



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA
AMAZÔNIA

ROSEANE BITTENCOURT TAVARES

**ANÁLISE SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DOS
MÉDICOS COOPERADOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

BELÉM

2018

ROSEANE BITTENCOURT TAVARES

**ANÁLISE SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DOS
MÉDICOS COOPERADOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Socioantropologia, Política, Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

BELÉM

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T231a Tavares, Roseane Bittencourt

Análise sobre a formação profissional e experiência dos médicos cooperados do Programa Mais Médicos no Brasil / Roseane Bittencourt Tavares. — 2018
xi, 68 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

1. Cooperação. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Atenção Básica. 4. Sistema Único de Saúde. I. Silva, Hilton Pereira da, *orient.* II. Título

CDD 614.440981

ROSEANE BITTENCOURT TAVARES

**ANÁLISE SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DOS
MÉDICOS COOPERADOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

Belém, 03 de Abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva
Orientador – Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos
Avaliadora externa– Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos
Avaliadora interna - Instituto de Ciências da Saúde

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva
Avaliador Suplente - Instituto de Ciências da Saúde

Dedico este trabalho aos meus pais, Rosa e
Isaías, minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida, por seu amor incondicional, pela oportunidade de ingressar num programa de pós-graduação e pela capacidade de desenvolver e terminar este trabalho.

Aos meus pais e namorado pelo apoio recebido nesses dois anos de dedicação ao mestrado, amor e paciência para comigo.

Ao meu orientador, por ser um grande incentivador, pela paciência e pelas várias oportunidades de crescimento acadêmico, a mim ofertadas ao longo do curso.

À Universidade Federal do Pará, por ter me dado a oportunidade de realizar este curso.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, por seus ensinamentos.

Aos colegas da turma de mestrado pela companhia e aprendizado mútuo.

Ao projeto multicêntrico da Universidade de Brasília, na pessoa da prof^a Leonor Pacheco, por permitir a utilização dos dados do projeto em minha pesquisa.

A todos os médicos participantes da pesquisa.

À Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas pela concessão da bolsa de estudo, a qual me manteve em parte do curso.

Aos meus amigos do Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente pelo apoio direto e indireto nos momentos em que precisei.

E aos amigos mais chegados que irmãos, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência devido ao compromisso com os estudos.

“Quando vemos uma boa ideia de outro país, nós copiamos [...] então se eles têm uma forma melhor de tratar os doentes, de ensinar suas crianças, de cuidar de seus bebês, de simplesmente ser bons uns com os outros, então qual o nosso problema?”.

(Michael Moore)

RESUMO

ANÁLISE SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS COOPERADOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 2013, em decorrência de diversas pressões sociais, tanto de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), como da população em geral. Um de seus objetivos é garantir o provimento de profissionais médicos em áreas de difícil acesso, para atuar na Atenção Básica (AB), devido à insuficiência desses profissionais no SUS. Porém, nas primeiras chamadas para participação no Programa, houve um boicote de médicos brasileiros. Uma das soluções para a implementação do Programa foi assinar um acordo de cooperação, realizado entre Brasil e Cuba por meio da Organização Pan-americana de Saúde. Assim, milhares de médicos cubanos vieram para o Brasil para atuar no PMM. No entanto, a sua vinda foi muito criticada pelas associações médicas, pois estas afirmavam que os profissionais cubanos não possuíam a formação necessária para atuar no Brasil. Em vista disso, o objetivo deste trabalho é analisar a formação profissional e a experiência prévia dos médicos cooperados participantes do PMM. Para isto foram utilizados dados oriundos da pesquisa multicêntrica “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, coordenada pela Universidade de Brasília. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas realizadas com os médicos cooperados em todas as regiões do país. Realizou-se a análise de conteúdo dessas entrevistas e, além disso, foi feita a comparação dos currículos de medicina cubano e brasileiro, observando-se suas similaridades e diferenças. A dissertação está escrita na forma de dois artigos e um texto integrador. O primeiro artigo foi publicado na Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (vol. 21, Supl. I, num. 63, 2017, pp. 1257-1268) e trata sobre os dados nacionais, de como os cooperados compreendem e se integram à AB no país. Já o segundo artigo foi submetido para a edição especial da Revista Pan-americana de Salud Pública, cujo tema é "Atenção Primária à Saúde nas Américas: Quarenta Anos de Alma-Ata" e seu foco está na qualificação dos médicos estrangeiros atuantes no Pará. Como resultados, observou-se que os médicos cubanos possuem formação adequada para a prática médica no país, possuem experiência profissional em outros países, devido a sua premissa de formação internacionalista, todos possuem algum tipo de pós-graduação e, além disso, os currículos médicos de Cuba são, em geral, similares aos do Brasil. Assim, não há motivos para criticar a formação destes profissionais, oriundos de um país reconhecido por sua saúde pública e pela forma como seus profissionais exercem a profissão/prática clínica. Conclui-se que é preciso reconhecer sua competência técnica e aprender com eles, com seu tratamento humanitário, que tem sido aplicado não só a população cubana, mas também para as populações de qualquer parte do mundo onde eles sejam necessários.

