (BRASIL. MS, 2012).

Tomando como lapso temporal o ano da destituição da ESF no município, ou seja: 2008, até a presente data da análise: agosto de 2017; observa-se, e ao mesmo tempo quantifica-se, o quanto o PMM foi importante para a reestruturação da APS municipal, representado pela formação de equipes da ESF. No primeiro momento, antes da paralisação por meio da determinação judicial e a consequente provocação judicial à contratação dos profissionais apenas via Concurso Público, o município possuía 32 equipes cadastradas como ESF, segundo o CNES (BRASIL. CNES, 2017b). Extinto o programa, até que a questão judicial fosse integralmente resolvida, o município não registrou sequer uma equipe de saúde da família entre os anos de 2010 a 2013, restabelecendo, a partir do segundo semestre de 2013, e por consequência do PMM, 11 equipes implantadas. Atualmente, são 16 equipes cadastradas, sendo todas implantadas devido a provisão de médicos pelo PMMB (BRASIL. CNES, 2017).

Diversos são os estudos que demonstram a contribuição do PMM na organização da APS, sobretudo partindo da necessidade latente de médicos para comporem as equipes de saúde da família (TRINDADE e BATISTA, 2016). Sabendo que a ESF é um importante agente de igualdade em saúde, e que seu aumento na cobertura de abrangência é um ponto positivo por todo o país (MALTA *et al.*, 2016), pode-se adicionar mais um predicativo à vinda destes profissionais médicos, independente da sua nacionalidade.

Logo, o fortalecimento da APS nos municípios brasileiros, sobretudo em regiões de grande porte populacional, com a implantação do PMM é um fato inquestionável, independente da região estudada e/ou dos métodos analíticos adotados. De maneira sucinta, trabalhos com resultados positivos associando a APS (ou ABS), ao PMM, foram descritos nos municípios do estado do Mato Grosso (MOTA e BARROS, 2016), na região metropolitana de Porto Alegre/RS (MENDONÇA; DIERKS E KOPITTKKE, 2016), na área rural de Porto Velho/RO (SANTOS, SOUZA e CARDOSO, 2016), e até mesmo em municípios representantes das cinco regiões brasileiras (COMES *et al.*, 2016a). Em contrapartida, Carrer *et al.* (2016) chamam atenção para a necessidade de se avaliar constantemente os serviços de saúde, visando identificar, nas práticas cotidianas, os processos “que necessitam de

reafirmação ou reformulação para o fortalecimento da APS” (p. 2858), e que para tal necessita-se da participação conjunta dos profissionais de saúde, dos gestores e dos usuários, e não apenas da existência física do médico.

Assim, cabe reafirmar que o PMM foi sim um propulsor da APS no Brasil, tendo suas particularidades reservadas a cada região e a cada município. No que se refere ao município estudado ficou notório o progresso das equipes de ESF, o que pressupõe um ganho em acesso, em qualidade e em resolutividade nos serviços de saúde oferecidos à população coberta pelas equipes de saúde formadas, e que tem, no médico do PMM, um referencial de profissional de saúde, assim como os outros que compõem a equipe. De forma semelhante ao que ocorreu por todo o Brasil, alguns conflitos locais permearam o início do Programa no município, resultando numa desconfiança no profissional do Programa:

[...] tinha uma desconfiança grande da população por conta dos médicos cubanos [...] Então, quando chegou o primeiro médico, todos estes questionamentos: a mídia tentando jogar a sociedade da medicina contra, não só em Campos, no Brasil todo [...] que eles não eram médicos, e falando que não sabiam receitar, enfim, que não iam resolver o problema [...] (G.C).

[...] desde o início tiveram muitas polêmicas. Todo programa, sempre vai ter polêmica. Tem sempre um grupo que vai ficar contra. [...] mas quando agente vê essa questão de adesão, que agente vai ver o resultado da adesão, dos editais que saem,..., agente vê que tem muito médico também nos outros municípios. Então não é só aqui que está funcionando, está funcionando nos outros lugares também [...] (G.A).

Essa desconfiança na atuação do profissional pertencente ao PMM, em especial no médico estrangeiro, no cubano, disseminou de forma intensa nos meios de comunicação ao longo dos primeiros anos do programa. O que cabe ao ponto é pontuar que alguns argumentos, favoráveis ou não, podem corresponder a um ato de interesse político, e até mesmo além dos posicionamentos político-partidários, e que se propagam sem a devida reflexão crítica.

Assim, a política social em foco alcança discursos variados nas mídias, podendo servir positiva ou negativamente a um ou mais propósitos. No trabalho de Caetano, Vargas e Moura (2017), ao realizarem a análise dos discursos de noticiários do *Google* na semana em que o Programa completara dois e três anos de implantação, respectivamente, verificaram que: (a) o cunho político a respeito do PMM foi arrefecendo nos períodos analisados; (b) que há superficialidade nos posicionamentos, contra ou a favor do programa; (c) que a adesão de médicos brasileiros no programa foi relevante e crescente com o tempo; e (d) que há uma carência de reportagens que contemple as populações beneficiadas pelo PMM – estes que são

os verdadeiros beneficiadores da política. Contudo, concluíram que, apesar da necessidade de estudos a longo prazo sobre o tema, o discurso sobre o PMM está se consolidando para a aceitação deste como política social.

[...] num primeiro momento Campos recebeu um médico. Dos 92 municípios do estado, nem dez aderiram (ao PMM). Porque tinham uma grande resistência do PMM, do médico cubano, os gestores, a população, a mídia: que o médico cubano não era médico, que não tinha formação [...] (G.C).

[...] agora no início, quando eles chegaram, agente ouvia de outros médicos total recusa: “Não, não pode”, médicos mesmo falando: absurdo cubano vir pra cá, porque eles não sabem de nada. Já ouvi coisas horríveis. Mas acho que o medo deles, medo de ter um médico bom chegando, sentiam um pouco ameaçados. Eu notei isso no início [...] (G.A).

[...] a um tempo atrás eu ouvi de um médico, que nem é cubano, é brasileiro, mas falando que ele sofre sim uma pressão da classe, dos outros médicos, e do próprio Conselho. Ele disse que ele sofre essa pressão sim, por ele ter optado pelo Programa e, de alguma forma ‘eles’ (o Conselho) tem pressionado ele, mas não é uma coisa muito exposta não, sabe [...] (G.A).

Deixando a parte os discursos, sabendo que estes não deveriam avançar muito no campo prático, o que realmente deve ser combatido são as ações que, por preconceito, por resistência ou até mesmo por desconhecimento, prejudicam toda a assistência dada pelos profissionais do Programa, vindo até mesmo a colocar em risco a vida dos usuários do sistema público de saúde.

[...] foi um caso que agente teve. A gestante ir para a maternidade, já sentindo dores, e o médico da maternidade mandou ela voltar. Aí ela foi de novo, isso indicada por um médico cubano do PMM, e ele mandou voltar. E nessa de ‘idas e vindas’, do médico da maternidade dizer: ‘vai e procura um médico de verdade para te atender’. E ela acabou, o fim não foi muito legal, a criança faleceu. Eu não lembro se a gestante também, mas acho que foi só a criança [...] Isso foi muito grave, e dizer que não é médico de verdade, sendo que ele estava fazendo tudo corretamente. Então agente consegue ver que tem uma certa resistência, preconceito [...]

 (G.A).

Sobre a adesão dos médicos brasileiros no PMM e no que tange à continuidade do mesmo em atuar como profissional da APS, ficou registrado nas entrevistas dos gestores a satisfação dos médicos brasileiros, manifestada, inclusive, na procura pela renovação do contrato por mais três anos, após findado o primeiro ciclo de trabalho. Segundo G.A “os médicos nosso de três anos, eles já falam, já despertaram o desejo de, depois se puder, renovar por mais três anos. E isso é muito legal [...]

 (G.A).

O que se observa é que inicialmente os profissionais brasileiros, na maioria incentivados a participarem do PMM apenas para adquirirem vantagens no ingresso de

programas de residência médica, aglutinando assim pontos para a realização de sua especialidade profissional, foram, por motivos variados, deixando de pensar desta maneira, e aceitando cada vez mais o trabalho de médico da família e que pode ser este um caminho a ser seguido na carreira profissional.

Tal fato pode ser notado na análise realizada no segundo capítulo a respeito dos motivos que levaram aos médicos brasileiros do PMMB a desistirem de continuar prestando serviços à ESF municipal. Na ocasião, ficou registrado que, dos sete profissionais brasileiros (CRM Brasil) que desistiram do PMM, apenas três foram por motivos de ingressar na residência, tendo continuado os outros a prestar seus serviços na APS, seja em outra ESF ou em outra modalidade de trabalho – que exija menor dedicação de horas trabalhadas.

[...] acho que ainda, e no geral é mesmo pra fazer, pra ter os 10% na residência, para uma bolsa boa... eu vejo que estamos ampliando o campo, o campo do desejo desses profissionais passarem a desejar: 'Eita, eu posso fazer isso, eu gosto de ser médico assim'. [...] isso é o mais importante do que tem que ser visto no Programa Mais Médicos [...] (G.B).

Quanto à alocação dos profissionais médicos nas unidades de saúde, os gestores foram unânimes em defender a causa de garantir e assegurar acesso aos serviços de saúde para os residentes nas áreas mais distantes do centro municipal. Partindo do princípio de que nenhuma das 68 UBS municipais (BRASIL. CNES, 2017) tinham a época, montadas equipes da ESF, preponderou o princípio da distância destas unidades à sede municipal, detentora esta dos principais serviços de saúde e que, na teoria, carece menos dos serviços públicos de saúde.

[...] acredito que tenha sido questão de localização, de distância. Pelo município ser muito extenso, então procuraram locais mais distantes, de menor acesso para contemplar com a Equipe de Saúde da Família, porque na verdade os cubanos, chegando aqui é que teve a reimplantação da Saúde da Família. [...] Então não era só: aonde vou colocar o médico cubano, era aonde nós vamos ter uma Equipe de Saúde da Família [...] (G.A).

[...] com o Mais Médicos, a possibilidade de formação de equipes completas de Saúde da Família, numa primeira etapa foram 11 equipes, nós tivemos a preocupação de fazer com que o cinturão fechasse e não abrisse, ou seja, que viesse do interior (áreas mais afastadas da região central) para dentro da cidade, por uma série de razões [...] nós tivemos prioridade em colocar em localidades rurais, mais distantes do centro da cidade. Algumas até com a população bem pequena [...] (G.B).

Atualmente, a época da análise, a ESF municipal está representada por 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e com um total de 23 médicos, todos atuantes pelo PMMB (BRASIL. CNES, 2017), o que há de registrar que em algumas unidades de saúde não

cadastradas como ESF possuem médico do PMMB atuando. Por serem os primeiros a chegarem, os “Cooperados” (médicos cubanos do PMMB) ocuparam, levando em consideração a prioridade estabelecida para escolha das unidades beneficiadas e que foram relatados pelos gestores (vide relatos acima), as localidades distantes do centro urbano.

Por motivo ético que cabe a qualquer pesquisa, respeitando os limites e as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de preservar a identificação da nacionalidade dos médicos do programa, e assim preservar sua identidade, não serão fornecidos maiores detalhes a respeito de tal fato.

De fato, a adesão municipal ao PMM não refletiu positivamente apenas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde dispensados às comunidades beneficiadas. Este ponto, inclusive, ficará restrito aos comentários dos entrevistados, sejam gestores, profissionais das equipes de saúde da família que trabalham junto com os médicos do Programa ou até mesmo dos próprios médicos do Programa, e que será ilustrado no decorrer de toda a análise. A não abordagem deste item de forma quantitativa - a melhoria de indicadores de saúde - se dá por alguns motivos, dentre o principal: o pouco tempo da implantação do programa a fim de obter resultados quantificáveis e confiáveis, e a cobertura incompleta da ESF por todo o município.

Sobre a questão da necessidade de ampliar a ESF municipal segundo seu aporte populacional, “cobrindo” assim os serviços da ESF por toda a sua extensão, Campos dos Goytacazes/RJ conta com apenas 16 equipes de saúde da família, o que lhe dá uma estimativa de cobertura assistencial de 55.200 pessoas, ou de 11,69% da sua população total (DAB, 2016). Os números acabam por traduzir uma retração no desenvolvimento de políticas de saúde nos últimos anos na área preventiva por parte do município estudado e, conseqüentemente, demonstram a necessidade da discussão acerca da melhoria das questões relacionadas ao acesso dos seus munícipes aos serviços de AB por meio da Saúde da Família.

Desta forma, o trabalho segue a linha conservadora no que se refere a dimensionar evoluções quantitativas de qualquer natureza como resultado do PMM, em especial quanto a melhorias de indicadores municipais de saúde, na perspectiva de um programa que teve sua implantação local a partir, efetivamente de 2014, e que ainda se dá de forma incipiente no quesito cobertura populacional. Linha esta também acompanhada por uma pesquisa com diversos centros de estudo no país (BRASIL, 2015), e que permite concluir, a nível nacional, que: (1) o PMM ampliou as equipes de ESF com funcionamento regular, (2) que houve um aumento da oferta de consultas médicas e de procedimentos coletivos realizados nas diferentes fases da vida do usuário, (3) que houve um aumento da adesão dos usuários às equipes de saúde, e (4) que reduziu as internações hospitalares relacionadas a problemas de

saúde como hipertensão e diabetes - mas que seria precipitado, e baseado em evidências não-científicas, associar a melhoria dos indicadores de saúde ao programa em questão.

Utilizando de Garcia Júnior (2017), pode-se resumir os efeitos do PMMM no Brasil assim: “percebe-se que o PMM exerceu, exerce e ainda pode exercer muitas interferências no SUS. Ainda serão necessários alguns anos para se ter uma profunda análise sobre seus impactos” (GARCIA JÚNIOR, 2017, p. 415).

Mas o que também deve ser encarado como positivo foi a aceitação do profissional médico brasileiro em aderir e a fazer parte deste programa. Segundo os gestores entrevistados, o aumento da procura dos médicos brasileiros em aderir a esta iniciativa, sobretudo para atuarem no município de Campos dos Goytacazes, pode ser traduzido como uma boa oportunidade de trabalho, desmistificando o que em anos anteriores e imediatos à implantação do PMM, era preterido e que ficou demonstrado com a adesão maciça de médicos estrangeiros. O fato é que, agora, o médico brasileiro encontra-se mais disposto a participar efetivamente da APS, em especial, de compor a ESF, fato demonstrado no aumento das inscrições destes profissionais em aderir aos editais de chamamento do PMM.

[...] foi a partir desse programa, Mais Médicos, que trouxe os cubanos, que agente começou a ter médico (brasileiro) nas Estratégias [...] e hoje você já vê assim: abriu novo ciclo do Mais Médicos, aí tá lá ‘Campos dos Goytacazes’ tem vinte vagas, aí tem 180 pretendentes. Brasileiros. Com certeza, os médicos falam entre si, então eles falam: lá (município de Campos dos Goytacazes) é interessante, a população é assim, o governo nos acolhe assim, a estrutura física das unidades é desta forma [...] (G.C).

[...] e isso (avinda de estrangeiros pelo PMM), de certa forma despertou mesmo, porque depois que os cubanos vieram, estou falando por Campos [...] os médicos (brasileiros) realmente se despertaram em se inscrever no programa. [...] por interesse, claro que não foi da noite para o dia. Uma pessoa que já tinha interesse, já tinha o perfil, já se interessava pela Atenção Básica e resolveu apostar e se inscreveu também [...] (G.A).

No entanto, o momento atual é de renovação destes profissionais cubanos por brasileiros, atendendo a expectativa de demonstrar ao profissional brasileiro que atuar na APS não se trata de desprestígio profissional, mas sim de uma vocação que deveria ser estimulada desde a graduação nos cursos de saúde no Brasil, e que vem a ser perseguido pela nova Diretriz Curricular Nacional (DCN) do curso de graduação de medicina (BRASIL. MEC, 2014b): fruto de um dos eixos do PMM (BRASIL. MS, 2013a). Esta remodelação dos profissionais médicos, como se fosse uma “troca” entre os cubanos por brasileiros, ficaram registrados nos relatos a seguir:

[...] independente de nacionalidades, eu não vejo problema nenhum de ter cubano ou não. Agora o momento [...] pra mim, prioritário, são a inserção

dos médicos brasileiros. E não é por questão de mercado não, [...] É porque essa rapaziada, porque são muito jovens (os médicos brasileiros), está sendo de extrema importância para a abertura desse campo de trabalho [...] (G.B).

[...] os brasileiros estão vindo e eu fico muito feliz porque estão começando a ver que a Atenção Básica é uma área da medicina que eles tem que conhecer, tem que trabalhar, que atender a população nas unidades básicas de saúde, fazer aquele trabalho de campo, de trabalho de diminuir... porque essas pessoas todas acabem vir para o hospital, acabem adoecendo com o passar dos anos, enfim, vindo, de maneira equivocada para os hospitais, quando podem ser tratados lá na sua região[...] Vieram médicos do Brasil, [...] Alguns deles de fora do estado do Rio, mas até mesmo de Campos veio muita gente. Então, antes quando oferecemos o salário de 15 mil pra eles, eles não quiseram, há quatro anos atrás. Agora com 10 mil eles vieram, estão todos satisfeitos e fazendo um bom trabalho [...] (G.C).

Sobre os pontos considerados positivos do PMMB, após os já demonstrados anteriormente, cabe ressaltar outros identificados pelos gestores. Sobre a condução dos trabalhos dos profissionais do PMMB, foi pontuado como positivo o fato da gestão local, Secretaria Municipal de Saúde, não ficar responsável integralmente pelas atividades desempenhadas pelos médicos, de forma que, sendo “guiados” por instituições mais centralizadas, via MS, além de padronizar a atuação destes profissionais, promove um afastamento de “pressões político-partidárias” que podem vir a interferir no processo de trabalho.

[...] o programa (PMM), ele disponibiliza os médicos e a ligação é com o Ministério. E isso dá uma certa tranquilidade pra gente trabalhar com esse médicos porque não tem influência direta municipal. Então isso alivia agente de certas pressões político-partidária, enfim [...] E isso pra gente foi ótimo. Então já tira, pelo menos da gestão, aquela pressão de ter que trabalhar preocupado, de repente, com alguma ordem direta, enfim, o contrato deles é com o Ministério e tudo é feito via Ministério [...] (G.A).

O curioso é que, em via oposta, a ligação do médico com o MS pode se tornar um ponto negativo, na medida em que o desligamento deste profissional segundo a vontade da gestão pública municipal de saúde, por não haver qualificação técnica, vocacional ou mesmo falta de identificação deste profissional com o serviço exigido pela APS, torna-se dificultosa e por muito burocrática.

[...] Ele (médico brasileiro do PMM) não estava preparado para atender as pessoas, ele não se sentia seguro, a população não se sentia seguro com ele, e nós tivemos uma dificuldade muito grande de tirar ele dali. O Ministério da Saúde exige que você tenha não sei quantas reclamações, que tenha entrevistas com a população, que tenha o relato de um monte de casos, e isso é muito delicado, porque a população do interior não vai trazer um relato dizendo que o médico [...] (G.C).

Sobre a qualidade dos médicos aderidos ao PMM, sejam brasileiros ou de outras nacionalidades, muito há que se levar em consideração. Desde a formação deste profissional, as condições de trabalho a eles impostas, o interesse do profissional em executar os trabalhos da melhor maneira possível, a maneira como o trabalho em equipe é desenvolvido, dentre outros. São alguns pontos a serem considerados, mas que serão aprofundados juntamente com os discursos dos profissionais de saúde.

De fato, o que propõe o trabalho é uma análise do PMM, especificamente do eixo PMMB, a partir das considerações dos agentes institucionais pertencentes à ESF de Campos dos Goytacazes/RJ, tendo nas práticas de saúde um foco na Política Nacional de Humanização. Logo, quanto às contribuições restritas aos gestores, pode-se concluir que: apesar de algumas ferramentas utilizadas pela gestão local no intuito de atrair o médico a atuar na APS, sobretudo na composição de equipes da ESF municipal, o PMMB teve uma contribuição fundamental na reestruturação da ESF, o que se deve ao mesmo toda a atual participação dos médicos nas equipes de Saúde da Família do município.

Em relação ao processo de implantação do PMM, algumas considerações: (a) que, assim como ocorreu por todo o país, especialmente nos primeiros anos de implantação do Programa, a adesão municipal ao PMM foi recebida com desconfiança, com preconceito, sobretudo com a presença dos médicos cubanos, fato que chegou a levar a perdas irreparáveis na saúde pública municipal; mas que, ao longo do tempo a mídia local, a comunidade, os profissionais de saúde e até mesmo os representantes da classe médica municipal se declinaram aos anseios e às perspectivas do PMM, tendo como consequência uma satisfatória aceitação de médicos brasileiros ao Programa, resultando em melhoria na saúde pública municipal nas localidades beneficiadas por estes médicos; (b) que a distribuição dos médicos do Programa, e, por consequência, a formação das equipes de Saúde da Família, se deu conforme a distância das unidades de saúde ao centro municipal, de forma a priorizar os serviços da ESF aos residentes em áreas mais afastadas da sede.