Palavras-chave: Cooperação; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Básica, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE PROFESSIONAL QUALIFICATION AND EXPERIENCE OF THE COOPERATED DOCTORS OF THE MORE PHYSICIANS PROGRAM IN BRAZIL

The More Doctors Program (Programa Mais Médicos-PMM) was established in 2013 because of social pressures, from the Unified Health System (Sistema Único de Saúde-SUS) and population in general. One of its aims is to ensure the provision of medical professionals to work in Primary Healthcare (Atenção Básica-AB) in difficult access areas, due to the insufficiency of these professionals in the SUS. However, on the first calls for participation, Brazilian doctors boycotted the Program. One of the solutions for its implementation was to sign a cooperation agreement between Brazil and Cuba through the Pan American Health Organization. Thus, thousands of Cuban doctors came to Brazil to work on the PMM. However, these professionals' arrival was widely criticized by medical associations, which affirmed that they didn't have the necessary training to practice medicine in Brazil. That said, the objective of this study is to analyze the professional training and previous experience of the cooperated physicians participating in the PMM. To do so, we shared data with the multicentric research "Analysis of the effectiveness of the More Doctors initiative in the realization of the universal right to health and in the consolidation of the Health Services Networks", coordinated by the University of Brasilia. Data was collected using interviews with the cooperative doctors in every regions of the country. We carried out the interviews content analysis and, in addition, we compared the curricula of Cuban and Brazilian medical schools, observing their similarities and differences. Two articles were written from this research. The first article was published in *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* (vol.21, Supplement I, issue 63, 2017, pp. 1257-1268) and is about how the participants understand and are involved in BA in the country. The second article was submitted to the special edition of the *Revista Pan-americana de Salud Pública*, which theme is "Primary Health Care in the Americas: Forty Years of Alma-Ata", and its focus is on the qualification of the foreign physicians working in Para. As a result, we observed that Cuban doctors have adequate training in medical practice, once Cuba's medical curricula are, in general, similar to those of Brazil, they all have some postgraduate degree, and in addition they have medical experiences in other countries, due to the internationalist premise of their medical schools. Thus, there is no reason to criticize the training of these professionals, who come from a country recognized for its public health and the way they practice medicine. It is concluded that it is necessary to recognize their technical competence and learn from their humanistic practice, which has been applied not only to the Cuban population, but also to population from everywhere in the world where they are needed.

Keywords: Cooperation; Public Health Policies; Basic Attention, Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quantidade de municípios participantes por região	31
Tabela 1 - Comparação da Carga Horária dos Currículos Cubano e Brasileiro, por semestre de atividades	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AC – Análise de Conteúdo

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia

ESF – Estratégia Saúde da Família

Fies - Fundo de Financiamento Estudantil

MBA – Misión Barrio Adentro

MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBA – Plano Barrio Adentro

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil

PSF – Programa Saúde da Família

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNB – Universidade de Brasília