Sobre pontos positivos e negativos do PMM: (a) que, se por um lado o fato do PMM está atrelado a diretrizes e a supervisões ministeriais, o que é visto como um ponto positivo por desvincular possíveis pressões políticas internas ao andamento das atividades executadas pelos profissionais médicos, por outro, prejudica no “desligamento” de profissionais que não se enquadram ao perfil exigido pela APS, especialmente no desenvolvimento de atividades da ESF, (b) que os médicos cubanos não se disponibilizaram para renovar por mais três anos do PMM, o que em contrapartida foi notado esta vontade por alguns profissionais brasileiros, e que, para os gestores, o momento atual é mesmo de adesão maciça do médico brasileiro,

sabendo que é possível fazer um trabalho de qualidade na APS e de apossar este campo de trabalho, pouco explorado pelos médicos brasileiros em tempos anteriores ao Programa.

Muito ainda há o que analisar nas entrevistas com os gestores municipais, mas que será apresentado juntamente com os discursos dos profissionais de saúde e dos médicos do PMM, de forma a abordar conjuntamente os pontos de vista de cada agente institucional, e assim, fortalecendo e/ou desconstruindo alguns pontos de vista a cerca desta Política Social. Estes posicionamentos serão abordados na parte final do seguinte capítulo, após as considerações restritas aos profissionais de saúde e dos apontamentos dos médicos.

CAPÍTULO 5 – A DINÂMICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO

O trabalho no serviço público de saúde envolve sempre um encontro de saberes e fazeres de distintas competências profissionais, ou seja, um trabalho multiprofissional. O profissional médico, apenas, é incapaz de atuar de forma eficaz na saúde da comunidade envolvida (PEREIRA, RIVERA e ARTMANN, 2013), especialmente quando se trata da atuação na APS e numa perspectiva da ESF. Torna-se, portanto, inquestionável ouvir e estudar também os outros profissionais envolvidos na equipe da saúde da família, o que resultou na análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas realizadas nas próprias localidades de trabalho, e que ainda será precedido da análise das estruturas físicas das unidades de saúde. Certamente tais ações iluminarão a análise do PMMB municipal, quanto às práticas profissionais humanizadas em saúde disponibilizadas nos serviços básicos de Campos dos Goytacazes.

Uma análise geral de como estão estruturadas fisicamente as UBS selecionadas, portanto, tornar-se-á necessário, no que tange à ambiência, à disposição de insumos e equipamentos, pois tais quesitos estão diretamente envolvidos numa melhor resolutividade dos serviços disponibilizados, e também no que concerne à satisfação profissional em trabalhar e, assim, por consequência, produzir efeitos positivos em saúde, tendo o usuário como o principal beneficiado.

Para Caprara e Silva Franco (2006), melhorar a qualidade no atendimento, tendo preocupação ao processo de humanização dos cuidados em saúde, ultrapassa a formação acadêmica concedida aos futuros profissionais, cabendo também considerações a respeito dos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, como avanço nas estruturas físicas, nos recursos tecnológicos, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais mais efetivos. Esta gestão da saúde, em busca de melhores condições de trabalho é um grande desafio do SUS, que deve, segundo Paim (2009b), ser um caminho a ser seguido pela humanização dos cuidados, o que repercutirá na assistência em saúde ofertada ao usuário - ao que sintetiza como cuidar do cuidador.

5.1 UBSF - LOCAL DE ACOLHIMENTO?

Com a inclusão dos médicos do PMM, formaram-se as tão desejadas equipes de ESF do município a partir de novembro de 2013 e que tiveram sido extintas desde abril de 2008.

Tal fato, a implantação de equipes de Saúde da Família, possibilitou ao município a adesão a alguns outros programas federais de incentivo à APS, seja que abrangesse todo o município ou até mesmo apenas as unidades de saúde escolhidas a se tornarem ESF - a depender do programa em questão. O Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi relevante neste sentido e se deu em 2013, tendo pré-requisito para sua adesão a existência da equipe de saúde da família.

Implantado pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB induza ampliação do acesso e da melhoria da qualidade na Atenção Básica, por meio de processos contínuos de avaliação e atrelados ao recebimento de recursos federais segundo a qualificação de cada unidade de saúde avaliada (BRASIL, 2011a). Como um dos critérios de participação tem-se a existência de ao menos uma equipe de saúde da família completa, monitoradas pelo MS através do CNES.

É de espantar, especialmente aos conhecedores e apreciadores da gestão pública em saúde do Brasil, que o município de Campos dos Goytacazes, reconhecido por toda a importância econômica e política para a região Norte fluminense, só tenha passado a estar credenciado a participar de tal ferramenta de gestão da saúde no ano de 2014, com a chegada dos médicos do PMMB, na medida em que o primeiro profissional médico a chegar ocorreu no fim de 2013, época em que já tinha finalizado o período de adesão municipal ao primeiro ciclo do PMAQ-AB. Este atraso, que além de perdas de verbas públicas federais decorre em prejuízo na gestão e no desenvolvimento da ESF, ficou bem característico, sendo o último município do estado do Rio de Janeiro que possuía equipes cadastradas como ESF a aderir ao referido programa que, segundo Vargas, Campos e Vargas (2016), ocorreu no segundo ciclo e com a participação de apenas uma equipe de saúde, avançando no terceiro e atual ciclo, com todas as 11 equipes da ESF da modalidade Mais Médicos cadastradas à época.

Outro programa federal que possibilitou a construção, reforma ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sejam estas pertencentes ao modelo da ESF ou não, e que destinou recursos federais para serem aplicados nas unidades de saúde municipais, foi o “Programa Requalifica UBS”. Com o objetivo principal de promover condições adequadas para o trabalho em saúde e gerando melhor ambiência para o atendimento do usuário (BRASIL, 2011b), o Requalifica UBS foi implantado em 2011, ficando disponível aos municípios que quisessem aderir ao mesmo e que apresentassem os projetos de melhorias estruturais destes espaços.

Em 2013, foram destinados ao município o valor de R\$ 291.373,53; tendo um aumento substancial no ano seguinte, em 2014, alcançando o valor de R\$ 1.103.493,93. Já em

2015 foram disponibilizados R\$ 416.980,48, totalizando R\$ 1.811.847,80 durante estes três anos (FNS, 2017). De certa forma, a vinda de profissionais do PMM, se não determinou ao menos contribuiu para a participação municipal neste programa federal.

Incentivado pelo PMM, pelo PMAQ-AB e pelo Requalifica UBS, algumas unidades de saúde passaram por mudanças estruturais importantes e outras novas foram construídas, especialmente a partir de 2014. Entretanto, o que se nota, baseado na empiria e na pesquisa de campo realizada nas unidades pesquisadas, é que tais recursos, do PMAQ-AB e do Requalifica UBS, foram insuficientes ou se limitaram apenas aos recursos federais, mas que deveria caber ao município complementar este montante, ou mesmo suplementar os investimentos estruturais necessários. Os fatos evidenciados no trabalho de campo e relatados pelos entrevistados são preocupantes e põem em xeque a qualidade dos serviços de saúde dispensados pelos profissionais de saúde aos usuários, influenciando, sobremaneira, na humanização dos cuidados em saúde.

A maioria das UBSF visitadas possuem problemas de ambiência, mesmo algumas destas sendo reformadas há pouco tempo e “reformadas” para a implantação da ESF. No geral, as unidades de saúde visitadas são originariamente casas, que foram adaptadas aos espaços de saúde, o que prejudica toda a logística e a demanda de salas exigidas por uma unidade de saúde ideal – uma realidade próxima ao relatado por Marques (2003).

Árvores, flores, iluminação natural, ventilação adequada, cores diversas nos avisos, paredes pintadas adequadamente, enfim, detalhes que poderiam fazer uma grande diferença caso existissem nas edificações visitadas, mas que na realidade contrastam com o que se preconiza para a um ambiente saudável e acolhedor, que tenha capacidade de ofertar de um serviço de qualidade e que torne o usuário partícipe desta política promotora de saúde, e não apenas um mero expectador: paciente.

Observou-se, também, a falta de espaços coletivos, que deveriam ser utilizados como locais de dissipação de informações coletivas em saúde à comunidade, como a realização de palestras educativas, aconselhamentos em grupo, dentre outras atividades capazes de promover a integração equipe-usuário e a estimular a participação social da comunidade. Muitas destas ações são praticadas de maneira improvisada na garagem da unidade de saúde, a contar com condições climáticas favoráveis, ou por vezes realizadas em espaços fora da unidade de saúde: pátios de igrejas, de escolas, dentre outros. Também utilizando da empiria e da experiência como profissional de saúde, registra-se que estas atividades em locais improvisados acabam por descaracterizar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, além de não contar com a participação efetiva da comunidade, influenciada, sobretudo por

questionamentos religiosos quando a atividade é realizada em salões de igrejas, por exemplo, e afetando a adesão dos usuários às atividades.

Também ficou notória a falta de ambiência nos locais de atendimento, tais como consultórios, salas de curativo, salas de coleta de exames e dispensário de medicamentos. O preconizado nestes espaços é, seguindo as normas vigentes de biossegurança, utilizar de recursos visuais e organizacionais de forma a desconstruir o pesado e frio ambiente dos espaços de saúde de tempos remotos e que, de certa forma inibem, o vínculo entre profissionais e usuários do sistema de saúde. O que se observa é que tais espaços mantêm uma proximidade estrutural com os ambientes hospitalares, demonstrando um aspecto de tristeza, associado à doença, e que pode se traduzir em insegurança, estranheza e não familiaridade do usuário aos serviços de saúde, ao que deveria ser espaço de construção da saúde.

Aos espaços de circulação exclusiva dos profissionais também carece, na maioria das unidades visitadas, de melhoras estruturais. Banheiros, quando exclusivos dos profissionais de saúde, se encontraram danificados; cozinha em precárias condições e insatisfatória para a realização das refeições dos profissionais de forma adequada; acesso precário a água potável para consumo, tendo que em alguns dos casos o próprio profissional trazer de casa sua própria água para consumo. Quando se observou algumas melhorias pontuais, tais como forno micro-ondas e cafeteira, por exemplo, estavam associados a frutos de doações ou de investimentos realizados pelos próprios servidores.

Sobre as condições apresentadas nas unidades de saúde de saúde, há que se correlacionar a adequação dos espaços físicos e da estrutura à qualificação do processo de trabalho, o que pode, numa relação desfavorável, inibir, segundo Giovanella *et al.* (2016) a desenvoltura do trabalho em saúde, estimulando até mesmo a rotatividade e a não fixação e permanência de médicos na APS. A autora também concluiu a respeito da importância dos programas federais, dentre eles o PMM, o PMAQ-AB e o Requalifica UBS, em serem utilizados corretamente pelos gestores municipais, na medida em que a mesma reconhece que as condições de infraestrutura afetam diretamente a satisfação profissional e estão associados negativamente à rotatividade profissional, sobretudo do médico: categoria de reconhecido *status* social, que permite ao mesmo uma regulação por si só, caracterizada desde sempre por movimentos migratórios pautados na lógica da decisão orientada pelo mercado, independente e às vezes em oposição às orientações da política social: de atuar em regiões mais necessitadas de modo a promover a equidade social.

Logo, as condições estruturais encontradas nas unidades pesquisadas, somado à

carência de equipamentos e de insumos básicos, destacado nas entrevistas realizadas com os profissionais e que a seguir serão apresentadas, vão de encontro com os estudos de Soares Neto, Machado e Alves (2016), quando analisou o PMM e as estruturas das unidades de saúde em que estes profissionais atuam e os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios brasileiros. Para os autores, os municípios possuem uma relação direta entre as estruturas físicas das unidades de saúde, dentro do contexto em que atuam os médicos do PMM e seu IDH, estando os piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste do Brasil – o que não deveria ser a realidade do município em destaque.

Por fim, para esta seção, a ambiência possui destaque no HumanizaSUS, devendo sempre ser afirmada e incentivada na construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL. MS, 2008). Avançando, relatos e análise dos discursos dos profissionais de saúde.

5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A estruturação das análises dos relatos conforme prometido no capítulo anterior se fundamenta num mero recurso didático, com o intuito apenas de organizar os conteúdos e de possibilitar a tomada de conclusões, quando possível, segundo as categorias analisadas. De forma alguma se apresenta como uma estrutura rígida, o que permite, a todo o tempo oportuno, o conflito ou a corroboração de “falas” entre agentes de distintas áreas, por exemplo. Tanto que, de forma a dinamizar alguns processos de análise, as temáticas em comum serão apresentadas e debatidas em conjunto, com a contribuição dos agentes envolvidos pertinentes – que será aqui apresentado na terceira seção.

Dos profissionais de saúde entrevistados, por motivos já descritos no percurso metodológico, serão abordados, além do Médico, os que ocupam o cargo de Enfermeiro e de Cirurgião-dentista nas unidades de saúde pré-selecionadas. Ratificando mais uma vez as escolhas, o mesmo foi explicado na introdução, não se trata de desprezo aos outros profissionais, mas sim de critérios técnicos adotados à pesquisa, dentre estes o fato destes profissionais selecionados possuírem graduação específica a sua área de atuação, permitindo algumas considerações a respeito da formação profissional de cada categoria. Também pesou o fato destes participarem mais ativamente na condução dos trabalhos da ESF, na tomada de decisões, no atendimento clínico da população assistida, e na participação conjunta em cursos

e capacitações disponibilizadas pela gestão municipal. De certa forma, constrói-se, com o Enfermeiro, o Cirurgião-dentista e o Médico da ESF, uma relação horizontal de conhecimento e de compartilhamento de experiências, guardando os seguintes campos de atuação de cada categoria.

Outro ponto relevante sobre a decisão de não entrevistar os outros profissionais que compõem a ESF, pauta-se no fato de que tais profissionais têm como exigência legal a formação em nível técnico, nível médio, ou mesmo fundamental, e que na maioria dos casos, e aqui impera mais uma vez a empiria do autor, estes até mesmo já possuem uma formação secundária, ou se não, pretendem no futuro próximo seguir um outro caminho profissional – o que, aos olhos do autor, poderia “contaminar” os relatos com a utilização de conhecimentos ou de vivências além da exigida para exercer o trabalho em questão.

Também pesa o fato de serem muitos, em quantidade, o que dificultaria o processo de escolha dos que seriam entrevistados; além do fato de, na grande maioria das vezes não serem os tomadores de decisões na unidade de saúde, ficando, infelizmente, subjugados aos profissionais que possuem nível superior.

Especificamente em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o motivo de não trabalhar com este público se pautou em dois outros principais pontos: (1) devido ao grande quantitativo de profissionais, o que seria necessário à tomada de critérios técnicos para a seleção dos entrevistados; e (2) devido à aproximação excessiva, mesmo que seja ideal ao trabalho da APS, deste profissional para com a comunidade na qual trabalha, devendo até mesmo fazer parte da mesma, mas que poderia, de certa forma, influenciar na entrevista e na análise dos dados propostos, na medida em que esta categoria poderia utilizar-se de circunstâncias pessoais e/ou familiares na emissão de opiniões.

Contudo, os profissionais de saúde que participaram das entrevistas foram o Enfermeiro, o Cirurgião-dentista e o Médico das unidades devidamente pré-selecionadas. Este último será analisado a parte, por conter maior riqueza de detalhes, o que necessita de uma seção específica. De modo a sistematizar a apresentação das entrevistas com o profissional Enfermeiro e o Cirurgião-dentista, o que será apresentado a seguir, optou-se em denominá-los apenas de “profissionais de saúde”, tendo todas as considerações feitas anteriormente, e que de forma alguma exclui desta alçada, sem demérito ou preconceito, aos demais integrantes da equipe de saúde da família e que aqui não serão entrevistados.

As análises dos relatos destes profissionais serão realizadas numa mesma sessão, o que vem a seguir. Conforme ocorreu com os gestores, algumas considerações serão apresentadas futuramente, na medida em que estas carecem das contribuições conjuntas dos outros

entrevistados, no caso dos gestores e dos médicos. Optou-se em discriminar os autores dos relatos por números precedidos de letras, que simbolizam a profissão do trabalhador, segundo as unidades de saúde pré-selecionadas. Logo, a todo o Enfermeiro será adotado a letra “E”, ao Cirurgião-dentista a letra “D”, e ao médico a letra “M”. Já os números, que identificam as UBSF, seguem o Quadro 02 (página 30), apresentado na introdução do trabalho. Resumidamente, números iguais representam profissionais que atuam numa mesma equipe.

Conforme o método utilizado para a seleção das UBSF do município a participarem do estudo, 06 foram as unidades pré-selecionadas, tendo as justificativas devidamente descritas na introdução da pesquisa. Ocorre que, ao partir para o estudo de campo, e durante a realização das entrevistas com os gestores, ficou registrado pelos mesmos que 02 destas unidades pré-selecionadas não mais faziam parte da ESF, por motivo de: substituição de profissionais de saúde, sobretudo com a ida do médico para outra UBS (caso da UBSF 03), e, por iniciativa estrita da própria gestão, de que uma localidade não deveria permanecer com os moldes de ESF (caso da UBSF 06). Desta forma, estes dois estabelecimentos foram excluídos da pesquisa, de forma a manter os princípios de exclusão inicialmente estabelecidos preservados. Contudo, o quadro atual das UBSF que participaram do estudo em questão segue a seguir (Quadro 09):

Quadro 09 – Correspondência numérica das UBSF “habilitadas” após entrevista com os gestores				
UBSF habilitadas	Número representativo da UBSF	Médico da ESF	Cirurgião-dentista da ESF	Enfermeiro da ESF
UBSF C	1	M1	D1	E1
UBSF H	2	M2	D2	E2
UBSF I	3	Excluída por deslocar o médico do PMMB para outra UBS		
UBSF L	4	M4	D4	E4
UBSF N	5	M5	D5	E5
UBSF P	6	Excluída por não atuar como ESF após mudanças estruturais		
Fonte: Elaboração própria.				

5.2.1 Enfermeiro e Cirurgião-dentista

O apresentado a seguir é fruto das entrevistas com os “profissionais de saúde”- Enfermeiro e Cirurgião-dentista, que atuam na ESF de Campos dos Goytacazes e foram selecionados, seguindo os critérios técnicos de inclusão e de exclusão já apresentados. De

antemão, fica registrado a pronta aceitação de todos os convidados a participarem do trabalho, fazendo de livre e espontânea vontade e tendo assinado, como exigência ética o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em relação à origem dos “profissionais de saúde”, todos são provenientes de distantes e de distintas localidades, que não do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Tendo representantes da região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, do estado do Espírito Santo e da Bahia – o que caracteriza diversidade das escolas de ensino à saúde, tal fato pode estar associado à realização do concurso público, em 2008, dando também oportunidade aos profissionais de outras cidades e estados a trabalharem nesta municipalidade, num intercâmbio de saberes e de vivências - o que só tem a engrandecer o trabalho coletivo de saúde disponibilizado, mas que em tempos passados não era possível devido à prestação dos serviços por contratos sem o devido processo seletivo. Certamente, corroborou para a vinda de profissionais de outras regiões o salário atrativo publicado no edital à época do certame.

Sou enfermeira, formei (cidade localizada no estado do Espírito Santo), fiz o concurso daqui em 2008. Aqui eu já estou, vai fazer sete anos [...] antes de vim pra cá eu era funcionária do município (município localizado no interior do ES) [...] (E.4).

Sou dentista, me formei na UFES, Universidade Federal do Espírito Santo, há (mais de dez anos), [...] já fui funcionária da prefeitura de Vitória e da prefeitura de Vila Velha (no estado do Espírito Santo) [...] (D.5).

A formação complementar dos profissionais de saúde, na grande maioria, são voltadas à saúde pública e coletiva, tendo muitos relatados haver experiências prévias na ESF, o que também pode estar correlacionado ao processo público de seleção realizado em 2008, que contou com alto nível de concorrência, sendo capaz de selecionar, relativizando toda a discussão de o processo seletivo ser realizado apenas por meio de prova técnica, profissionais que se aproximem do perfil exigido. O que pode corroborar com tal achado é a dedicação destes profissionais entrevistados, na maioria absoluta, exclusiva ao serviço público, ou seja, não atuando na rede privada de saúde: consultórios odontológicos e/ou hospitais privados, por exemplo.

A atuação dos profissionais de saúde em diversos locais de trabalho, apesar de garantido por lei a atuação em até dois empregos, desde que haja compatibilidade dos mesmos (BRASIL, 1988, Art.37, inciso XVI), sobretudo atuando em estabelecimentos de natureza pública e/ou privada, pode ganhar no relato apresentado uma conotação de não identificação do profissional a um dos serviços, o que pode o preterido trabalho ter o objetivo de apenas complementar o ganho financeiro do profissional. Desta forma, torna-se natural pensar que o

emprego encarado como complementar não tenha uma identificação com o profissional, sendo prejudicado o desenvolvimento das atividades propostas.

Questionado sobre o conhecimento do PMM, alguns profissionais entrevistados relataram desconhecer a essência do programa, apesar de relacionar o mesmo à melhoria da APS, ao garantir resolutividade dos principais problemas de saúde na comunidade.

Sobre o Programa (PMM) eu nunca li. Desconheço o conteúdo do “porquê” e do “para quê”. Minha opinião é que é para melhorar o atendimento à população e retirar um pouco de dentro dos hospitais os atendimentos que podem ser tratados na comunidade [...] (E.1).

Outros já compreendiam, como objetivo principal e imediato do Programa, o provimento e a fixação de médicos em regiões carentes deste recurso humano – o que representa o PMMB, não tendo sido relatado os outros eixos estruturantes do Programa, tais como reforma estruturais das unidades de saúde, reforma educacional no ensino médico e abertura de vagas na graduação e na residência para a carreira médica. Também ficou claro nos relatos a vinculação do PMM à contratação apenas de médicos de origem cubana, o que no início da iniciativa federal parecia ser uma verdade absoluta devido a não aceitação do médico brasileiro em aderir a esta iniciativa.

No meu entendimento é na dificuldade de fixação do profissional médico em algumas unidades de difícil acesso. E aí, como a maioria dos profissionais brasileiros, a maioria se interessa em ficar em cidades maiores, em grandes centros, o governo, no meu entender, contratou os profissionais “de fora”, na tentativa também de atrair o brasileiro, porque essa briga de mercado acabou atraindo estes profissionais brasileiros [...] (E.4).

Das equipes de saúde pesquisadas, no total de quatro unidades da ESF, apenas uma era formada por médico brasileiro, o chamado “CRM Brasil”. Portanto, mesmo não sendo objetivo primário do trabalho em questão, os relatos direcionam para o comportamento, o processo de trabalho e as considerações predominantemente a partir das considerações do médico cubano, os ditos “Cooperados”. Logo, de forma a não identificar qual unidade era a formada pelo médico brasileiro, não serão utilizados os relatos que porventura possam associar a entrevista deste profissional a sua nacionalidade brasileira, o que possibilitaria a identificação do estabelecimento de saúde em que o mesmo atua, e, posteriormente, a identificação do profissional médico em questão. A mesma preocupação não será necessária aos profissionais cubanos, em maior número.

Sobre os posicionamentos pessoais dos profissionais de saúde quanto ao PMM, ainda numa perspectiva da política federal, a maioria absoluta é favorável à contratação de médicos para atuar em regiões em que não se conseguia fixar este profissional por quarenta horas

semanais exercendo o papel que cabe a um membro da equipe da ESF. Numa perspectiva local, do município de Campos dos Goytacazes, o programa foi avaliado positivamente, sempre justificado nas mudanças ocorridas após a vinda dos médicos diante do cenário que antes existia nas unidades de saúde:

Achei ótimo [...] Apesar de Campos ser uma grande cidade, tem uma área rural intensa, grande, imensa, com a população carente, [...] os médicos 'daqui' (os servidores de Campos dos Goytacazes) não se afastam do centro da cidade. Não querem (trabalhar nestes locais de difícil acesso) [...] eu costumo dizer que eles chegam de costas. Eles não querem cumprir carga horária. (E.1).

[...] Apesar de estarmos a 40 km do centro de Campos [...] o profissional médico vinha aqui uma vez por semana e por meio expediente. Médico, agora, a semana inteira [...] atendendo a população na demanda que aparecer. Então a comunidade tem só a ganhar. (D.2).

A mudança no processo de trabalho também ficou caracterizada nos relatos dos profissionais que atuam conjuntamente com os médicos cubanos, adquirindo as práticas de saúde um *status* de mais humanizada, mais resolutiva e mais próxima do que propõe a APS:

[...] estou falando do cubano [...] a própria comunidade agradece muito, porque eles nunca tiveram esse tipo de atenção médica, até mesmo pelo perfil profissional deles é diferente do nosso (brasileiro) [...] a nossa linha é meio mecanizada, eu acho [...] (D.2).

[...] eu só trabalhei com cubano, aqui [...] O que eu posso perceber em comum, em todos eles que eu trabalhei, é a vontade que eles têm de atender o paciente. A atenção que eles dão [...] ainda não trabalhei com brasileiro pra fazer comparação. (D.4).

[...] não tenho experiência negativa com o 'Mais Médico' [...] de repente possa ter alguma equipe que possa ter [...] o médico é competantíssimo como profissional [...] mas na minha unidade de saúde o profissional é muito competente [...] (D.5).

O que também ficou evidenciado, sobretudo na fala do profissional a seguir (E.4), foi a questão do vínculo estabelecido entre o médico cubano e os usuários da sua respectiva comunidade (UBSF 4), tendo esta relação sólida e positiva estabelecida entre o usuário e o profissional, e que pode ser compreendida e difundida para uma relação positiva entre usuário-equipe ESF, o que parece ter sido comprometido com a ida em definitivo do médico para Cuba, findado se tempo de contrato de três anos e que foram atuados desde sempre nesta mesma unidade de saúde.

[...] a comunidade está de luto com a ida do médico pra Cuba (tinha ido há vinte dias) [...] o vínculo que ele tinha aqui era muito forte. No final de semana ele passava aqui. Sábado e domingo, de conviver, de ir nas casas, de almoçar nas casa de cada um durante a semana [...] (E.4).

O vínculo em saúde, que para Starfield (2002) provem da longitudinalidade do uso do serviço ao longo do tempo e da cooperação mútua entre profissionais e usuários, resultante também da relação de confiança estabelecida nas relações entre pessoas (Trad, 2006), deve estar dissociado coletivamente entre equipes/serviços e trabalhador/equipes/usuários, permitindo trocas solidárias, o que constitui uma das diretrizes do HumanizaSUS (BRASIL, 2008). Desta forma, o vínculo torna-se uma efetiva ferramenta para o sucesso dos trabalhos coletivos em saúde, sobretudo os pertencentes à ESF e que devem estar pautado numa relação horizontalizada de conhecimentos e de práticas entre a equipe de saúde. Esta horizontalidade ficou demonstrada a seguir:

[...] eu acho que eu nunca tive tanto contato com o trabalho do médico como estou tendo agora. Porque a gente fica trocando de paciente, conversa sobre pacientes [...] e em nível de igualdade [...] Eu sempre vi um distanciamento do médico com a gente (Cirurgião-dentista) e com o Enfermeiro [...] Engrandeceu demais o meu trabalho porque agente conversa de igual pra igual, senta, relata sobre os pacientes, ela vem me perguntar coisas da odontologia, eu troco informação com ela da medicina [...] então, só acrescentou o trabalho da gente, assim, absurdamente [...] (D.2).

Para Teixeira (2005), é na relação de confiança e no fortalecimento do vínculo que se constrói a afetividade, num estágio de “zona de comunidade”, em que o que um precisa e o que o outro tem a oferecer. Entre os profissionais de saúde das equipes de ESF pesquisadas, o que ficou demonstrado foi um fortalecimento das práticas de saúde devido ao compartilhamento das atividades diárias das unidades entre os componentes da equipe de saúde da família, inclusive o médico, chegando a gerar estranheza a qualquer profissional de saúde que já tenha tido experiência em Saúde da Família em épocas anteriores ao PMMB.

No início eles ficaram meio assim... (sinal de desanimado) mas o brasileiro tem um lado acolhedor, então agente criou um laço de amizade. [...] é muito bom... a gente come junto, a gente rir junto, conta piada junto... Totalmente elitizado, a nossa medicina é totalmente elitizada... pisando na nossa cabeça, pisam na nossa cabeça (os médicos brasileiros, no sentido de desprezar os outros profissionais de saúde) [...] (D.2).

O distanciamento do médico em relação aos integrantes restantes da equipe de saúde, o que ficou bem caracterizado em tempos pregressos ao PMMB no relato acima (D.2), dimensiona, de uma certa forma, a frágil construção de vínculo entre os membros da equipe, o que prejudica, sobremaneira, o processo de trabalho: na sua resolutividade, no seu acolhimento e em todo o seu dinamismo, tendo como principal prejudicado o usuário, este ser “bio”, “psico” e “social”, de que necessita de uma atenção interdisciplinar a toda a demanda

em saúde.

Segundo Benevides e Passos (2005), a humanização da atenção e da gestão em saúde, aqui compreendida também como a gestão entre a equipe de saúde, qualifica as práticas de saúde, tendo como resultados frutíferos: o acesso com acolhimento; a atenção integral e equânime; a valorização dos trabalhadores e usuários; e a democratização da gestão e o controle social participativo.

É na gestão compartilhada entre a equipe em que as práticas de saúde são apuradas, alcançando resultados desejáveis a uma atenção à saúde que deve estar a mais próxima possível de sua comunidade de sua responsabilidade, tendo a sua atuação um campo muito além do que a praticada por serviços ambulatoriais, hospitalares, ou em estabelecimentos utilizados como referência a uma determinada especialidade.

A realização de atividades além das categorizadas “assistencialistas” - podendo ser resumida na ação que envolve o conhecimento técnico e que normalmente se realiza no interior do consultório e é chefiada por um profissional – tem sua importância pontuada, mas não deve ser rotina de uma ESF, sendo a coletividade das ações um diferencial importante do trabalho de toda a equipe.

Outro diferencial no trabalho da ESF está na compreensão dos valores sociais envolvidos no processo saúde-doença, tendo os profissionais a responsabilidade de adentrar no mundo social em que o usuário faz parte, integra e constrói de forma coletiva no território em que habita. Uma das ações fundamentais para este conhecimento é a visita domiciliar, uma tecnologia de interação capaz de contribuir para um atendimento integral e humanizado (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009), devendo o profissional de saúde, em especial o inserido na ESF, ter a mobilidade como mecanismo de trabalho, indo ao encontro das pessoas, atuando no seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado.

[...] em unidade básica, só pura e simplesmente (UBS tradicional), nenhum médico ‘sai’, faz atendimento ‘extra muro’. Já no Programa (ESF), estes profissionais saem, é o grande diferencial [...] De todos os profissionais, não só Médicos, mas Dentistas, Enfermeiro, Técnico ou Agente Comunitário, agente está muito junto nisso de ir, sair, ir à procura daquele que não consegue vir até nós [...] (E.1).

Sobre o acompanhamento dos trabalhos dos médicos do PMM, os relatos seguiram o mesmo caminho dos colhidos com os gestores: de que a gestão local, no caso em tela a Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, pouco tem de influência no trabalho destes profissionais, o que foi, pelos gestores, e é, pelo profissional abaixo (D.2), relatado com um ponto positivo do Programa.

[...] mas parece que tem uma supervisão [...] que direciona o trabalho deles. Eu não vejo muito a interferência do município no trabalho deles não. Eu acho que eles seguem muito a direção do que é preconizado a nível federal. Pelo menos a médica daqui não fala de interferência do município no trabalho dela, de como deve ser feito o trabalho dela, enfim... é uma supervisão fora do município, me parece que orienta um pouco mais o trabalho dela [...] (D.2).

O PMMB conta com a parceria de Instituições de Ensino Superior (IES), denominadas de “Instituições Supervisoras”, que objetivam viabilizar a tutoria, além de realizar a supervisão presencial e à distância dos médicos do programa. Cabe também a estas instituições a função de monitorar e acompanhar as atividades dos supervisores, dos tutores acadêmicos e dos médicos do PMMB (BRASIL. MS, 2013b).

A relação mais estreita entre os profissionais médicos do PMMB e o governo federal, por meio das IES públicas federais, ao mesmo tempo em que direciona todo o trabalho, dando suporte técnico aos profissionais que são provenientes, inclusive, de outros países, vem também com o intuito de uniformização deste trabalho, e, ao mesmo tempo, retirar esta responsabilidade dos gestores municipais – o que poderia ser árduo para tais, a depender da qualificação técnica de seus membros, ficando assim prejudicado o trabalho em regiões por demais carentes e precárias de mão-de-obra qualificada.

Em relação ao trabalho realizado pelo médico do PMMB, os profissionais entrevistados foram unânimes na aprovação, inclusive relatando situações reais ocorridas na UBSF em que despertaram o olhar diferenciado destes médicos sobre a vontade explícita em resolver os problemas de saúde da comunidade, mesmo tendo condições que dificultem a realização das ações.

[...] eu só vejo pontos positivos no atendimento dele (médico cubano do PMM) [...] a boa vontade que ele tem de atender. Um exemplo: agente foi fazer uma visita domiciliar, a bomba do aparelho de pressão estava furada, não enchia. E aí eu disse: “então não vai dar”. Ele falou: “vai dar sim”... ele tirou, abriu, desmontou, tirou a bomba, amarrou com a luva [...] e aferiu a pressão da paciente ali, na hora. Não se negou [...] então eu acho que eles fazem, de tudo o que tiver ao alcance, e até um pouco mais pra não negar atendimento ao paciente [...] Eu aprendo com eles... Assim, tem jeito, dá pra fazer, mesmo estando quebrado, tem sempre um jeitinho [...] (D.4).

Engrandeceu muito (o trabalho do entrevistado com a presença do médico do PMM) por uma experiência que eu vou contar: toda terça ele trabalha com o atendimento a gestante. E eu vivia falando que queria fazer um trabalho com as gestantes [...] mas elas não vinham, porque o povo corre mesmo de dentista [...] numa reunião de equipe eu falei que me sentia abandonada, e que eu achava que tanto ele (o médico), quanto a enfermeira poderiam muito contribuir para o meu trabalho. Aí pactuamos que a

primeira consulta do Pré-natal seria com a enfermagem, que a segunda consulta era com ele (o médico), e que a terceira consulta médica com a gestante não aconteceria sem passar pelo atendimento odontológico [...] ele (o médico) cobraria isso. Ai comecei a fazer o trabalho [...] (D.5).

Na mesma medida, só que em direção oposta, em que o trabalho de toda a equipe pode ser colocado a perder: por situações de precariedade na infraestrutura, nas relações de trabalho impróprias, na falta de gestão e na ausência de comprometimento dos profissionais, ou mesmo ausência numérica de algum destes; bons fluidos podem advir de relações saudáveis e produtivas dos membros da equipe da ESF.

O que se nota, no exemplo das boas práticas de saúde dos médicos do PMMB e que foram relatados acima, é que as mesmas têm transformado a maneira de agir dos outros profissionais de saúde, tendo a população a maior beneficiada destas mudanças. Este intercâmbio de experiências, de oportunidades e de práticas profissionais, promovido pelas mais variadas nacionalidades (MACHADO, CAMPOS e LIMA, 2015), mas que em Campos dos Goytacazes se limita aos médicos cubanos, tem como objetivo levar saúde aos vulneráveis, ao passo em que amplia e compartilha a clínica de forma interdisciplinar, tendo no olhar sobre um usuário ou numa situação de saúde não resumido à apenas o olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, interdisciplinarmente.

Você ver (o médico que ele teve contato), por exemplo, circulação com compressão de unha, o retorno venoso do paciente você faz com compressão da unha. Você vê se o paciente tem um débito cardíaco... é interessante [...] eu tive a oportunidade, que eu acho que hoje eu não vou ter outra, de ver fazer um diagnóstico assim... e foi muito enriquecedor pra mim, muito mesmo[...] então eu passei a colocar meu paciente na cadeira e fazer aquilo que, às vezes a gente vai esquecendo de olhar o paciente: o caminhar do paciente, desde a hora em que ele está adentrando o seu consultório [...] você olhar pro paciente e você ver se ele está com boa aparência, se ele está hidratado, se ele está corado, se ele está normocrômico... você começa a pensar antes de você começar a conversar com o paciente [...] Então isso foi uma das coisas que eu vou levar [...] (D.2).

Os relatos corroboram com o estudo de Comes *et al.* (2016a), ao entrevistarem profissionais de saúde das cinco regiões do Brasil com o intuito de analisar a percepção dos membros da equipe de saúde da família acerca da integralidade nas práticas a partir da incorporação do médico no PMM. Os principais achados da pesquisa de Comes *et al.* (2016a) revelaram: aumento do acesso e da acessibilidade aos serviços; acolhimento humanizado e vínculo; resgate da clínica com o aumento da dedicação de tempo, da escuta tenta e do exame físico minucioso; desejo e a disponibilidade de resolver problemas; continuidade dos cuidados; garantia de visitas domiciliares; e articulação entre as equipes da ESF.

O HumanizaSUS, normativa federal utilizada pela APS como principal direcionadora da humanização dos serviços de saúde, visa, por meio de diretrizes, incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL. MS, 2008), tão salutar ao desenvolvimento de qualquer Política Social. No entanto, ao promover a gestão participativa e a cogestão - expressa tanto na inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto na ampliação das tarefas da gestão, ao percorrer o território e os estabelecimentos de saúde; esta normativa demonstra a real necessidade dos agentes institucionais em saúde estarem atuando conjuntamente nos problemas que atingem a comunidade, mantendo um diálogo com os diretamente envolvidos na assistência à saúde: usuários e profissionais.

Em relação à coparticipação da gestão da saúde, compreende-se na atuação conjunta dos gestores públicos em saúde nas atividades dos profissionais de saúde da ESF. O que ficou caracterizado nos relatos foi um afastamento do primeiro agente, os gestores, com os serviços de saúde, prejudicando a leitura dos problemas enfrentados pelos “profissionais da ponta”⁴⁸:

Eu acho que eles (os gestores) deveriam visitar mais, ver o que está acontecendo e não ficar de longe. Ver aqui a realidade, o que está acontecendo [...] Quem está na gestão ela tem uma ideia diferente de quem está na ponta (os profissionais de saúde). Às vezes você vai ouvir alguma coisa da gestão e aí eles começam a pintar um quadro que a gente está na ponta sabe que não é bem assim [...] eles acham que a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Básica [...] (se faz) somente com a tecnologia leve – somente com conhecimento profissional, e não é bem assim. Por mais que você tenha excelentes profissionais na ponta, se você não tiver instrumento pra trabalhar você não consegue desenvolver um trabalho adequado. [...] E às vezes quando agente vai questionar, no meu entender, parece que o profissional está reclamando demais, parece que está cobrando demais [...] mas o que está funcionando realmente no município é muito porque os profissionais peitam mesmo, os profissionais vão lá e tentam fazer [...] (E.4).

Sobre a utilização da tecnologia leve em saúde, conceito de Merhy (2005) e que se refere a saberes e práticas não necessariamente estruturados, vale ressaltar as contribuições de Garcia Júnior (2017), condizentes com o relato acima do profissional de saúde entrevistado, no qual importa para um serviço em saúde de qualidade, não somente as tecnologias leves, mas também as competências relacionadas às tecnologias duras e leve-duras, “pois é necessário saber examinar, diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde” (p. 132).

Eles acham que só o trabalhador estando aqui as 40 horas, de segunda a sexta, que vai resolver. Agente com uma conversa resolve muita coisa, mas uma conversa não resolve tudo. Então agente precisa sim de material, de medicamento, de material de insumo, de equipamento [...] (E.4).

⁴⁸ “profissionais da ponta”: são os profissionais de saúde que atuam na assistência à saúde, ou seja, que atuam diretamente em contato com os usuários, que realizam consultas, que fazem curativos, que realizam visitas domiciliares, dentre outras funções exercidas na ESF.

Continuando nas tecnologias de Merhy (2005), e sabendo da importância de se ter as três tipologias atuando conjunta e satisfatoriamente, sendo categorizadas em: leve, leve-dura e dura; a atual análise das entrevistas decorre sobre os recursos materiais utilizados pelas equipes de ESF na produção dos serviços de saúde, ou seja – nas consideradas tecnologias duras.

O que fica registrado é que tais recursos materiais, tão indispensáveis a um atendimento em saúde qualificado, deixam a desejar, o que compromete a realização das ações relevantes da APS, inclusive nos cuidados materno-infantil, enfatizado como prioridade ao trabalho da ESF pelo MS.

Agora agente está há quase um ano sem Pré-natal a partir da vigésima semana (realização de consulta de Pré-natal), porque o sonar quebrou, não tem como você fazer um pré-natal sem avaliar bebê e só avaliar a mãe... impossível fazer um pré-natal assim [...] Então são coisas que o município acha que tem de fazer, cobra que se faça, mas não dá mecanismo [...] (E.4).

Falta aparelho de pressão, falta muita coisa pra prestar um atendimento adequado... muita coisa. Material de insumo, agente tem material de insumo durante um tempo, depois acaba, aí quando você faz, por exemplo hoje é minha agenda de preventivo, a minha agenda é toda quarta a coleta de preventivo, mas hoje eu não estou colendo preventivo porque eu não tenho o kit de coleta de preventivo. Então eu estou aqui, material humano está aqui, mas eu não posso fazer sem o material [...] As minhas macas, dá até vergonha de você botar um paciente. Como você faz uma colhimento decente com o paciente deitado na maca que tem um buraco no meio... e você tem que escolher o lado que você deita o paciente [...] (E.4).