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 A Reforma Sanitária e o Conceito Ampliado de Saúde.....	16
3.2 Direito a Saúde e o SUS	17
3.3 Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família	19
3.4 Demografia Médica no Brasil.....	20
3.5 O Enfrentamento da Carência Médica no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde	22
3.6 O Programa Mais Médicos	23
3.7 O Sistema de Saúde em Cuba e a Medicina Cubana	26
3.7.1 Missões Internacionais	27
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Aspectos Éticos.....	30
4.2 Coleta de Dados	31
4.3 Municípios Paraenses	33
4.4 Análise dos Dados	33
5 RESULTADOS	34
5.1 O Projeto Mais Médicos para o Brasil - Desafios e Contribuições à Atenção Básica na Visão dos Médicos Cooperados (Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, Supl. I, núm. 63, 2017, pp. 1257-1268).....	34
5.2 Formação e Qualificação dos Médicos Cooperados do Programa Mais Médicos no Interior da Amazônia (Revista Pan-americana de Salud Pública, Número Especial: Atenção Primária à Saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata (Submetido)).	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
8 ANEXOS	68
Anexo A – Aprovação do CEP	68
Anexo B – Termo de Concordância do MS	72
Anexo C – Termo de Concordância do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.....	73
Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido e de Utilização de Som de Voz para fins de Pesquisa.....	74
Anexo E - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa.....	75
Anexo F - Roteiro de Entrevista dos Médicos	76

1 INTRODUÇÃO

Por meio da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil tornou-se um direito fundamental do ser humano, sendo o Estado o provedor das condições necessárias para garantir essa saúde (BRASIL, 1988). A Constituição também instituiu o Sistema Único de Saúde, que é o conjunto de ações e serviços de saúde, os quais podem ser prestados pelos órgãos de jurisdição federal, estadual e municipal, assegurando universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS, no entanto, apresenta desafios, em função de diversos problemas financeiros, políticos e administrativos; e dessa forma é possível observar fortes disparidades na utilização dos serviços de saúde, a qual acontece entre regiões e segmentos sociais, sendo então necessário reconhecer a necessidade de grupos específicos, ou seja, a pluralidade da população (SILVA, 2003).

As desigualdades em saúde ocorrem em todos os níveis de atenção, por isso uma das metas dos países em desenvolvimento é reduzi-las. Porém há muitas barreiras que impedem o acesso, como: a geográfica/espacial, a dificuldade de mobilidade e deslocamento das pessoas, a rotatividade e a dificuldade de atrair profissionais de saúde para as áreas mais remotas (SANTOS et al., 2015).

O problema da desigualdade em saúde é um desafio mundial, pois a concentração de profissionais nos centros urbanos afeta muitos países, visto que muitas cidades tem uma grande concentração destes e para isso é necessário adotar políticas que visem fixá-los nas regiões onde há escassez de profissionais (ALESSIO, 2015).

O provimento e retenção destes em áreas de vulnerabilidade é uma experiência que abrange estratégias que são recomendadas pela OMS para manter médicos ali; assim em alguns países esse serviço é obrigatório, em outros o médico só pode obter o seu registro se tiver permanecido 12 meses no local estabelecido, outros exigem no currículo que o médico tenha atuado em áreas rurais (ALESSIO, 2015).

No Brasil, são marcantes as desigualdades com relação ao acesso a cuidados médicos entre as regiões; o norte e o nordeste são as regiões do Brasil que tem o acesso limitado a cuidados médicos e as demais regiões estão próximas ou acima da média, sendo que essas diferenças também são percebidas entre a capital e os municípios de um mesmo estado. Segundo o indicador profissional/1000 habitantes, em 2015, o Brasil tinha o índice de 2,11; já

a região norte de 1,09 (a segunda região com menor índice) e o estado do Pará têm 0,91 (SCHEFFER et al, 2015).

Vários são os fatores que dificultam a retenção de profissionais de saúde nessas áreas, como salários, as más condições de trabalho, precarização do vínculo trabalhista, a localização geográfica, entre outros (MORAIS et al., 2014). Por isso já foram feitas várias intervenções, como por exemplo, o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o Programa de Valorização da Atenção Básica, entre outros (PINTO et al., 2014).

Uma das recentes estratégias do governo, na tentativa de tornar reais os princípios do SUS e da AB, garantindo acesso com qualidade e em tempo, foi a criação, em julho de 2013 do Programa Mais Médicos, que a princípio era uma Medida Provisória (BRASIL, 2013a) e que posteriormente foi convertida em lei, em outubro de 2013 (BRASIL, 2013b).

Resumidamente o programa tem o propósito de melhorar o atendimento aos usuários do SUS, levar médicos para as regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, investir mais em construções, reformas e ampliações de Unidades Básicas de Saúde, novos cursos de Medicina e residência médica, resolver questões emergenciais do atendimento básico, criar condições para continuar a garantir um atendimento qualificado, estender o acesso, humanizar o atendimento por meio do vínculo do médico com os pacientes e a comunidade e fortalecer a AB do país (BRASIL, 2015).