A seguir, de forma a corroborar a precariedade de recursos materiais nas UBSF pesquisadas, relatos de dois profissionais (D.4 e D.5), que estão impossibilitados de exercerem suas atividades satisfatoriamente. O primeiro, na época da entrevista há mais de três meses sem exercer os serviços assistenciais à comunidade, devido a um problema, aparentemente e por ela definido como “simples”. No relato do segundo observa-se prejuízo no atendimento por ele prestado, por falta de manutenção dos equipamentos odontológicos.

Eu vejo que é tão simples de resolver o problema aqui, sabe... trocar uma peça, talvez, do autoclave [...] a comunidade até para de procurar, começa a enxergar eu como ‘não-dentista’, com alguma outra integrante da equipe, mas não dentista [...] (D.4).

[...] assistência técnica zero. Inclusive estou sem sugador (equipamento que otimiza os trabalhos em Saúde Bucal) [...] eu vivia colando com Super-bond, mas chegou a um ponto que o filtro não suportou mais [...] a questão da assistência técnica daqui é muito precária [...] Insumo a gente vai correndo atrás [...] no ano passado nós ficamos de fevereiro a setembro sem um par de luva [...] a gente só trabalhou por meio de [...] doações [...] (D.5).

Sobre o PMMB, foi questionado aos profissionais o que eles achavam que aconteceria com a finalização dos contratos firmados entre os médicos cubanos, findados os três anos de duração, e, conseqüentemente, o que estes previam a respeito da continuidade dos serviços de saúde nas UBSF específicas, com o retorno destes profissionais a Cuba. Infelizmente, muitos relataram que, com a ida do médico para Cuba, a unidade de saúde retornaria ao que era antes do PMM, num processo regressivo quanto a humanização das práticas de saúde, pautada no atendimento excessivamente “curativista”, abandonando o caráter promotor de saúde e preventivo de doenças que acomete a APS e a ESF (DAB, 2016). Ao que foi colhido nas entrevistas, o profissional médico exerce uma função primordial em relação a todo o processo de trabalho da equipe de saúde, ficando o mesmo responsabilizado por regular os caminhos da atenção à saúde de sua unidade, e que, na ausência do médico do PMMB, retornaria o modelo implantado pelo “médico brasileiro”.

[...] eu acredito que vai retornar ao que era antes, o modelo tradicional. Não da ESF. Eles chamam de UBS só, Unidade Básica de Saúde. Médico uma vez por semana, meio expediente, 50 pacientes sendo atendido no espaço de duas horas... curativista. Passar medicação sem nem ouvir o paciente, trocar receita sem nem saber o que está acontecendo [...] o médico brasileiro ele não enxerga o paciente, ele enxerga uma listagem de exames que ele tem que pedir [...] (D.2).

Contudo o que foi exposto pelos profissionais de saúde entrevistados, ficou notório a apreciação destes em relação ao trabalho executado pelos médicos do PMMB, o que tem em muito alavancado a APS municipal, sobretudo nas ESF beneficiadas pela iniciativa do Governo Federal. O fato da maioria das unidades de saúde selecionadas a participarem da pesquisa estarem ocupadas por médicos cubanos não desmerece o trabalho dos médicos brasileiros inseridos neste Programa, o que também não implica em dizer que os brasileiros do PMMB sejam inferiores aos estrangeiros no que tange à qualidade dos serviços prestados. A seguir um relato sobre uma profissional médica do PMMB, enfatizando outras qualidades - além da qualidade técnica aprendida na graduação:

A profissional que trabalha comigo (médica cubana), eu acho ela maravilhosa. E, profissionalmente, como pessoa, ela é uma pessoa sensível, uma pessoa que conhece o que faz [...] muito competente, muito séria no trabalho dela. Eu só tenho elogios [...] (E.1).

5.2.2 Médicos do PMMB

Realizar a entrevista com os profissionais médicos que compõem o PMM foi mais fácil do que se imaginava. Não desmerecendo todo o preparo prévio, que passa por uma

compreensão de algumas temáticas; o preparo do roteiro, por mais que seja entrevista semiestruturada; ou a respeito do deslocamento às unidades de saúde pré-selecionadas, dentre outras tarefas que fazem parte de toda e qualquer pesquisa. Também não se trata em reduzir os cuidados durante a entrevista, desde a gravação das falas até a mudança de temáticas ao tempo em que se atinge o ponto de saturação. Com variados graus de *expertise*, tudo parece se ajeitar com o avançar das ações. O que chama atenção e ganhou *status* de “facilidade” foi a disponibilidade destes profissionais em participar do feito - o que previamente poderia ser tachado como um dificultador de todo o processo, tendo em vista a disponibilidade da categoria médica.

Os contatos iniciais se deram por meio de mensagens via *Whatsapp*, ou mesmo por intermédio de outros profissionais no qual o vínculo era mais próximo, ou que atuavam na mesma unidade de saúde. Os médicos foram ratificando as considerações prévias, muitos solícitos quando abordados e questionados a respeito da possibilidade de contribuir para o estudo – algo que talvez fosse impossível de realizar com médicos apelidados como “brasileiros”, generalizando os que prestam serviços nas unidades básicas de saúde tradicionais e que limitam seu trabalho ao número de consultas e que, rapidamente quando sanadas as consultas, seguem seu rumo em direção à outra atividade.

A tentativa em compreender a disponibilidade dos médicos do PMMB, sob um pensamento técnico, e que ao momento inicial e por prudência prefere-se não desvirtuar deste, está pautado sobretudo no cumprimento da carga horária estabelecida que, sendo de dedicação integral, resulta na facilidade em agendar e em realizar as entrevistas com os mesmos. Tal fato se agudiza ao lembrar que as entrevistas foram realizadas nas respectivas unidades de saúde, levando, inclusive, algumas delas mais de uma hora de duração, com uma riqueza de detalhes e que será, agora, trazida à tona.

Cabe ressaltar que os mesmos critérios de identificação utilizados para os “profissionais de saúde” – resumidos aos Enfermeiros e Cirurgiões-dentista, foram aqui também adotados. Logo, após a letra “M”, identificadora da categoria entrevistada - Médico, procede a numeração correspondente à unidade de saúde em questão, variando de 1 a 6. Assim sendo, números iguais entre os profissionais significa que atuam numa mesma unidade de saúde, compondo uma equipe de ESF, conforme quadro já demonstrado na seção anterior (Quadro 09, p. 161).

Apesar de não ser objetivo do trabalho em questão, o médico cubano será aqui trabalhado em maior intensidade, por compor a maioria numérica das equipes de ESF pré-selecionadas e posteriormente pesquisadas. De fato, esta predominância, e por consequência a

colheta mais intensa de dados a respeito do processo de trabalho destes profissionais, não sobreporá a importância da análise do conteúdo da fala do médico “CRM Brasil”, e que também constitui o PMMB, sendo este em número de um apenas das 06 ESF. Assim, será preservada, na medida do possível, a apresentação de qualquer fala que venha a possibilitar a identificação da origem do médico brasileiro, cabendo nestes casos a não utilização de citações diretas e que permitiriam a identificação da UBSF em que o mesmo atua.

Alguns comentários a respeito do médico cubano se tornam necessários ao momento, tendo em vista comporem a maioria dos médicos entrevistados, e que irão corroborar ao apresentado posteriormente nas análises.

A solidariedade internacional cubana remonta à época da colônia, em que alguns médicos, de forma voluntária, expressam seu espírito revolucionário ao oferecer ajuda a diferentes países (TORRES e CRUZ, 2010), tendo a colaboração médica constituído num elemento de reconhecimento e de respeito internacional, atuando com mais de 50 mil profissionais médicos presentes em mais de 66 países (GONZALES, MORALES e RAMOS, 2015). Com formação acadêmica voltada para a medicina familiar e social, a medicina de Cuba possui aspectos relevantes quando comparados a parâmetros mundiais, funcionando como “médicos de família”, sendo treinados pela medicina comunitária e familiar e tendo no caráter social o seu grande diferenciador (MORENO e VEDOVATO, 2015).

A respeito do fluxo migratório do profissional médico, sempre em busca de mercados de trabalho mais atrativos, ressalta-se que tal movimento parece não estar restrito aos profissionais brasileiros, sendo uma prática no mundo inteiro, inclusive de grande intensidade nos médicos cubanos, e que também não estão limitados às adversidades de um país, na medida em que a migração entre países é uma realidade. Mota e Ribeiro (2017) trazem à tona a crescente e constante mobilidade internacional dos médicos: uma verdadeira “fuga de cérebros”⁴⁹ em direção aos países mais desenvolvidos, motivados pela busca de melhores salários, crescimento profissional e melhoras na sua qualidade de vida (LIMA e MARANHÃO, 2011; SEIXAS, CORRÊA e MORAES, 2011).

No geral, tais migrações trazem consequências econômicas danosas aos países da origem da mão-de-obra qualificada, quer sejam as migrações realizadas de forma legal ou não, como observado em Cuba por Montequín *et al.* (2009), ao registrar a perda de 5,16% dos profissionais graduados no país para os Estados Unidos, de 1959 a 2004. Segundo Casañas

⁴⁹ O termo, “fuga de cérebros”, é utilizado para as migrações legais e definitivas, o que não ocorre com programas governamentais de recrutamento de médicos por prazo determinado para exercer trabalhos específicos seguindo uma norma internacional, conforme os preceitos do PMM.

(2007) a migração pode até por em risco o desenvolvimento de um país, devido a perda de patrimônio intelectual.

A migração médica se encontra presente nos conflitos históricos internacionais, tendo maior destaque as relações entre os governos de Cuba e dos EUA. Em 1966, após a Revolução Cubana liderada por Fidel Castro, os EUA adotaram medidas protetivas aos imigrantes cubanos, de forma a acolher os fugitivos do regime comunista. Em 1995, a política ficou conhecida como “Pés Secos, Pés Molhados”, ao permitir que imigrantes cubanos que chegassem ao solo americano, ainda que sem visto e de forma ilegal, era beneficiado na obtenção de residência e de trabalho. Por outro lado, os interceptados no mar eram tidos como ilegais e deportados ao país de origem (CASAÑAS, 2007).

Em 2007 entrou em vigor o “Cuban Medical Professional Parole Program” (CMPP), responsável por acolher profissionais de saúde e seus familiares, em especial médicos cubanos que estivessem trabalhando em forma de “missão” em outros países, oferecendo regalias não ofertadas aos indivíduos de outra nacionalidade. Em 12 de Janeiro de 2017, passados dez anos do CMPP, o governo americano suspendeu tais políticas, como forma de estreitar as relações bilaterais entre estes países e por entender que tal programa prejudicaria a relação pacífica almejada, uma vez que incentivava a emigração ilegal de cubanos em busca de melhores oportunidades. A partir deste momento, o tratamento dispensado aos cubanos passou a ser o mesmo quanto aos imigrantes de outras regiões do mundo, não havendo prioridades e, desta forma, não incitando a movimentação perigosa e o tráfico de pessoas em fuga do regime comunista⁵⁰.

Analisando alguns noticiários a respeito da migração ilegal de médicos cubanos, observa-se que tal problema é antigo, mas que atualmente tem despertado no governo cubano a tomada de medidas combativas. Segundo Sánches (2016) o número de médicos cubanos que pediram asilo nos EUA tem batido seguidos recordes, incentivado desde 2007 pelo CMPP. Entretanto, alguns contrapontos do referido programa de apoio ao profissional de saúde cubano em residir nos EUA merecem destaque, como: a demora na obtenção da autorização para residir no país; o não reconhecimento da profissão médica dos profissionais cubanos, cabendo a estes atuação em postos de trabalho secundários; e a dificuldade na obtenção da revalidação do diploma de médico no país, o que demanda tempo e gastos adicionais, e por

⁵⁰ Disponíveis nos noticiários *online*: G1. Mundo. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/migracao-cubana-meio-seculo-de-contencioso-entre-washington-e-havana.ghtml>. Acesso em: 15 Jan. 2017; AGÊNCIA EFE. Disponível em: <http://www.efe.com/efe/brasil/sociedade/cuba-aceitara-cubanos-devolvidos-pelos-eua-na-nova-politica-de-imigra-o/50000246-3148218>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

vezes inalcançáveis (FLECK, 2014; BURNETT e ROBLES, 2015).

Ainda sobre o tema, Pérez (2012), professor da Universidade de Ciências Médicas de Camaguey, “Carlos Juan Finaly”, por meio de uma revisão documental, juntamente com análises dos discursos de Fidel Castro realizados entre 1985 a 2006, separou e avaliou 421 artigos a respeito da fuga de cubanos, tendo alguns pontos determinantes para tal movimento: (1) diferentes oportunidades de emprego e de escalas salariais entre as nações; (2) políticas de atração existentes nos países desenvolvidos; (3) condições socioculturais e políticas específicas existentes no país de origem, o que pode gerar insatisfação derivada da defasagem entre expectativas e realidades; e (4) interesses associados à própria pessoa, que tem a ver com sua condição e necessidade como profissional, neste caso afetando os profissionais mais jovens.

Segundo Pérez (2012), a migração ilegal de pessoas qualificadas trata-se de uma enorme perda para os países responsáveis pela educação concedida a este profissional, prejudicando enormemente o desenvolvimento científico e técnico ao transferir a “inteligência” para países mais desenvolvidos. A solução pode estar na formação dos profissionais, ao fortalecer a educação de valores, dando continuidade ao trabalho e à responsabilidade com a sociedade, sobretudo à família. Ainda conclui sobre a necessidade de acordos internacionais e de interesses entre os países, como ocorreu na missão dos médicos cubanos na Venezuela, na Bolívia e no Brasil (GOMBATA, 2015):

Solo una cooperación científica y técnica entre países desarrollados y aquellos em vía de desarrollo, construida sobre la base de una verdadera negociación y de reales intereses recíprocos, podría permitir invertir la tendencia a la “fuga de cérebros” [...] (PÉREZ, 2012, p. 07).

No Brasil, tal movimento migratório foi incentivado por opositores ao PMM, inclusive com campanhas *online* intitulada: “Liberte um cubano”. Tal campanha consiste em informar aos médicos cubanos participantes do PMM sobre o CMPP, dando acesso incentivo a esta prática⁵¹. Outro ponto de atrito entre os governos cubano e brasileiro, no que tange ao retorno do médico cubano ao seu país de origem após os três anos de contrato é em relação ao descontentamento destes profissionais em retornar ao seu país natal, alegando estabelecer vínculos familiares no Brasil. Em abril de 2017, já se contabilizavam 88 ações desta natureza (SOARES, 2017), em que o médico cooperado questionava sua permanência definitiva no Brasil.

⁵¹ Ver em: EDITORIAL. Campanha “Liberte um cubano”. Publicado em: 28 Ago. 2013. Disponível em: <<http://reconaria.org/editorial/campanha-liberte-um-cubano/>>. Acesso em: 20 Set. 2017.

Este assunto possui extrema relevância no desenvolvimento do trabalho em questão, na medida em que diversos médicos cubanos, os “Cooperados” do PMMB, atuando em missão no Brasil se beneficiaram destas prerrogativas para chegar ao solo norte-americano. Em Campos dos Goytacazes, desde que o PMMB iniciou até os dias atuais (setembro de 2017) três foram os casos de emigração ilegal destes profissionais⁵², o que em termos de percentual representa 18% dos profissionais em missão no município. Os casos ocorreram com os profissionais que atuavam nas unidades de saúde de Pernambuco, Aldeia e Morangaba, em tempos distintos e todos próximos ao fim do período de suas missões no Brasil.

Apesar deste movimento migratório ocorrer com profissionais, na sua grande maioria, recém-formados e de pouca idade, os profissionais que prestavam missão em Campos dos Goytacazes e fugiram para os EUA contrariaram à regra. Todos os três possuem larga experiência com a medicina, com mais de uma década de formados, com grande experiência profissional e inclusive com participações diretas no planejamento da saúde do governo de Cuba. Os profissionais na totalidade eram homens, acima dos quarenta anos de idade, tendo inclusive família e filhos residentes em Cuba.

Reforçando o objetivo geral do trabalho, de analisar o “Programa Mais Médicos”, em especial o eixo “Projeto Mais Médicos para o Brasil” enquanto Política Social, a partir da percepção dos agentes institucionais pertencentes à Estratégia de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes/RJ, torna-se imperioso não realizar qualquer tipo de comparação entre médicos estrangeiros, Cooperados, e médicos brasileiros, CRM Brasil, do PMMB. Por mais que possa estar presente nas falas de alguns agentes institucionais a diferenciação entre um ou outro profissional, não é intenção desta análise, mas sim a compreensão do PMMB no município quanto às práticas de saúde das ESF.

Em relação à adaptação ao Brasil, muito questionado nos estudos a respeito do médico estrangeiro do PMMB, seja “cooperado” ou “intercambista”, ficou registrado que os médicos cubanos no município de Campos dos Goytacazes tiveram como dificuldade básica a questão da linguagem, mas que foi facilmente superada com o passar do tempo, e não havendo outros questionamentos a respeito. Este achado vai ao encontro com o estudo de Melo, Baião e Costa (2016), ao enfatizarem que o atendimento humanizado dos médicos do PMMB sobrepasa a diferença entre idiomas existentes com a vinda de profissionais estrangeiros. A seguir, a fala

⁵² No caso em questão, o médico cubano – cooperado, por possuir vínculo com seu país de origem, a sua fuga, mesmo que ocorra a partir do território brasileiro, será analisada como se ocorresse uma “fuga de cérebro” com prejuízos a Cuba, tendo em vista que tal profissional não retornará ao seu país de origem.

de um “cooperado” quando questionado sobre a adaptação ao Brasil:

[...] eu gostei muito do Brasil [...] o idioma é um pouco difícil, mas não tanto assim, porque o português é muito semelhante ao espanhol [...] e a comida é muito similar a de vocês, e as pessoas são muito legais, o povo brasileiro é muito carinhoso [...] parecem muito com nossa cultura, são alegres, entusiastas, solidários, não teve nenhum problema [...] (M.1).

Dos “cooperados” entrevistados, no total de três, observou-se que todos atuaram previamente em outros países, nas denominadas “missões”, em especial e de forma unânime na Venezuela, mas também em alguns países da África. Questionado a respeito das semelhanças e das diferenças destas missões com a realidade brasileira, M.2, única a atuar nos países africanos, relatou que o trabalho naquele continente se tratava de outra atenção à saúde: focado na área hospitalar. Em relação aos trabalhos desenvolvidos na Venezuela, os profissionais relataram maior similaridade com o Programa brasileiro, apesar de destacar no país venezuelano a integralidade, a acessibilidade e a resolutividade dos serviços de saúde:

Na Venezuela o mecanismo era similar, mas um pouco melhor, porque o médico morava na comunidade. Era uma UBS que, com casa de médico dentro da comunidade. Aí, qualquer hora que o paciente passava mal podia tocar à porta do médico e o paciente seria atendido. E na Venezuela também era um pouco melhor essa parte da saúde porque não eram somente médicos da UBS, era: Cirurgião, Ginecologista, Endocrinologista... tinha outras especialidades. Então, por exemplo: diagnosticava uma “litíase vesicular”, encaminhava para a Cirurgia e o paciente [...] era operado [...] aqui você avalia um paciente [...] tem que encaminhar para a Cirurgia, aí você tem esperar para que tenha vaga [...] aí quando o Cirurgião avalia [...] muitas vezes tem que pagar [...] (M.1).

Apesar das inúmeras vantagens do PMMB para o desenvolvimento da APS no Brasil, sobretudo em regiões carentes desta mão-de-obra, o que ficou evidenciado na fala acima é que a comunicação e a interação entre este serviço e as complexidades acima deste nível organizacional do município ficam prejudicadas, o que pode pôr a perder todo o trâmite iniciado na UBSF. De fato, esta característica dos serviços de média e alta complexidade em saúde - de não absorção das demandas da APS, é um problema de todo o país, e que vem a destituir a resolutividade dos serviços públicos de saúde, comprometendo o princípio da Integralidade, na medida em que os serviços de maiores complexidades deveriam também ser resolvidos em instâncias públicas, mas que acabam, pela ineficiência deste setor, deixadas a cargo do setor privado, conforme relatado no primeiro capítulo da dissertação (PAIM, 2013).

A média de idade, apesar de um profissional ter mais de 17 anos de formado, é de 33 anos de idade. Apesar da pouca idade, os médicos entrevistados possuem no mínimo uma especialidade, sendo a “Medicina Geral e Integral”, especialidade que é uma mistura de

Ginecologia, Pediatria e Medicina Interna e Clínico Geral, unânime aos Cooperados, por ser ofertada obrigatoriamente a todo o profissional de Cuba. Ao profissional brasileiro, algumas especialidades também estavam presentes no currículo, inclusive relacionadas à Saúde Pública e a Medicina da Família e da Comunidade.

Mesmo com todo o currículo extenso apresentado pelos médicos cubanos, tendo neste *rol* de especialidades Epidemiologia, Ginecologia e Pediatria, os médicos realizaram em solo brasileiro e durante a prestação de seus serviços, o curso de especialização em APS – uma condição aos profissionais que integram o PMMB, independente da nacionalidade (BRASIL, 2013b). Perguntado sobre a qualidade do curso, disponibilizado pelo MS, os médicos disseram se tratar de um curso bem estruturado, mas que foge à realidade de saúde do Brasil:

[...] gostei (fez sinal demais ou menos) [...] Revisão. Aprendi português (quando perguntado o que aprendeu na especialização) [...] Assim, a especialização em Saúde da Família como está no programa não é o que acontece na prática [...] o programa é muito bonito. Toda a população atendida pela ABS é lindo, porque você está diretamente com o paciente, você consegue atender o paciente, vê as condições do paciente [...] (M.2).

[...] agente começar a estudar, a aprofundar um pouco mais sobre o SUS. Que no papel é uma maravilha, mas que na realidade não funciona tão bem quanto no papel. Deveria funcionar o quanto está escrito no papel. E até hoje, a rede de Atenção Básica e como ela se inter-relaciona e se correlaciona com a atenção secundária e terciária, aqui está meio complicado [...] (M.4).

Quando questionados pelo entendimento a respeito do PMM, os médicos relataram o ganho na APS, sobretudo no trabalho executado pela ESF, em ter médico atuando por toda a semana, numa comparação do que se tinha antes do Programa – relatado pelos outros profissionais e pela comunidade em que atuam, e que veio a motivar a adesão municipal à iniciativa federal.

[...] o projeto muito legal [...] o importante não são as nacionalidades, são os médicos que estão atendendo às populações que nunca tiveram médicos ou que tinham médico só uma vez na semana [...] você não fica doente só um dia na semana, você fica doente qualquer dia e ai agente fica trabalhando a semana toda [...] (M.1).

Entretanto, foi pontuado de forma negativa a falta de intersetorialidade das ações em saúde, fundamental para o desenvolvimento de qualquer Política Social (POTYARA, 2014), sobretudo no que tange à organização da clínica ampliada e compartilhada pretendida pelo HumanizaSUS - tendo na abordagem de uma demanda em saúde não resumido à apenas o olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, de maneira interdisciplinar (BRASIL, MS, 2008), inclusive com a participação dos gestores públicos da saúde municipal. O que se

observa é que a intersectorialidade é deficitária, fato que compromete toda a rede do sistema de saúde, seja a realidade do Brasil ou, especificamente, a de Campos dos Goytacazes/RJ.

[...] a rede da Atenção Básica, como ela se inter-relaciona e se correlaciona com a atenção secundária e terciária, que aqui está um pouco complicado [...] A maior dificuldade, além da infraestrutura [...] acho que foi uma muito má gestão, porque eles nunca se preocuparam em ter uma comunicação com o pessoal da base. Eles nunca se preocuparam em ver as condições de trabalho de cada um de nós e muito menos se preocuparam em distribuir equitativamente os medicamentos, os recursos [...] (M.4).

O que falha no Brasil é que agente não tem Intersectorialidade. Que tudo é independente. Assim, que não tem união entre, por exemplo: a UBS, o Centro de Referência da Criança e da Mulher, os Hospitais... Você faz um encaminhamento, um médico do hospital nem olha o encaminhamento... nem olha. Não olha o que tá escrito aí... muitas vezes o paciente não é nem “ingressado” (acolhido no estabelecimento de saúde) ou mesmo é mandado embora, entendeu, ele não faz [...] não tem essa comunicação entre Hospital e UBS... Eu creio que é o que falta ao Brasil [...] (M.1).

Aqui em Campos tem, não sei, quatro ou cinco hospitais de maternidade. Ai você manda a paciente para um hospital... a paciente chaga lá e não é aqui,... é no outro hospital. Ai a paciente chega no outro hospital,... não é aqui... é no outro [...]a paciente fica assim...nenhum hospital se quer fazer “caso” da paciente. Uma paciente que, com todos os exames feitos, com todo o pré-natal feito. Só porque não fez consulta com o médico que trabalha neste hospital... não tem a continuidade do pré-natal [...] (M.1).

Outro problema levantado pelos médicos e que vai ao encontro ao que deve ser combatido a partir do incentivo ao modelo biopsicossocial em saúde no Brasil, foi a prescrição e o uso excessivo de medicamento pela comunidade, como forma de ser o único, ou melhor, o mais eficiente caminho adotado pelo profissional e, conseqüentemente, pelo usuário para a resolução das situações adversas ocorridas no dia-a-dia.

Prescreve muito [...] mais o psicofármacos. Aqui o Cardiologista passa mais psicofármacos que o psiquiatra. Um Ginecologista passa um psicofármaco. É verdade que o homem é um ser bio-psico-social, mas acho que nem tudo tem que ter um psicofármaco. Aqui chega um paciente passando mal, com a pressão alta, dá um “Diazepan” (medicamento da classe dos psicofármacos) [...] Nem sempre você tem pressão alta porque está estressado [...] (M.1).

Ao abordar a prescrição excessiva de medicamentos, ao mesmo tempo em que se demonstra como se tem deteriorado ao longo do tempo a relação médico-usuário, ao passo que o “doente” se dirige ao médico para pegar a receita, e o médico se livra do paciente dando o que ele deseja; na outra extremidade do “iceberg”, também sombria aos anseios da saúde pública, há uma perpetuação do modelo hegemônico de saúde no Brasil - biomédico, interessado em tecnologias de ponta, o medicamento enquadrado como tal, e que não

considera os aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, o que reforça a frieza contemporânea nas relações humanas (BOFF, 1999).

Segundo Vianna Sobrinho (2013), a relação médico-paciente tem sido substituída, paulatina e infelizmente, pela relação médico-objeto, o que de fato reduz à incapacidade do profissional de saúde em se dedicar à vida comunitária, ao outro. Chama ainda atenção que este desprezo ao outro, o que já foi abordado em momentos anteriores, não acomete apenas o médico, ou os profissionais de saúde - mas sim está presente por toda a humanidade, atrelado ao momento histórico de desprezo contínuo e crescente para com o outro (BRAGA, 2016).

Logo, Vianna Sobrinho (2013) desperta o uso exagerado de psicotrópicos – o mesmo “psicofármaco” citado pelo médico entrevistado (M.1) – aos interesses financeiros da indústria financeira, exclusivamente fundamentado aos princípios biológicos do ser humano: ao que chama de “pasteurização social” (VIANNA SOBRINHO, 2013, p. 211), na qual tentam emoldurar e projetar condições “ideais” de vida, excluindo processos que devem ser combatidos por via natural, tais como angústia, raiva, agitação, dentre outros.

Dois outros motivos foram abordados em relação ao uso de medicamentos pela comunidade. O primeiro trata da falta de informação em saúde da população assistida, na medida em que ignoram as complicações advindas de um quadro de hipertensão descontrolada, e passam a depositar toda a reversão deste processo na utilização do medicamento, desprezando a importância de hábitos de vida mais saudáveis, tais como alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos, dentre outras medidas. O segundo caso desperta para o fato de que ter uma farmácia, ou mesmo um dispensário de medicamentos na própria unidade de saúde, conforme observado nas unidades de saúde pesquisadas, possibilita a entrega do fármaco logo após a consulta, mas que deixa o usuário “acostumado”, nas palavras do profissional (M.1), a não procurar outras vias de acesso quando o medicamento está em falta na UBS, seja em outros dispositivos públicos ou até mesmo na compra em estabelecimentos privados. Os relatos estão na sequência.

Aqui é uma zona quilombola, então aqui prevalece a raça preta, a raça negra, tem muito hipertenso [...] então eu acho que eles procuram muito o médico mas também por falta do que eles tem de informação sobre saúde [...] por isso que eles querem tomar remédio pra tudo, mas eles não sabem nem a doença que tem, e as complicações todo mundo ignora [...] (M.2).

Quando cheguei vi que cada unidade tem uma farmácia, que dá remédio de graça à população, e que, além disso, existe a farmácia popular que todo o paciente hipertenso e diabético tem direito a pegar sua medicação de graça... acho muito legal, muito bom, só que muitas vezes a população acostuma, e não querem comprar remédio e aí (risos), acostumados a tudo ser de graça [...] não se medicam se precisarem comprar [...] (M.1).

Sobre o relacionamento com os tutores do PMMB, ressalta-se que as denominadas “Instituições Supervisoras” objetivam viabilizar a tutoria, além de realizar a supervisão presencial e à distância dos médicos do programa. Cabe a estas instituições, portanto, o monitoramento e o acompanhamento das atividades dos supervisores, dos tutores acadêmicos e dos médicos do PMMB (BRASIL. MS, 2013b). O relacionamento do profissional médico com os tutores aparenta ser harmonioso e produtivo à organização das práticas destes profissionais na APS, e que se realiza frequente e presencialmente em encontros com os grupos de médicos do PMM, ou mesmo em visitas individuais da tutora à UBSF, também sendo complementado, segundo a necessidade, via telefone ou por comunicação via rede social.

[...] o relacionamento é bom. Agente tem uma tutora [...] ela visita cada UBS para ver como que agente está trabalhando, se agente tem algum problema, se agente tem alguma preocupação... Além disso, ainda tem o telefone, que pode entrar em contato com ela a qualquer hora. E de três em três meses ela faz uma reunião com todos os médicos para, numa reunião educativa, ela leva problemas de medicina para ser discutido, para ver como está o conhecimento do pessoal [...] (M.1).

Em relação aos profissionais das UBSF, ficou claro o entrosamento entre a equipe da ESF, tendo inclusive seus problemas resolvidos no próprio estabelecimento, não necessitando de ajuda externa para a solução dos mesmos. Assim, observou-se que a equipe de saúde se interage satisfatoriamente o que torna mais resolutiva as ações em saúde por eles dispensadas. Segundo Medeiros e Batista (2016), a capacidade de comunicação, o respeito à vida humana, a ética nos relacionamentos e o bom convívio social, fazem parte de um complexo processo e que vem a contribuir com a polissemia do termo humanização, devendo ser fomentado na graduação dos profissionais de saúde e nos momentos de educação permanente dos profissionais de saúde.

Minha unidade é linda (se emociona quando fala sobre os profissionais que atuam na UBSF) [...] são poucas as unidades que não tem conflito, mas aqui não [...] A equipe é fundamental, se a equipe não tem um bom relacionamento no trabalho não vai [...] (M.2).

[...] não tive problema nenhum com a inter-relação entre profissionais [...] (falou o nome de uma dentista que trabalhou com ele) uma maravilha, uma maravilha com tudo, agente se deu muito bem. Agente começou, tipo, encontrava um problema ela ia lá e passava pra mim, eu passava um problema pra ela... a comunicação era muito fluente, muito boa. Com a enfermeira nada (no sentido de não ter tido nenhum contratempo), ou seja, nada além do que acontece no dia-a-dia do trabalho, ou seja: você pode “discrepar” de alguma coisa e no outro dia “eu gosto de você, um abraço e está tudo bem”. Além disso, nada demais [...] (M.4).

O SUS, como política de saúde universal e promotora do acesso igualitário aos serviços públicos de saúde, tem no seu interior a APS e, de forma particular no PMM, Política Social em voga, instrumentos responsáveis por viabilizar o acesso, o vínculo e a participação ativa de brasileiros - de usuários, aos serviços de saúde nas UBS. Segundo Romano (2008), o médico que atua na APS deve, portanto, ser capaz não só de ter amplo conhecimento sobre o campo biológico da doença, mas também de ter o conhecimento e a dimensão da comunidade em que está inserido, produzindo cuidado em saúde ao valorizar o sujeito em seu ambiente.

Nas entrevistas com os médicos foi notado que os usuários do sistema de saúde não despertaram estranheza aos participantes do PMMB, o que contradiz alguns achados em estudos nacionais, ao relatarem ser uma relação conflituosa entre profissional-usuário, e que vem a prejudicar a condução dos serviços em saúde (CAPRARA e SILVA FRANCO, 2006).

Os usuários são como todos os pacientes do mundo [...] a maioria dos pacientes daqui não tenho nenhuma queixa [...] claro que tem umas pessoas que, por exemplo: querem pegar atestado médico sem trabalhar, aí quando você fala que não, elas não gostam. São pessoas que querem que você faça coisas que não são legais [...] (M.1).

Questionados sobre os pontos positivos do PMMB, todos relataram estar satisfeitos com os trabalhos realizados ao longo dos três anos de missão. Chama a atenção o relato de um médico cubano em relação à receptividade do povo brasileiro, mesmo com os contratemplos ocorridos com a chegada destes em território brasileiro. Este profissional disse estar emocionado e encantado com a receptividade da comunidade, e que também leva de positivo a qualidade da infraestrutura dos dispositivos de saúde, apesar de serem utilizadas de forma inapropriada.

Sobre os pontos negativos, e que prejudicaram a qualidade do trabalho ofertada, ganharam destaque a falta de medicamentos básicos e a utilização indevida da ambulância – prática corriqueira nas UBS, aqui pontuando a empiria do autor.

[...] falta (medicamento), no momento só tem Dipirona e dois ou três medicamentos que são de uso esporádico... Antibiótico não tem nenhum. Antiinflamatório tem o Diclofenaco, não falta, mas outra coisa não tem. Medicamento de pressão alta, não tem [...] (M.4).

[...] ambulância. A ambulância é para transportar doente. Eles (gestores, profissionais e usuários) têm que saber que a ambulância não é para transportar um paciente que vai fazer fisioterapia, de 30 anos e que tem um problema no cotovelo. Eu passei vários e vários sustos aqui que, realmente precisava de ambulância e a ambulância estava levando alguém pra uma fisioterapia, pra uma consulta marcada [...] a maior decepção é essa: o uso e o abuso de recursos que poderiam ser bem utilizados e que daria um

resultado bem maior do que estamos fazendo [...] (M.4).

Sobre todas as precariedades levantadas - insumos, estrutura física e gestão, é fácil correlacioná-las à redução dos serviços realizados pela ESF. Girardi *et al.* (2016) relataram, por meio da análise de questionários autoaplicáveis com médicos do PMMB, que a falta de materiais e a carência de estrutura adequada ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde são os principais motivos para a não realização de alguns procedimentos na UBSF. Contudo, tanto os resultados da pesquisa em voga, quanto os encontrados por Girardi *et al.* (2016), ratificam que o escopo de práticas de médicos do PMMB estão abaixo de suas capacidades, prejudicando a resolutividade dos serviços desta natureza e elevando a procura dos usuários por serviços de maiores complexidades para a resolução de casos primários. De maneira geral, os médicos acreditam que poderiam ter contribuído mais para o desenvolvimento da saúde pública municipal, mas não se sentem culpados, na medida em que relataram atuar dentro das condições disponíveis.

Acho que dava pra fazer mais, tipo, se eles colocam em primeiro lugar [...] mais agente comunitário e mais o médico, tanto teria feito se era cubano ou brasileiro, mas que trabalhasse pra dividir a população, porque você não pode ter um planejamento de uma população tão grande de ver o profissional a cada três meses porque tem pressão alta e ver a gestante todo mês [...] a segunda foi uma distribuição muito errada da distribuição dos recursos materiais... Eu trabalho em condições que eu tenho que sair da minha sala pra lavar as mãos num banheiro que fica longíssimo, entendeu [...] passou acho que doze dias sem ninguém pra fazer faxina... Então tive que parar de atender, não por falta de nada, mas por sujeira [...] (M.4).

Sobre as considerações finais a cerca do PMM, os médicos pontuaram a inserção de práticas de saúde que, sem a presença de uma equipe de saúde da família completa, seria impossível de ser colocado em prática. O conhecimento da população, de seus problemas e a aproximação da equipe da ESF com a comunidade na qual está responsabilizada foi o grande destaque desta etapa.

[...] acho que foi algo muito bom que fez o Brasil [...] agora, toda vez tem um médico que fica a semana toda e, assim, conhece a população, conhece as famílias... Tem umas pessoas que nunca podiam vir aqui na UBS, pessoas acamadas... Porque são “retrasados mentais severos”, que não podem estar na rua, ou que não conseguem ir a num centro especializado. [...] E aí aparece a visita domiciliar, agente conhece a família, sabe de tudo o que acontece com aquela família, se tem algum problema [...] (M.1).

O médico interage tanto na comunidade que chega a conhece todo mundo, entendeu... Minha Agente Comunitária fica assim: engraçado porque ela fala o nome do paciente e eu falo o sobrenome [...] Eu sei porque agente fica aqui, direto com os pacientes, e termina conhecendo todo mundo [...] as pessoas se sentem em confiança comigo. Chegam, falam de seus problemas

familiares, o que acontece com seu esposo, com seus filhos, com se sentem. O paciente chega a ter essa confiança com o médico. E é muito bom, porque, como estava falando, o homem é um ser bio-psico-social, tem que estar relacionado as três coisas. Você não pode ver um paciente só na parte biológica. Tem que avaliar toda a parte social e a psicológica também. Quando alguma dessas três coisas se desregula, aí ocorre o processo saúde-doença, entendeu [...] que continue o PMM [...] (M.1).

Ao lançar um olhar sobre os elementos de tensão entre entidades médicas e o Governo no processo de implantação do PMM, Alessio (2015) concluiu haver uma falta de compreensão por parte dos “médicos brasileiros”⁵³ sobre o Programa em sua totalidade que não somente limitado à provisão imediata de médicos, assim como a falta de entendimento do papel regulador do Estado para cumprir a Constituição, cuja uma das missões é o acesso universal à saúde. Este desconhecimento às regras conferiu um mal-estar inicial com a chegada dos estrangeiros, mas que com o passar do tempo tem se revelado menos evidente, arrefecendo inclusive os atritos entre os profissionais e que resulta, dentre outros pontos, no aumento substancial da adesão de médicos brasileiros no PMMB, evidenciado nos últimos editais de chamamento (BRASIL. MS, 2017d). Em relação à vinda de médicos estrangeiros no Brasil, foi relatado pelos médicos do município algumas dificuldades de aceitação, tendo até mesmo prejuízo na assistência à saúde dos usuários atendidos por estes, ao colocar em risco a vida dos usuários:

[...] bom, eu fico uma coisa um pouco triste [...] mas os médicos brasileiros não gostam de nós. Meu caso particular, por exemplo: fui numa consulta porque estava passando mal... Eu ia pagar um exame, eu mesmo pagando, fui fazer um ultrassom. Quando cheguei à consulta, mesmo pagando, a Doutora ficou assim: E esse sotaque... Você é de onde? Eu falei: eu sou de Cuba. Aí ela falou assim: o que está fazendo aqui? Eu falei: eu estou pelo Programa Mais Médico... O rosto da doutora mudou... Na hora... Ela ficou zangada, não falou mais nada comigo. Aí eu fiquei um pouco triste, desapontada, porque agente é colega, não é para ficar assim [...] (M.1).

[...] tenho um amigo em comum com vários médicos [...] então em várias reuniões de amigos agente coincidiu com vários médicos, e dava pra ver um pouco de rejeição, que foi sendo superado pouco a pouco, acho que pela convivência entre os círculos de amigos em comum [...] mas no início era uma resistência um pouco feia [...] (M.4).

Teve vários relatos de pacientes que pegaram o encaminhamento comigo porque tinham algum problema de saúde, chegaram ao especialista, o médico viu que era encaminhamento de um médico cubano e rasgou. Três dias depois, o cara (o usuário) começou a agravar o quadro, teve que internar e foi certo a minha suspeita. Sendo que ele poderia ter lido, ter encaminhado o paciente para um outro profissional [...] porque o fato de ser de outro país não diminui a qualidade [...] (M.4).

⁵³ “médicos brasileiros”: médicos que atuam no Brasil e que não fazem parte do PMMB.

Sobre a questão da renovação do contrato com o PMMB, os médicos cubanos foram unânimes em dizer que não iriam renovar, e que estavam concluindo seu tempo em Campos dos Goytacazes nos próximos meses e que retornariam a Cuba. Os motivos foram: estar longe da família por muito tempo, uma vez que estes já tinham realizado “missões” em outros países, o que resultou no mínimo de quatro anos afastados do seu país de origem – exceto o período de férias em que o profissional fica um mês na sua casa; e a busca de outras conquistas profissionais, como a realização de especialização no seu país de origem. Quanto aos médicos brasileiros, alguns resolveram renovar, o que ficou demonstrado no relato a seguir (G.A). Utilizou-se do relato do gestor de modo a preservar a identificação dos profissionais médicos, caso fossem utilizados seus próprios discursos. Segundo G.A “*dos cubanos, nenhum deles renovou [...] dos brasileiros, que eu sei pelo menos de dois, que eu tenho mais contato, querem renovar*”.

Questionado se os objetivos em realizar a “missão” foram alcançados, os médicos cooperados foram enfáticos em relatar que a experiência foi positiva, alcançado os interesses financeiros e com um ganho de experiência relevante, sobretudo em relação ao aprendizado e à forma de intervenção sobre algumas doenças que não existem em seu país de origem, tais como a dengue, a zika, a chikungunha e a leishmaniose.

5.3 AGENTES INSTITUCIONAIS: CONFLITOS OU CONCORDÂNCIAS DE POSICIONAMENTOS?

De posse da análise em separado dos discursos segundo as categorias profissionais demonstradas nos subitens anteriores, e mesmo no capítulo anterior, alguns pontos merecem ser observados por coincidirem nos posicionamentos dos agentes institucionais. Em contrapartida, outros serão destacados tendo em vista a contrariedade de opiniões, diferindo as expectativas e os desafios do PMMB no município.

Sobre o desempenho dos médicos cubanos, ficou registrado por todos os entrevistados o compromisso deste profissional em desenvolver um trabalho de qualidade. Segundo o gestor G.A os médicos cubanos possuem um diferencial de qualidade: “*sobre os cubanos, 99% pode dizer que são bons, são ótimos e trabalham mesmo, um ótimo trabalho. Você ver que o compromisso com o trabalho é diferente*”. O mesmo foi observado pelos profissionais:

[...] eu vi, eu trabalho com o profissional que cumpre a carga horária, e que as pessoas (usuários do sistema de saúde) ficam até espantadas: ‘Tem médico aí, tem médico?’[...] ‘Precisa de ficha?’ [...] “os que vem de fora”(os médicos cubanos) cumprem a carga horária, estão juntos com os outros profissionais, cumprindo a mesma carga horária [...] (E.1).

A desconfiança nos médicos do PMMB, especialmente os cubanos, alimentadas por diversas entidades e instituições mesmo antes de chegarem ao Brasil e iniciarem suas atividades, alcançou até mesmo a população em que tinham precarizados os serviços de saúde. O tema, já abordado anteriormente a respeito destes contratemplos e que os mesmos foram superados com o tempo na medida em que os trabalhos destes profissionais foram sendo desenvolvidos, retoma nos discursos de todos os profissionais de saúde. O que se mostra nos discursos, igualmente nas falas dos gestores, é que, com o passar do tempo, notou-se a qualidade e o preparo técnico deste profissional, sobretudo dos cubanos, ficando também notório todo o seu comprometimento em resolver, ou amenizar, as demandas em saúde das áreas por eles responsáveis.

[...] mas aonde temos (médicos cubanos do PMM), a população tem um carinho muito especial por eles, agente não recebe reclamação. Então agente considera exitosa a vinda dos estrangeiros, e isso foi, no meu entender uma quebra de paradigma, de barreira, para que os médicos brasileiros acordassem também para isso. Que existe um trabalho para ser feito na Atenção Básica, o médico tem uma boa remuneração, ele tem espaço para estar trabalhando em plantão, no sábado [...] Começou a ver que não era o que eles falavam (os contrários ao PMM) [...] (G.C).

[...] o preconceito não só é inevitável como ele de certa forma é um primeiro momento mesmo e por um lado bom de reação. A quê? Porque não é ser cubano,... mas o preconceito do impacto de algo que é feito com competência, com bons resultados e que diz pro outro: 'olha, isso que você falava que era impossível, eu faço. E está aqui'. Então quer dizer, isso inevitavelmente provoca essa onda que agente chama de preconceito, a princípio com os cubanos [...] (G.B).

Eu acho que quando eles chegaram foi uma, no Brasil todo, foi uma tentativa de desqualificar o serviço deles [...] acho que o maior reconhecimento foi da própria população [...] aqui comigo não tive problema nenhum com os profissionais que vieram trabalhar comigo, nunca tive... de atendimento, profissional... Pelo contrário, me surpreendi bastante, muito prestativos [...] (E.4).

Os usuários no início eles se mostravam um pouco [...] assustados, meio que não entendia o idioma, e que hoje é normal [...] hoje eu acho que cada um de nós nos tornamos ídolos na sociedade em que agente trabalha [...] Tipo, lá agora, infelizmente eles estão querendo fazer um abaixo-assinado, acho que já tem umas 8 mil assinaturas, mas não dá certo, tenho que sair [...] (M.4).

Uma justificativa para tal desconfiança, sem levar em conta alguns posicionamentos discriminatórios e preconceituosos infundados, pode estar no estudo de Machado (1997), ao descrever a medicina brasileira com prerrogativas monopolistas na disputa de mercado de

serviços especializados em saúde, e que teve, ao longo de toda a história da categoria profissional, ligações estreitas com o Estado e com a elite brasileira, o que o fez desta uma carreira promissora e bem-sucedida. Na prática, o que desde sempre era compreendida como uma profissão elitizada, e que era constituída de profissionais da cor branca, com prestígio social, político e econômico, agora, com o PMMB, sobretudo com a vinda de médicos cubanos, teve ao mesmo tempo uma quebra de diversos paradigmas, tendo profissionais de alto grau de qualidade e que não pertençam às mais altas classes econômicas, inclusive de estrutura socioeconômica distinta da historicamente relatada por Machado (1997).

Se por um lado não houve reclamação quanto ao trabalho desenvolvido pelos Cooperados, o mesmo não se pode dizer de alguns médicos brasileiros aderidos ao PMMB de Campos dos Goytacazes, o que segue representado pelas entrevistas dos gestores:

[...] O que nós tivemos com os cubanos a supervisão resolveu, tipo: os cubanos quando eles chegam eles cumprem a carga horária com uma rigorosidade que agente nem conhece. Mas com o passar do tempo ele vai se 'abrasileirando', ele vai agregando hábitos: 'o outro colega do posto não vai, então eu também não vou e tal...'. Então, agente teve alguns casos de profissionais que deixava a desejar no que diz respeito à pontualidade, assiduidade, que ficavam pouco tempo no posto, ia de manhã e não voltava a tarde. Enfim, agente teve que colocar para os supervisores, e os supervisores chamaram a atenção deles e eles se corrigiram, pelo menos até onde eu sei, todos eles cumprem a suas obrigações e seus horários também [...] (G.C).

[...] tivemos algumas experiências que agente considerou que não foi 100 %, principalmente pelo profissional que vem e ele não está com o perfil para este tipo de trabalho, ou ele não está capacitado, ele vem de faculdades brasileiras, com os cubanos nós não tivemos esse problema [...] (G.C).

[...] já com o profissional brasileiro, nós tivemos um ou dois problemas, que o profissional não estava preparado para trabalhar na ESF. Ele não tinha conhecimento de qual é a proposta da ESF, quer dizer, ele estava perdido... a formação dele, acadêmica mesmo, dele querer trabalhar bem naquele modelo antigo: ambulatorial, querer equipamento [...] (G.C).

Sobre as divergências de posicionamentos entre os agentes institucionais envolvidos na pesquisa, há que se relatar alguns pontos.

No sentido contrário à realidade atual da maioria dos serviços de Saúde, em que os trabalhadores pouco participam da gestão dos serviços, o HumanizaSUS propõe como diretrizes essenciais para a humanização das práticas de saúde a gestão participativa, a educação permanente e o redimensionamento do trabalho para a produção de subjetividades

(BRASIL, 2004). Segundo Rios (2009), a humanização das práticas de saúde não se pode limitar ao ambiente e à relação estabelecida com o profissional.

[...] não se trata mais de pintar paredes e fazer brinquedotecas, ou recuperar a teoria do vínculo. Ainda que tudo isso seja muito importante para a melhoria do espaço e das relações humanas, não haverá humanização se não houver profundas mudanças na forma do fazer institucional referentes à gestão e à organização do trabalho, resgatando aos trabalhadores o protagonismo, a dignidade, o respeito e a sensibilidade que se deseja ver aplicados no cuidado aos pacientes [...] (RIOS, 2009, p. 115).

Seguindo as contribuições de Rios (2009), há que se dimensionar que a humanização das práticas de saúde não se restringe às condições do ambiente de trabalho, mas que também deve envolver o profissional de saúde e os usuários dos serviços como protagonistas da gestão, devendo serem tratados de forma respeitosa e numa condição de igualdade entre todos os outros agentes – tendo voz ativa no planejamento das ações em saúde e sendo valorizados como fundamentais ao sucesso da saúde pública. Mas, o que se observou nos relatos dos profissionais da ESF, representado pela fala de D.2 mostrada a seguir, foi uma falta de compromisso e de valorização da gestão municipal para com os médicos do PMMB, sendo contestado no relato dos gestores – representado pelo G.C, e que é demonstrado na sequência.

[...] a minha médica passou muita raiva com essa prefeitura (Campos dos Goytacazes). Por conta de pagamento, por causa dos atrasos... então isso decepcionou muito eles... isso pra eles (o atraso) não existe, eles foram criados na disciplina [...] (D.2).

[...] dá (os recursos financeiros que os médicos recebem) uma qualidade de vida a eles muito superior a que eles vivem no país deles. Então, todos que moram aqui em Campos, moram em bons bairros, em bons apartamentos, eles moram muito felizes aqui. Você não tem nenhum cubano triste aqui. Todos estão felizes da vida, adoram morar em Campos. Campos os acolheram muito bem, diga-se de passagem, tanto o governo quanto a população [...] (G.C).

Outro ponto de discordância foi em relação à comunicação entre os gestores de saúde e os profissionais das UBSF. Tais achados na pesquisa sobre este ponto seguiram o caminho relatado por Rios (2009, cap. 10), fruto de estudo realizado numa UBSF de São Paulo, na qual relatou, entre todas as categorias de profissionais, dificuldades de comunicação entre os setores na UBS e instâncias superiores do sistema de Saúde, acarretando a impressão de abandono e isolamento, o que vem a prejudicar a tomada de soluções conjuntas e pertinentes ao sucesso das Políticas Sociais em Saúde.

Também foi unânime nos estudos de Rios (2009, cap. 10), a avaliação de que o espaço físico da unidade era muito ruim, assim como a falta de funcionários para uma demanda cada

vez maior da clientela, e a falta de materiais e medicamentos. Era uma expectativa comum a todos os profissionais a melhoria daquele espaço físico insuficiente, inadequado para o desenvolvimento adequado das atividades em saúde.

Na realidade de Campos dos Goytacazes, o que ficou demonstrado é que falta organização nos serviços públicos de saúde municipal, além de carecer de melhorias nas estruturas físicas, na disponibilidade de insumos e de medicamentos. Tais pontos já foram abordados na seção anterior, mas que aqui tem seu espaço reservado por contrapor ao relatado pelos gestores, e apresentados no capítulo anterior, quanto à qualidade dos serviços oferecidos. A seguir, um relato de um médico que teve experiência em países menos desenvolvidos que o Brasil, e que certamente possuía uma disponibilidade de recursos limitada.

(Faz sinal de mais ou menos) olha... eu te falo que aqui, o que eu vejo assim... é triste falar ... mas quando ela compara aqui (Brasil) com África, por exemplo, o Brasil se mostra muito mais desorganizado do que locais da África em que ela trabalhou. Apesar de lá ser carente em muitas outras coisas, mas em termo de organização, aqui é mais desorganizado do que lá... Isso meio que decepcionou ela [...] (D.2).

De maneira geral, o observado na pesquisa de campo, tendo como fulcro a análise de conteúdo das entrevistas dos agentes institucionais responsáveis pela APS do município de Campos dos Goytacazes, e complementado pela empiria do autor, contribuíram para a compreensão da Política Social do PMM, sobretudo a vertente que promove a fixação do médico nas UBS municipais e que garante, com algumas ressalvas apresentadas, melhoria no acesso aos serviços primários de saúde às comunidades beneficiadas, mas que ainda dista de uma política resolutiva ao município como um todo – reflexo imediato da sua baixa cobertura, de aproximadamente apenas 11% da população, e das deficiências estruturais e organizacionais relatadas. Reflexões sobre a pesquisa serão apresentadas na etapa seguinte, de modo a traçar as considerações a respeito da condução do PMMB para o Brasil em Campos dos Goytacazes/RJ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuando incisivamente na condução dos serviços de saúde, o profissional médico e a maneira como se tem distribuído pelo Brasil influenciam sobremaneira o bem-estar social do país, sendo em alguns casos a escolha pelo local de trabalho danosa a um provimento socialmente adequado. Seja concentrando em certas regiões ou carecendo em muitas outras, em virtude de mecanismos falhos na regulação pelo Estado, e sempre respondendo melhor aos interesses de mercado, há que ser registrar uma busca, em especial nos anos recentes, do Governo Federal por garantias de uma distribuição geográfica “ótima”, ou ao menos “equilibrada”, capaz de atender, ao mesmo tempo, aos parâmetros técnicos e financeiros da categoria profissional e, sobretudo, às necessidades da população.

A disparidade entre carências - de oportunidades de trabalho, de infraestrutura adequada e de profissionais médicos atuando nas UBSs; e de excessos - de tecnologia, de modernização nos tratamentos, de “superespecialistas” e de valorização dos hospitais; gera, para Póvoa e Andrade (2006), “um resultado socialmente indesejado” (p. 155), fortemente influenciado pelo modelo biomédico em saúde, ainda base dos currículos acadêmicos e que são levados à prática durante a carreira médica.

Compreender que o SUS nasce após o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1970, mas que necessita de constante remodelação frente aos avanços sociais, políticos e econômicos do Brasil, como se fosse um movimento ininterrupto e que tenha como agentes essenciais os gestores, os profissionais e os usuários do sistema público de saúde, requer um aprimoramento, a cada dia mais evidente, a respeito da “tecnologia leve” (MERHY, 2005), no que concerne às relações inter-pessoais, destacando o acolhimento, o vínculo e a atenção integral como gerenciadores das ações de saúde, tais como o trabalho humanizado em saúde, que, sem abandonar a atenção individual, tem como preocupação a atuação na coletividade e mais próxima ao domicílio.

Como Política Social de destaque, o Programa Mais Médico (PMM), na sua essência, persegue o aumento de profissionais médicos na APS e que assim possibilite uma melhor distribuição no território nacional, ao mesmo tempo em que visa qualificar o ensino da medicina, ao reformular o conteúdo curricular da graduação do curso, aproximando os futuros profissionais às realidades do ambiente social no qual o indivíduo se insere e faz parte, além incentivar melhorias na infraestrutura dos estabelecimentos de saúde. Apesar dos diversos eixos estruturantes do Programa, é o eixo responsável por prover e fixar médicos nas UBS, brasileiros ou estrangeiros – o PMMB, o responsável pela maioria dos estudos a respeito do

tema, e o que desperta críticas quanto à legitimidade na contratação do profissional médico, estando também presente no município estudado artefatos desta natureza.

Tendo as potencialidades do PMM extensamente reveladas no decorrer da pesquisa, e que também vale para o caso de Campos dos Goytacazes/RJ, vale ressaltar que, apesar de ultrapassar as barreiras iniciais, a APS, com a participação efetiva do PMM, ainda sofre as consequências nefastas do modelo biomédico inserido nas práticas dos profissionais de saúde, o que carece de análises futuras a respeito das mudanças curriculares pretendidas pelo Programa com a implantação de novas DCNs para o curso de graduação em medicina no Brasil.

Também como reflexo do PMM, o aumento do número de vagas de graduação em medicina resultará, em médio prazo, no incremento de profissionais no mercado de trabalho e que podem até mesmo, se preparados para tal, optarem por dedicar à carreira da APS, da ESF, sobretudo atuando em locais remotos e de vulnerabilidades diversas. Só o tempo revelará as consequências de tais medidas, sendo contestada a todo o momento por alguns estudiosos do assunto. Portanto, a abertura de vagas de graduação em medicina com o advento do Programa desperta novos olhares ao analisar o quantitativo de vagas em cursos de medicina em relação ao perfil demográfico de cada estado brasileiro, demonstrado que as IES de natureza privada continuam a predominar em regiões mais urbanizadas e produtoras de maiores riquezas, seguindo uma mesma proporção em relação às IES privadas e públicas em momentos anteriores ao PMM.

Outro ponto evidenciado no estudo sobre a abertura de vagas de graduação em medicina, por novas IES ou pelo aumento nas escolas já existentes, foi que a expansão promovida pelo PMM não foi capaz de alterar substancialmente a representação do setor privado no ensino médico brasileiro. O que antes do Programa representava 69,9% das vagas em medicina, atualmente representa 69% das vagas criadas pela iniciativa do GF. E isto pode ser um preocupante para o avanço das políticas públicas em saúde, na medida em que a predominância do setor privado na educação médica se preservou após as medidas governamentais.

Após uma revisão dos principais estudos sobre o PMM em nível nacional, tendo seus contrapontos e suas evidências demonstradas, o trabalho avança na realidade de Campos dos Goytacazes, município da região Norte do estado do Rio de Janeiro, e que sofre, no percurso histórico apresentado a partir de 2008, com o provimento e a fixação de médicos na APS, sobretudo destes profissionais atuando na ESF. Prover e fixar médico na APS de Campos dos Goytacazes, apesar de algumas medidas dos governantes locais, não parece destoar da

dificuldade que acomete todo o cenário brasileiro, o que fez despertar o interesse em aderir ao PMM, responsável total e direto pela reativação das ESFs municipais.

É de despertar interesse que o quantitativo absoluto de médicos cadastrados no município supera em muito os números obtidos pelos profissionais Enfermeiro e Cirurgião-dentista, atingindo patamares muito superiores aos objetivos propostos pelo PMM no Brasil. Logo, o que inviabiliza o provimento e a atuação do médico nas UBS, seguindo o preconizado na APS, é a falta de profissionais com este perfil de trabalho, constatado pelo excesso de profissionais registrados como especialistas.

Quanto à redução da rotatividade dos médicos que atuam pelo PMMB no município, fundamental para o desenvolvimento da APS ao incentivar e fortalecer vínculos, entre equipe e entre profissional-usuário, e que diretamente estão relacionados à consolidação da confiança e da autonomia entre os agentes institucionais, tão singular ao trabalho humanizado em saúde, ficou caracterizado não ocorrer satisfatoriamente com os médicos brasileiros, os “CRM Brasil”, destoante dos “Cooperados”, o que pode estar associado à fraca regulação do município na manutenção do médico brasileiro, ao abrir possibilidades de relocação destes profissionais a outras unidades de saúde.

O abandono dos médicos cubanos ao PMMB, com a ida ilegal para outro país - em número de 03 casos no município, deu-se ao final do período de suas missões, o que minimiza os efeitos danosos. Também deve ser relativizado tal movimento, tendo em vista não corresponder a uma tendência em nível nacional. Quanto ao abandono de médicos brasileiros no município não se revelou de significativa importância, na medida em que dos 07 profissionais que desistiram do PMMB apenas 02 não continuaram o caminho da APS, considerando que 03 ingressaram no programa de residência médica antes de completarem um ano de serviços prestados pelo Projeto, tendo assim seus objetivos iniciais alcançados.

Uma das barreiras enfrentadas pela APS nacional e que tem expressamente registrado nas diretrizes do PMM como estratégia de ação e como objetivos da Política Social em destaque, passam pelo fomento de mudanças a respeito da humanização nas práticas de saúde, e que vem a corroborar na integralidade das ações em saúde e na resolutividade dos serviços produzidos. Este eixo – da Humanização das práticas de saúde, ganhou força e motivação na realização da pesquisa em si, no que tange, sobretudo, aos profissionais de saúde das unidades de saúde beneficiadas pelo PMMB.

Numa avaliação psicossocial da humanização no ambiente de trabalho, Rios (2009) relatou os efeitos danosos que dizem respeito à organização do trabalho. Por meio dos seus instrumentos de controle, disciplina e fragmentação das tarefas, a era moderna, segundo o

autor, retirou do trabalhador a visão da totalidade do processo que, ao final, torna-se alienado a este, perdendo o sentido sensível do trabalho, tornando uma atividade penosa, cujo retorno financeiro nunca lhe basta. Esta falta de integração entre gestores e profissionais de saúde, verticalizando todo o planejamento dos serviços, foi percebida nos relatos apresentados pelos profissionais de saúde como prejudicial ao bom andamento dos serviços.

Preocupado com esta alienação é que o MS implantou o HumanizaSUS, como oportunidade de mudar a cultura institucional da atenção à saúde para usuários e trabalhadores. Dos princípios norteadores, destaque para: o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o compromisso com a democratização das relações de trabalho; e a valorização dos profissionais da rede, estimulando processos de educação permanente (BRASIL. MS, 2004). O que se observou no trabalho foi o fortalecimento do trabalho em equipe das ESFs beneficiadas pelo PMMB em Campos dos Goytacazes, promovido com a vinda e a fixação do médico nas UBS e por sua diferenciada dedicação aos serviços primários em saúde, mas que ainda falta uma interação destes profissionais com os gestores e com os serviços de maiores complexidades.

A precarização nas relações entre os agentes institucionais de saúde, aqui compreendida por todas as esferas de complexidade, toma como refém o usuário do SUS, ao prejudicar a resolutividade de seus problemas e, muitas vezes até agravando o quadro de saúde inicialmente detectado. Posicionamentos preconceituosos a respeito da qualidade do profissional cubano foram relatados, sobretudo incentivados por médicos brasileiros atuante em hospitais municipais de referência ou em serviços especializados, chegando inclusive a ocorrer danos irreparáveis à saúde da população.

Muito do que foi trazido para o debate em relação ao PMMB, considerando a realidade local, foi também constatado no trabalho de Ruas (2015), ao percorrer todo o Brasil em busca de histórias sobre o PMM, ouvindo gestores, profissionais de saúde e usuários. De uma maneira geral, pode-se observar que o PMMB em Campos dos Goytacazes promoveu a estruturação de equipes de saúde da família (ESF), ocorrendo mudanças significativas no comportamento dos profissionais de saúde que compõem estas equipes, permitindo ofertar uma saúde qualificada, mais humanizada aos vulneráveis, sob os diferentes aspectos. Outro ponto em comum foi a regulação do mercado médico pela iniciativa do GF, ainda que muito acanhada, é verdade, mas que mostra alguma força quando se avalia a adesão crescente de médicos brasileiros ao Programa.

Ressalta-se que, assim como Minayo (2006), na saúde é possível humanizar até mesmo as técnicas, desde que realizadas no universo em interação entre os agentes

envolvidos. Além de quesitos técnicos, a humanização necessita, sobretudo, de sensibilizar pessoas com diferentes objetivos na relação entre o gestor e profissional de saúde, representados historicamente pelo detentor do saber, numa ponta, e o usuário, detentor da demanda, na outra, sendo insubstituíveis e não desprezíveis em momento algum.

Observa-se que a humanização tem na polissemia de definições um vasto campo de técnicas, de ações e de práticas, e que as mesmas devem atuar conjuntamente em benefício do ser vulnerável, como princípio básico de uma Política Social. As mudanças necessárias à realidade brasileira e afirmada no estudo de caso em tela, não se restringe ao formato do currículo do médico apenas, sendo necessárias estruturações que alcancem as práticas de saúde de todos os profissionais, dos gestores e até mesmo a participação ativa dos usuários no sistema público de saúde, além de uma rede de serviços de saúde efetiva, com melhorias no ambiente de trabalho e na oferta de equipamentos necessários, embora não muitos e nem muito custosos, para uma APS resolutiva e humanizada. É neste conjunto de coisas, e nunca apenas em alguns itens, em que o município em questão deve tomar como meta, caso queira tornar as políticas sociais em saúde mais próximas dos princípios que a regem.

Problemas na estrutura física das UBS despertam atenção para o fato de que ações resolutivas e humanizadas em saúde devem partir do princípio que o local de trabalho deve se apresentar acolhedor e que tenha identidade com os profissionais de saúde e com a população que nela frequenta. Mesmo tendo sido reformados para a chegada dos médicos do PMMB, os estabelecimentos de saúde carecem de ambiência, afastando da aparência hospitalar, e que seja confortável para o sucesso das atividades individuais e coletivas realizadas.

Ainda em relação aos estabelecimentos de saúde, a escolha das unidades para acolher o médico do Programa, e por consequência para adotar o modelo de trabalho da ESF, utilizou-se, segundo os gestores, do quesito “distância” em relação ao centro municipal, assim beneficiando as mais distantes e as de maior vulnerabilidade social. Entretanto, há que ressaltar que tais estabelecimentos, os beneficiados inicialmente pelos médicos cubanos, estão localizados em regiões mais afastadas dos principais serviços de saúde, fato que resultou por consequência na localização dos “CRM Brasil” em regiões mais próximas à sede municipal. Quanto à distribuição espacial das unidades de saúde, ressalta-se que as localizadas mais periféricamente, apesar de possuírem médicos, muitas delas não possuem equipes de saúde da família completa segundo as normativas federais, o que pode prejudicar o andamento das atividades em saúde.

Os relatos dos profissionais de saúde, Enfermeiro e Cirurgião-dentista, caminham num mesmo sentido no que confere aos ganhos com o PMMB no município de Campos dos

Goytacazes. O aumento do acesso aos serviços da APS, o acolhimento humanizador do médico em questão, a escuta atenta às demandas em saúde, a realização minuciosa do exame físico e a disponibilidade e a dedicação para o trabalho registraram o trabalho do profissional deste Programa, sobretudo do profissional cubano. O intercâmbio de experiências também foi relevante a muitos profissionais entrevistados, o que permitiu, sobretudo, na qualificação técnica das equipes de saúde que conviveram com tais médicos.

Entretanto, pensar que a presença do profissional médico nas UBS é a salvação dos problemas de saúde não parece ser razoável, apesar de ser uma evidência na pesquisa quanto ao posicionamento dos gestores públicos municipais e que foram relatados por alguns profissionais. O distanciamento dos gestores públicos municipais à realidade dos estabelecimentos de saúde, evidenciado na falta de planejamento interdisciplinar nos problemas localizados de saúde na comunidade, além da precarização em insumos, equipamentos e medicamentos para o adequado funcionamento dos serviços de saúde, deixam a triste evidência de que o PMMB, apesar de todo o sucesso no contexto municipal, poderia ser muito mais frutífero.

Contudo, acredita-se que em Campos dos Goytacazes/RJ, assim como uma tendência nacional, os agentes institucionais pesquisados - gestores e os profissionais inseridos neste contexto tenham avaliado positivamente o PMMB, principalmente no que confere à Humanização das práticas de trabalho em saúde, refletindo positivamente na qualidade dos serviços prestados. Uma pesquisa sobre este ponto certamente contribui para desmistificar a verdadeira contribuição do PMMB no município de Campos dos Goytacazes quanto à qualificação dos serviços básicos de saúde ofertados, tendo como objetivo principal a promoção e o desenvolvimento da APS local e, oferecendo melhores condições de vida à população adscrita nas UBSF. O ainda pouco tempo de vida do PMM, associado à baixa cobertura da ESF no município estudado impedem o acompanhamento a contento de indicadores em saúde, sobretudo os diretamente ligados à APS, o que poderia ser imperioso na avaliação da Política Social em voga, mas que deve ser perseguido em tempos futuros.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública** (*online*), Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17>>. Acesso em: 15 Jan. 2018.

ALENCAR, N. P. A. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** (*online*), v. 10, n. 26, p. 1290-1301, Mai./Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2085/1166>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 90 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Brasília. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/19306>>. Acesso em: 15 Jan. 2018.

ALMEIDA, A. B. Currículo invisível: da lagarta a borboleta. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 3, p. 28-30.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** (*online*), n. 10, v. 2, p. 136-146, 2005. Disponível em: <https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf>. Acesso em: 28 Dez. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade** (*online*), v. 13, n. 3, p. 16-29, Set./Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 26 Jul. 2016.

_____. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap.2, p.49-83.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1 ed., 2ª reimpressão, 2016, 120 p.

BARRA, P. "Não podemos fazer do Brasil a casa da mãe Joana", diz Bolsonaro sobre imigração de venezuelanos e haitianos. **InfoMoney.com** (*online*). Publicado em: 22 Out. 2016. Disponível em: <<http://www.infomoney.com.br/mercados/politica/noticia/5662466/nao-podemos-fazer-brasil-casa-mae-joana-diz-bolsonaro-sobre>>. Acesso em: 20 Jan. 2017.

BARROS, N. F. **As ciências sociais na educação médica**. 1. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016, 185 p.

BATALHA, E. A complexa formação do futuro doutor. **Radis: Comunicação e Saúde**. n. 134, p. 22-23, Nov. 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/>>. Acesso em: 20 Jan. 2017.

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil**. São

Paulo: Editora Cortez, (Coleção docência em formação: ensino superior), 2015, 398 p.

BATISTA, D. A. Doença não é só o que agente vê, mas o que a gente “sente”. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 8, p. 53-56.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, n. 10, v. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 Dez. 2017.

BIANCHINI, M. P. A. O Programa Mais Médicos e os médicos cubanos: uma análise sobre o prisma dos tratados de direitos humanos e dos direitos fundamentais da Constituição da República de 1988 . **XXIV Encontro Nacional do CONPEDI – UFS: direito internacional dos direitos humanos**, Aracaju/SE 2015.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano**. Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. Disponível em: <www.dhnet.org.br>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Coleção Antropologia & Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136p.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, ed. 3, cap. 4, p. 87-117, 2013.

BRAGA, N. A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2016, cap. 6, p. 163-183.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.659, de 05 de abril de 1911**. Aprova a Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental na República. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, Poder Executivo, 06 abr. 1911. Seção 1, p. 3983. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8659-5-abril-1911-517247-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de Março de 1986. Brasília. Relatório Final, Brasília, 1986, 29 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 03 Out. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988, 124 p. Disponível em: <http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/constituicoes/constituicao_federativa.pdf>. Acesso em: 02 Jan. 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE nº 776/97**. Brasília-DF, 03 de dezembro de 1997. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, 1997, 04 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693/GM, de 05 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. 2000a. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20693,%20de%2005jul00.pdf>>. Acesso em: 09 Dez. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 09 Dez. 2017.

_____. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 nov. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 01 Mai. 2017.

_____. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 nov. 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 01 Mai. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001c. 60 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 09 Dez. 2017.

_____. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. 2002a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 01 Mai. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Informe Saúde. **Promed**: lançado programa para mudar currículo de medicina. Ano VI, n. 158, 2002b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>>. Acesso em: 10 Ago. 2017.

_____. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria nº648/GM, 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2008, 74 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 05 Jan.2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimpressão – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 06 Jan. 2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 01 Ago. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário de formação médica para Atenção Básica**: realizado em 25 e 26 de setembro de 2013. Brasília, DF, 2013a. 26 p. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20\(1\)%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20(1)%20(2).pdf)>. Acesso em: 20 Mai. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. **Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras

providências. Diário Oficial da União, 2013b; 23 out. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Portaria Conjunta. **Portaria Interministerial nº1 de 21 de Janeiro de 2014**. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/poc0001_21_01_2014.html>. Acesso em: 22 Dez. 2017.

_____. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 01 Mai. 2017.

_____. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria nº 118, de 18 de Fevereiro de 2014**. Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral. DOU nº 35, de 19 Fev. 2014, Seção 1, p. 73. 2014c.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Nota Técnica nº 292/2016, de 14 de Março de 2016**. 12 p. 2016a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas Acesso em: 02 Dez. 2017.

_____. Programa Mais Médicos. **Médicos estrangeiros poderão ficar por mais três anos no Programa**. Publicado em: 05 de Mai. 2016. 2016b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/232-medicos-estrangeiros-poderao-ficar-por-mais-tres-anos-no-programa>>. Acesso em: 11 de Ago. 2016.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. **Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016**. Prorroga o prazo de dispensa de que trata o Art. 16 da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 2016. Seção 1, p. 1. 2016c. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13333-12-setembro-2016-783592-publicacaooriginal-151050-pl.html>>. Acesso em: 02 Jan. 2018.

_____. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 19 de 10 de Novembro de 2016**. Adesão de médicos ao Programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2016d. Disponível em: <http://189.28.128.100/masmedicos/Edital-MEDICOS-PMMB_13-Ciclo-com-Permuta.pdf>. Acesso em: 27 Jan. 2017.

_____. GF. Governo Federal. **Programa Mais Médicos**. 2017a. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

_____. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (*online*), 2017b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 01 Jan. 2017.

_____. GF. Governo Federal. Ministério de Trabalho e Emprego (*online*). **Classificação Brasileira de Ocupações**, 2017c. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017

_____. GF. Governo Federal. **Mais Médicos: brasileiros preenchem 99% das vagas**. Por SILVA, P. Agência Saúde. Programa Mais Médicos. 2017d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/243-mais-medicos-brasileiros-preenchem-99-das-vagas>>. Acesso em: 27 Jan.2017.

BRASÍLIA. Controladoria Geral da República. **Parecer nº SR-78**. Brasília DF, 15 de Dez. 1988, p. 349-360. Disponível em: <<http://www.agu.gov.br/page/atos/detalhe/idato/7924>>. Acesso em: 15 Set. 2017.

BRITO, L. M. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. 2014. 109 f. Monografia em Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Brasília. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10286/1/2014_LusmairMartinsdeBrito.pdf>. Acesso em: 28 Dez. 2017.

BRUSCKY, T. Onde andaré o meu doutor ? **Saber-Literário**: Diário Literário (*online*). Publicado em: 16 Abr. 2014. Disponível em: <<https://saber-literario.blogspot.com.br/2014/06/onde-andara-o-meu-doutor-tatiana.html>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

BURNETT, V.; ROBLES, F. Êxodo recorde de médicos cubanos para os EUA irrita governo Castro. **New York Times** (*online*). Publicado em 31 Dez. 2015. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/the-new-york-times/2015/12/22/exodo-de-medicos-cubanos-para-os-eua-amplia-a-tensao-nas-negociacoes.htm>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Portal Regional da BVS: informação e conhecimento para a saúde**. Disponível em: <<http://bvshalud.org/>>. Acesso em: 10 Ago. 2017.

CAETANO, R. C.; VARGAS, D. S.; ARRUDA, S. M. “Programa Mais Médicos”: esquadrinhando uma política de saúde que viraliza. **Liinc em Revista** (*online*), Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-356, Nov. 2017. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3973>>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; NETO, J. F. R. Estudantes de medicina nos serviços de Atenção Primária: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica** (*online*): Rio de Janeiro. v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011. Disponível em: <<https://www.scienceopen.com/document?vid=da972f76-6519-4d33-9623-0228e0072063>>. Acesso em: 23 Mai. 2017.

CAMARGO JÚNIOR. K. R. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da Clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** (*online*). Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-227, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/08.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2017.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. 2005. 202 f. Dissertação de Mestrado - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2438>>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública** (online), v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122008000200007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 17 Out. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In: RIZZOTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Orgs.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 43-58, 2014.

_____. **A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. 2015. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente>>. Acesso em: 09 Nov. 2015.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Lei nº 8005, de 09 de Junho de 2008**. Cria cargos públicos e vagas na secretaria municipal de saúde, para execução de atividades do Programa de Saúde de Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), especialistas em Saúde Bucal (ESaub), de Agente de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rj/c/campos-dos-goytacazes/lei-ordinaria/2008/801/8005/lei-ordinaria-n-8005-2008-cria-cargos-publicos-e-vagas-na-secretaria-municipal-de-saude-para-execucao-de-atividades-do-programa-de-saude-de-familia-psf-programa-de-agentes-comunitarios-de-saude-pacs-especialistas-em-saude-bucal-esaub-de-agente-de-combate-as-endemias-e-agentes-comunitarios-de-saude-e-da-outras-providencias?q=8005>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Edital de Concurso Público 01/2008**. 2008, 40 p. Disponível em: <<https://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-campos-dos-goytacazes-rj-573-vagas>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. **Diário Oficial do Município de Campos dos Goytacazes**. Ano VI – Nº XLVI, Poder Executivo. 12 de junho de 2014, folha 01. Disponível em: <http://www.campos.rj.gov.br/up/diario_oficial.php%3Fid_arquivo%3D1517>. Acesso em: 09 Nov. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Campos dos Goytacazes, 2015. Disponível em: <<https://www.campos.rj.gov.br/lista-orgaos.php?PGpagina=5&PGporPagina=10>>. Acesso em: 10 Abr. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6º ed./2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009, segunda parte, p.44-81.

CAPRARA, A.; SILVA FRANCO, A. L. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades e falácias. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap. 3, p. 85-108.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia de Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902849&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

CARVALHO, A. M. Políticas sociais: afinal do que se trata? **Revista Agenda Social**. Revista do PPGPS/UENF. Campos dos Goytacazes, v.1, n.3, Set.-Dez. 2007, p.73-86.

CARVALHO, G. L. **Enfrentando Paradoxos**: a análise constitucional do Programa Mais Médicos como afirmação do direito à saúde. 2014. 149 p. Dissertação de Mestrado em Direito - Faculdade de Direito do Sul de Minas. Pouso Alegre-MG: FDSM, 2014. Disponível em: <<https://www.fds.edu.br/mestrado/arquivos/dissertacoes/2015/01.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2016.

CARVALHO, A. M; TOTTI, M. E. **Formação histórica e econômica do Norte Fluminense**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006, 135 p.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação (online)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, Nov./Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 Ago. 2017.

CASAÑAS, A. La emigración de profesionales desde el país que la emite. El caso cubano. **Aldea Mundo (online)**, v. 11, n. 22, Nov.2006/Abr.2007. Disponível em: <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18232/2/articulo3.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2017.

CECCIN, R. B; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica (online)**, n. 29, v. 1, p. 266-277, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300009>. Acesso em: 28 Dez. 2017.

CERQUEIRA, J. P.; ALVES, S. M. C. A Constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**: Brasília, v. 5, n. 2, p. 91-107, Abr./Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/249>>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

CFM. **Conselho Federal de Medicina**. População que depende do SUS tem três vezes menos médicos que usuários de planos de saúde. Publicado em: 30 Nov. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25874%3A2015-11-27-18-22-27&catid=3>. Acesso em: 04 Nov. 2017.

CHRISTIANO, A. B. Homenagem a Bolsonaro em Campos gera polêmica de dimensão nacional. **Folha 1**. Campos dos Goytacazes (online). Publicado em: 20 Mai.2016. Disponível em: <http://www.folha1.com.br/_conteudo/2016/05/blogs/pontodevista/1112375-homenagem-a-bolsonaro-em-campos-gera-polemica-de-dimensao-nacional.html>. Acesso em: 17 Out. 2017.

CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/comissao-nacional-sobre-determinantes-sociais-da-saude>>. Acesso em: 10 Jan. 2018.

COLLAR, J. N.; NETO, J. B. A.; FERLA, A. A. Formulação e Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção e Cuidado em Saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Revista Saúde em Redes (online)**, v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/591>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902729&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

_____. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902749&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501389&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

CUNHA, D. A. C. Violência verbal nos comentários de leitores publicados em sites de notícia. **Calidoscópico (online)**, v. 11, n. 3, p. 241-249. Set./Dez. 2013. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/cld.2013.113.02>>. Acesso em: 01 Mai. 2017.

DAB. Departamento da Atenção Básica. Brasil. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php>. Acesso em: 18 de Set. 2016.

DE MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica (online)**, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2017.

_____. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, 296 p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, n. 9, v. 1, p. 07-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 07 Dez. 2017.

_____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap. 1, p. 33-47.

DI JORGE, F. M. Estudo jurídico do Programa Mais Médicos. **Acta JUS - Periódico de Direito (online)**, v. 1, n. 1, p. 24-34, Set./Nov. 2013. Disponível em:

<<http://www.mastereditora.com.br/actajus>>. Acesso em: 01 Jun. 2017.

DUNCAN, M. S. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (online)**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 233-234, Jul./Set. 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1004/0>>. Acesso em: 12 Dez. 2017.

EKSTERMAN, A. Sobre Humanizar a Medicina (a propósito de um pedido do prof. Edson Saad). **Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, módulo 1, fascículo 3, ano 2, 2003. Disponível em: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/sobre_humanizar_a_medicina.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Revista RA'E GA: o espaço geográfico em análise (online)**. Editora: UFPR, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/raega/issue/archive>>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? **Caderno de Saúde Pública(online)**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, p. 21-27, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000100003&script=sci_abstract>. Acesso em: 08 Dez. 2017.

FERREIRA, R. S. Jornadas de Junho: uma leitura em quatro conceitos para a Ciência da Informação. **Revista da Ciência da Informação e Documentação (online)**, Ribeirão Preto/SP, v. 6, n. 2, p. 05-19, Set.2015/Fev.2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/incid/article/download/89761/103870>>. Acesso em: 17 de Ago. 2016.

FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação (online)**, v. 11, n. 23, p. 515-29, Set./Dez. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0823.pdf>>. Acesso em: 02 Fev. 2017.

FILHO, L. G. C. A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. **Estudos de Psicologia (online)**: Campinas/SP, v. 34, n. 1, p. 63-73, 2017. Acesso em: 20 Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2017000100063&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Dez. 2017.

FLECK, I. Cubanos acolhidos pelos EUA não conseguem atuar como médicos. **Folha de São Paulo (online)**. Publicado em 10 fev. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/02/1409838-cubanos-acolhidos-pelos-eua-nao-conseguem-atuar-como-medicos.shtml>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

FNP. Frente Nacional de Prefeitos. **Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país**. Publicado em: 21 de Fev. 2013. Disponível em:<<http://cadeomedico.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 20 de Jul. 2016.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro. Ed. Forense-Universitária. Tradução de Roberto Machado, 1977, cap. 5, p.71-98.

FNS. **Fundo Nacional de Saúde**. Brasil. Governo Federal. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 Jan. 2018.

GARCIA, J. C. **La educación médica em la América Latina**. Washington, DC: OPS, 1972, 413 p. Publicación Científica n° 255.

GARCIA JÚNIOR, C. A. S. **Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos”** (*online*), Série Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 442 p. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/96651-ebook-rede-unida-2017-producao-de-vinculos-a-relacao-entre-medicos-cubanos-e-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-a-partir/>>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G.(orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, cap. 3. p. 64-89, 2013.

GERSCHMAN, S. A. O Movimento Médico: composição e trajetória (1976-1990). In: _____. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2 ed., cap. 5, p. 135-180, 2004.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 262 p. 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*). v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 28 Ago. 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902697&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 Mai. 2017.

GIRARDI, S. N. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERATONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011, p.171-186.

GIRARDI, S. N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902739&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 Jun. 2017.

GIRARDI, S. N. *et al.* Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. **Caderno de Saúde Pública** (*online*), v. 8, n. 33, p. 01-15, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00075316.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2017.

GOMBATA, M. **Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil.** 2015. 100 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-08042016-122331/pt-br.php>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

GOMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**. v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S1413-81232016000902749&tlng=pt&lng=en>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

GOMES, R. M. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, 332 p.

GONÇALVES *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, Jan.-Mar., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf>>. Acesso em: 23 Jan. 2017.

GONÇALVES, R. F. *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>>. Acesso em: 12 Jan. 2018.

GONDIM, F. Perspectivas de um despertar. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde.** Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 22, p. 106-109.

GUSSO, G. D. F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (online)**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1098/834>>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330100&search=rio-de-janeiro|campos-dos-goytacazes|infograficos:-historico>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

IGARASHI, C. S. Dilema de um estudante. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde.** Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 7, p. 51-52.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde – Nêmeses da Medicina.** Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro. 3ª ed. Tradução de José Kosinski Cavalcante. 1975, 158 p.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap. 4, p. 109-139.

LACERDA, A. *et al.* Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil. **Revista do Médico Residente (online)**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 193-199, Jul./Set. 2012. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico->

residente/article/view/258>. Acesso em: 12 de Ago. 2016.

LACERDA, A. Programa Mais Médicos: Um estudo à luz do Sistema de Proteção dos Direitos Humanos. **Jusbrasil** (*online*), 2016. Disponível em: <<https://annerlacerda.jusbrasil.com.br/artigos/297501711/programa-mais-medicos-um-estudo-a-luz-do-sistema-de-protacao-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

LIMA, M. C.; MARANHÃO, C. M. S. A. Políticas curriculares da internacionalização do ensino superior: multiculturalismo ou semiformação? **Ensaio: avaliação e políticas públicas em Educação** (*online*), Rio de Janeiro, v. 9, n. 72, p. 575-598, Jul./Set. 2011. Disponível em: <<http://flacso.redelivre.org.br/files/2012/07/175.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2017.

LIMA, R. T. S. *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902685&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

LINO, A. **A colônia** (Série branco livro). São Paulo: Editora do Autor, 2016, 56 p.

LUZ, C.; CAMBRAIA, C. N.; GONTIJO, E. D. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **TradTerm/USP** (*online*), São Paulo, v. 25, p. 199-233, Agosto/2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/tradterm/article/view/103250>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

LYRA, D. **Consequências da Extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ**. 2011, 66 p. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3672/diogo-lyra.pdf>>. Acesso em: 05 Abr. 2016.

MACHADO, M. H. **Os Médicos do Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. Cap. 1, 1997, p. 21-50.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F. E.; LIMA, N. T. Em defesa dos Mais Médicos: 48 países integrados no programa. **Revista RADIS: comunicação e saúde** (*online*). Publicado em: 29 Jan. 2015. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/em-defesa-do-mais-medicos-48-paises-integrados-no-programa>>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, 205 p.

MACIEL, M. G. S. Repensando a saúde e o tratamento médico. **Estudos avançados** (*online*), São Paulo. v. 29 n. 83, p. 327-330, Jan/Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000100327>. Acesso em: 12 de Ago. 2016.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 Jan. 2018

MARANHÃO, E. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de

Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: MÁRCIO JOSÉ (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

MARQUES, V. L. **Política Social de Atenção Básica de saúde: o caso do Programa Saúde da Família no município de Campos dos Goytacazes (1999-2001)**. 2003. 235 p. Dissertação Mestrado em Políticas Sociais- Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. Campos dos Goytacazes. 2003. Disponível em: <<http://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/dissertacoes-de-mestrado/2001-2/>>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. S. **Humanização na formação e no trabalho: uma análise da literatura**. Revista Trabalho Educação e Saúde (*online*), v. 14, n. 3, p. 925-951, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300925&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2018.

MELO, C. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. A Percepção dos Usuários sobre o Programa Mais Médicos. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** (*online*), v. 10, n. 26, p. 1302-1312, Mai./Ago. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/sus-31068>>. Acesso em 20 Jan. 2017.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/DesafiosGest%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

MENDONÇA, F. F. *et al.* Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2907-2915, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2907.pdf>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

MENDONÇA, C. S.; DIERKS, M. S.; KOPTTIKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2871-2878, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902871&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

MENEZES, C. 10 coisas sobre o Mais médicos que a mídia convencional não conta para você. **Socialista morena: esquerdista wayoflife** (*online*). Disponível em: <<http://www.socialistamorena.com.br/10-coisas-sobre-o-mais-medicos/>>. Acesso em: 15 de Jul. 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005, 192 p.

MINAYO, M. C. S. Fase de Análise ou Tratamento do Material. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Hucitec: Abrasco, São Paulo, 3 ed., cap. 4, p. 197-248, 1992.

_____. Sobre o Humanismo e a Humanização. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, Prefácio, p. 23-30.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Caderno de Saúde Pública** (*online*): Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 239-262, Jul./Set. 1993. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/especializacaofisioto/files/2010/03/Quantitativo-qualitativo-oposi%C3%A7%C3%A3o-ou-complementaridade1.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2017.

MINAYO, M. C. S.; DINIZ, D.; GOMES, R. O artigo Qualitativo em Foco. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 2, n. 8, p. 2326. Ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2326.pdf>>. Acesso em: 01 Dez. 2016.

MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2837-2848, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902837&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. **Trabalho Educação e Saúde** (*online*). v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100131&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** (*online*), Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/15401/S0103-73312010000400019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 Fev. 2017.

MORAIS, 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** (*online*), v. 2, n. 48, p.112-120, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00107.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

MORENO, L. V. D.; VEDOVATO, L. R. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico** (*online*). v. 1, n. 1, p. 156 – 182, Jan/Jun. 2015. Disponível em: <<http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/download/50/18>>. Acesso em: 11 Ago. 2016.

MOTA, R.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2879-2888, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902879&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. Mobilidade Internacional de Médicos. **Lua Nova** (*online*). São Paulo. n. 98, p. 255-273, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452016000200255&script=sci_abstrac>. Acesso em: 02 Nov. 2016.

MUÑOZ, S. A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**

(online). v. 2, n. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 17 Set. 2016.

NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. **Brasil: Radiografia da saúde**. Unicamp: Campinas/SP, 2001, 588 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Brasil.html?id=fFtgAAAAMAAJ&redir_esc=y>. Acesso em: 13 Jan. 2018.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 mai. 2017.

NERI, M. Falta médico? **Conjuntura Econômica**, 2008, p. 74-77. Disponível em: <<http://www.bv.fapesp.br/pt/pesquisador/91620/marcia-nery/>>. Acesso em: 09 Nov. 2015.

NETO, J. A. C. *et al.* Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista (online)**, Juiz de Fora/MG, v. 40, n.1 e 2, p.15-25, 2014. Disponível em:<<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2095/775>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em um perspectiva internacional. **Interface: Comunicação em Saúde (online)**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, n. 10 (sup), p. 297-305, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica (online)**, v. 33, n. 1, p. 26-36, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a05v35n1.pdf>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. The World Health Report, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 08 Dez. 2017.

PAGLIARO, G. E. Nos corredores de uma emergência. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 23, p. 113-117.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012>. Acesso em: 04 Nov. 2017.

PAIM, J. **O QUE É SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009a. 148 p.

_____. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: BAHIA. Secretaria do Estado da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo**, coletânea de textos / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB, 2009b, p. 88-115. Disponível em: <<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Educa%e7%e3o%20Permanente.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2017.

_____. Se depender dos governos o SUS não avança. **Revista MUITO**, Jornal a Tarde (*online*), 28 de Jul. de 2013, p. 09-13. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/muito/materias/1521785-se-depender-dos-governos-o-sus-nao-avanca>>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 118 p. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação** (*online*), Botucatu. v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Fev. 2017.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN** (*online*), v. 7, n. 16, p. 28-51, Mar./Jun. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/sus-30808>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

PEREIRA, A. A. Mania de fodeza. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 5, p. 41-42.

PÉREZ, O. R. La emigración de profesionales de la salud: orígenes y tendencias actuales. **Memorias Convención Internacional de Salud Pública** (*online*). Cuba Salud, 2012. La Habana 3-7 de Diciembre de 2012. ISBN 978-959-212-811-8, 9p. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewPaper/388>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

PERUZZO, C. M. K. Movimentos sociais, redes virtuais e mídia alternativa no junho em que “o gigante acordou”(?). **Matrizes**, São Paulo, Ano 7, n. 2, Jul./Dez. 2013, p. 73-93, 2013. Disponível em: <<http://myrtus.uspnet.usp.br/matrizes/index.php/matrizes/article/view/487/pdf>>. Acesso em: 15 Mai. 2016.

PIANA, M. C. As Políticas Sociais no Contexto Brasileiro: Natureza e Desenvolvimento. In: _____. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** (*online*). São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, cap.1, p. 21-56. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2016.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Indicadores de Carga de Trabalho para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In.: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **O trabalho**

em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, cap.1.4, p. 55-68, 2011.

POPE, C; MAYS. N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 11: Pesquisa-Ação, p. 112-145.

POTYARA, A. P. P. A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T., SOUZA, R. G. (org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014, art. 1, p. 21-40. Disponível em: <<http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/Texto%20Potyara%20-%20intersectorialidade.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2017.

PÓVOA, E. C. **Entre a escuta e a ausculta:** uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. 2002, 92 f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4813>>. Acesso em: 22 Set. 2017.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Revista Caderna de Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800004>. Acesso em: 12 Jan. 2018.

RIBEIRO, J., SOUZA, D. N., COSTA, A. P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2324. Ago.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802324&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 Nov. 2016. Editorial.

RIOS, I. C. Humanização no ambiente de trabalho: o estudo de fatores psicossociais. In: RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde:** prática e reflexão, Áurea Editora: São Paulo, 2009a, cap.06, p. 101-118.

_____. Impressões dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde sobre o seu trabalho. In: RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde:** prática e reflexão, Áurea Editora: São Paulo, 2009b, cap.10, p. 151-166.

RODRIGUES, P. H. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

RODRIGUES, V. M. R.; RODRIGUES, K. A. I. Formação médica humanizada: conexões interdisciplinares entre medicina, Direito Humanos e Políticas Sociais para o estudo da Ortotanásia. **Linkspace Scientific Journal (online)**, n. 1, v. 4, p. 84-98, 2017. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/viewFile/307/176>>. Acesso em: 07 Dez. 2017.

ROMANO, V. F. A Busca de uma Identidade para o Médico da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 13-25, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100002>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

ROSE, N. Biopolítica no século XXI. In: _____. **A política da própria vida:** biomedicina,

poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo: Editora Paulus, 2013, cap. 1, p. 23-67.

ROUSSEFF, D. **Discurso da presidenta da república, Dilma Rousseff, durante cerimônia de abertura do encontro nacional com os novos prefeitos e prefeitas**. Brasília, 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br/acompanhe-oplanalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-darepublica-dilma-rousseff-durante-cerimonia-de-abertura-do-encontronacional-com-os-novos-prefeitos-e-prefeitas>. Acesso em: 21 jan. 2017.

RUAS, C. **Programa Mais Médicos: a história vivida e contada**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, 128 p.

SAITO, D. Y. T. *et al.* Usuário, Cliente ou Paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de Enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem (online)**: Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, Jan/Mar 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

SÁNCHEZ, J. A. Médicos cubanos vão em massa para os Estados Unidos: Número de profissionais de medicina de Cuba que pediram asilo nos EUA atinge recorde, e causa problema nas relações restauradas entre os dois países. **The New York Times (online)**. Publicado em 01 Jan. 2016. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/mundo/new-york-times/medicos-cubanos-vao-em-massa-para-os-estados-unidos-2m2jo9yi4hl0p8rb0r5dcl64a>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

SANDEL, M. J. A questão da equidade/ John Rawls. In: _____. **Justiça é fazer a coisa certa**. [tradução 6ªed. de Helena Matias e Maria Alice Máximo]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 175-206, 2012.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre a ciência**. São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. G.; NUNES, J. A. Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo In: SANTOS, B. S. **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/res/pdfs/IntrodBioPort.pdf>>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G.; CARDOSO, J. C. Avaliação da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade (online)**, v. 10, n. 26, p. 1327-1346 Mai./Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/2089/1177>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Caderno de Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 Dez. 2017.

_____. A medicina tecnicista: invenção humana desumanizada. In: GOMES, R. M. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, Prefácio, p. 09-13.

SCHANAIDER, A. Mais ou menos médicos! **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (online)**, v. 41, n. 5, p. 303-304, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/0100-6991-rcbc-41-05-00303.pdf>>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

SCHEFFER, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface: Comunicação em Saúde (online)**. v. 19, n. 54, p. 637-340, 2015a. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/pmm/resource/pt/lil-776764>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015b, 284 p. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P. P.; SORATTO, J. O trabalho da Estratégia de Saúde da Família. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, cap. 15, p. 521-571.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. MigraMed – Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C.R; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, cap. 1.4, p. 55-68, 2011.

SILVA, F. D. 40 horas na ESF? **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (online)**. Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 15-16, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/242>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

SILVA, R. J. O.; SOUZA, D. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão. PB. **REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade (online)**. v. 5, n. 3, p. 59-75, 2015. Disponível em: <<http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=22373667&AN=111560972&h=7SiTfZ6iFH2MxqrquE8EPL9XKjg59gNzfmX10Cr8JzY%2fXya0TaB1Nu%2fscIZdygAh9STn4d9HNJBHXBiv3z1dQ%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d22373667%26AN%3d111560972>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

SILVA, B. P. *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Revista Ciência e saúde coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902899&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MÁRCIA VALÉRIA, G. C.; MOROSINI; ANAMARIA, D.; ANDREA

CORBO (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJ/FIOCRUZ, 2007, p. 27-41.

SILVA JÚNIOR, A. G. *et al.* Oferta de vagas de graduação e residência médicas no Estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** (*online*), v. 10, n. 26, p. 1347-1359, 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2103>>. Acesso em: 16 Mai. 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 9, n. 21, p. 2670-2671, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2670.pdf>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

SILVA-ROOSLI, A. C. B.; ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. In: ASUNÇÃO, A. A.; BRITO, J., (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. p. 67-82.

SILVEIRA, L. L. **Desafios à humanização da atenção e gestão na saúde: estudo de caso em pronto-socorro em Campos dos Goytacazes – RJ**. 2014. 226 f. Tese de Doutorado em Sociologia Política – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF. Campos dos Goytacazes/RJ. 2014.

SIMEC. **Sindicato dos Médicos de Campos**. Disponível em: <<http://simec-simec.blogspot.com/>>. Acesso em: 09 Nov. 2015.

SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de curar. **Revista Bioética** (*online*), n. 5, p. 89-106, 2002
Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/216/217>. Acesso em: 05 Nov. 2017.

SOARES, H. Cuba suspende envio de médicos para o Brasil. **Estadão Conteúdo**. Publicado em 13 de abril de 2017. Disponível em: <<http://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2017/04/epoca-negocios-cuba-suspende-envio-de-medicos-para-o-brasil.html>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

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. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 9, p. 2709-2718, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902709&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

SOUZA, M. F. **Programa de Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007, 250 p.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J., MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M., (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** (*online*). 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174.

SOUZA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, cap. 01, p. 40-79.

SOUZA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Mais equipe de saúde para o Brasil. In: SOUZA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M.; FRANCO, M. S. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas-SP, p. 629-668, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-27850>>. Acesso em: 13 de Ago. 2016.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 1, n.14, p.1325-1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002>. Acesso em: 20 Set. 2017.

SOUZA LIMA, R. C. G. *et al.* Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. **Revista Eletrônica Tempus: Actas de Saúde Coletiva (online)**, v. 9, n. 4, p. 67-80, 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1741>>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

SOUZA, T. Formandos de medicina fazem homenagem a Jair Bolsonaro e criam polêmica nas redes. **Extra**. Notícias: Rio de Janeiro (online). Publicado em 19 Mai. 2016. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/rio/formandos-de-medicina-fazem-homenagem-jair-bolsonaro-criam-polemica-nas-redes-19339243.html>>. Acesso em: 17 Out. 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002, cap. 1, p. 19-42.

STRALEN *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública (online)** Rio de Janeiro. v. 24, n. 1, p. 148-158, 2008. Disponível em: <<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/van%20Stralen%202008.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016>. Acesso em: 07 Dez. 2017.

TEIXEIRA, M. A. As manifestações de junho e a política no Brasil contemporâneo: um convite ao debate. **Revista Estudos Políticos: a publicação eletrônica semestral do Laboratório de Estudos Humanos da Universidade Federal Fluminense e do Núcleo de Estudos em Teoria Política da Universidade Federal do Rio de Janeiro (online)**. Rio de Janeiro, n. 7, p. 372-378, Dez. 2013. Disponível em: <[http:// revistaestudospoliticos.com](http://revistaestudospoliticos.com)>. Acesso em: 10 Mai. 2016.

TERRA, L. S. V. *et al.* Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o método Paideia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 21, n. 9, p. 2825-2836, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413->

81232016000902825&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 Jan. 2018.

TORRES, N. M.; CRUZ, E. M. Evolución de la colaboración médica cubana em 100 años del Ministerio de Salud Pública. **Revista Cubana de Salud Pública** (*online*), La Habana/Cuba, v. 36, n. 3, p. 254-262, 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro (*online*), v. 14, n. 2, p. 429-435, Abr./Jun. 1998. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kq/groups/24016195/781530435/name/Impacto+s%C3%B3cio-cultural+PSF.pdf>>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006, cap. 07, p. 185-204.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais que nunca! **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 9, n. 21, p. 2667-2669, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2667.pdf>>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública - USP** (*online*). Campinas. v. 3, n. 39, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 20 Abr. 2017.

UCHOA, A. C. Vivendo a medicina e contando histórias do coração. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade**: vivências nos cursos de saúde. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 04, p. 31-41.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 3, n. 10, p. 599-613, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017>. Acesso em: 08 Dez. 2017.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M.; VARGAS, D. S. O risco dos extremos: uma análise da implantação do Programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade** (*online*), v. 10, n. 26, p. 1313-1326, Mai./Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2088>>. Acesso em: 25 Set. 2016.

VASCONCELOS, E. V. P. Oficina de emoções. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na Universidade**: vivências nos cursos de saúde. Editora Hucitec: São Paulo, 2 ed., 2015, cap. 11, p. 72-76.

VIANNA, M. L. T. W. Notas sobre Política Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** (*online*). v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/physis/v1n1/07.pdf>>. Acesso em: 04 Fev. 2017.

VIANNA SOBRINHO, L. **Medicina financeira**: a ética estilhaçada. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2013, 336 p.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. In: IPEA. **Formação profissional e mercado de trabalho** (edição especial). Radar: tecnologia, produção e comércio exterior, Brasília, n. 32. cap. 1, Abr. 2014, p. 07-18. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22276>. Acesso em: 20 Set. 2017.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

WHO. World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986, p. 11-18.

WONCA EUROPA. **A definição europeia de medicina geral e familiar** (clínica geral/medicina familiar), 2002. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 30 Dez. 2016.

APÊNDICE

QUESTIONAMENTOS	GESTORES	PROFISSIONAL DE SAÚDE	MÉDICO DO PMM		OBJETIVO DA PERGUNTA
			“COOPERADO”	“CRM BRASIL”	
Quem é você?					Apresentação
O que você entende do PMM? Sua opinião a respeito do Programa no município?					Conhecimento do Programa
Por que o município está aderido ao PMM?					Motivo da adesão
Como está estruturado o PMM em Campos dos Goytacazes?					Organização e Planejamento do PMMB
Quais os pontos positivos do PMMB a nível local?					O sucesso do PMMB municipal
Quais os pontos negativos do PMMB a nível local?					O fracasso do PMMB municipal
Como é trabalhar com os profissionais do PMMB					Rotina de trabalho
Qual a dificuldade de adaptação no Brasil? E no município?					Adaptação do médico cooperado
Como é o relacionamento com: - gestores: - outros profissionais: - usuários					Relações de trabalho
Qual (is) a(s) dificuldade(s) de trabalhar na saúde pública no Brasil? E no município?					Desafios do trabalho
O que você “leva” de positivo com essa “missão”? Pretende prorrogar?					Satisfação do profissional do PMMB
Considerações adicionais					Outros comentários
Fonte: Próprio autor					