O PMM pretende também ser uma política estruturante da formação médica do país, uma estratégia para aumentar o número de profissionais no Brasil, através da interiorização do ensino médico, o que terá um resultado a longo prazo, sendo que a meta é que em 2026 haja 2,7 médicos para cada 1000 habitantes (mesma taxa do Reino Unido). Essa política tem o acompanhamento do Ministério da Educação, visando garantir a qualidade no processo. Um dos objetivos do programa é a criação de novos cursos de medicina em cidades do interior, inclusive em instituições particulares (BRASIL, 2015).

O PMM, portanto, se baseia então em três eixos: 1 – contratação emergencial dos médicos (com o chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil), 2 – expansão do número de cursos de graduação em medicina (privados e públicos) e residência médica, com a implantação de um novo currículo (mais humanizado, valorizando a AB) e, 3 - ações de investimento voltadas para a infraestrutura das UBS (BRASIL, 2015).

Em função da pouca participação de profissionais com registro no Brasil nos dois primeiros anos do programa, foi preciso realizar um acordo de cooperação Brasil-OPAS-Cuba. Assim, médicos cubanos vieram para o Brasil participar do programa. Eles receberam

um Registro do Ministério da Saúde, que tem validade restrita à permanência no programa e no município ao qual foram alocados; e possuem também visto válido por três anos como estudantes em um programa de especialização em Saúde da Família criado pelo MS (BRASIL, 2015).

Após sua chegada ao Brasil, todos os médicos passaram por um módulo de acolhimento e avaliação, que é uma etapa obrigatória. Os médicos então foram alocados em turmas conforme a coordenação do PMM. O conteúdo das aulas ministradas aos médicos foi sobre legislação do SUS, funcionamento e atribuições do SUS, especificamente AB, e língua portuguesa (BRASIL, 2015; PAULA et al., 2015).

Foi aplicada uma avaliação para testar o conhecimento dos médicos, podendo este ser aprovado ou submetido a nova avaliação, e em caso de reprovação, o médico seria desligado do programa (BRASIL, 2015; PAULA et al., 2015).

Muitas entidades médicas criticaram o PMM alegando a necessidade de revalidação do diploma dos médicos estrangeiros, com um discurso sobre a preocupação com a liberdade do exercício da medicina, e sugerindo que estes profissionais não tinham qualificação médica comprovada, chamando-os inclusive de enfermeiros (MORAIS et al., 2014). O método para a revalidação seria o Revalida, que é um exame nacional que existe desde 2011 e tem como objetivo revalidar diplomas de médicos formados no exterior (ALESSIO, 2015).

Milhões de brasileiros ainda não tem acesso à saúde, em parte, devido à ausência de profissionais médicos na AB. Por isso, um dos objetivos do PMM é amenizar a escassez desses profissionais. Os médicos cubanos vieram para o Brasil e muitas corporações médicas insinuaram que eles não possuíam formação necessária para exercer a medicina no país. Em vista dessas insinuações, a questão norteadora deste projeto é: Será que estes médicos teriam formação, experiência e conhecimentos essenciais para atuar no Brasil, em função das diferenças nas políticas públicas de saúde, na AB e nos padrões epidemiológicos entre o Brasil e seu país de origem?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar a formação profissional e a experiência prévia dos médicos cooperados participantes do Programa Mais Médicos no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar a origem e formação acadêmica dos médicos participantes do programa;
- Conhecer suas motivações;
- Identificar se eles possuem pós-graduação e quais os tipos;
- Conhecer as experiências profissionais e acadêmicas em seu país de origem;
- Conhecer as experiências profissionais em outros países/outras missões;
- Comparar os currículos acadêmicos da medicina cubana e brasileira;
- Conhecer os processos de trabalho no programa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Reforma Sanitária e o Conceito Ampliado de Saúde

A partir da segunda metade da década de 1970, vários acontecimentos contribuíram com a luta para a democratização da saúde no Brasil, dentre esses acontecimentos temos: a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a Conferência Internacional em Alma-Ata sobre os Cuidados Primários à Saúde, a realização de simpósios de Política Nacional de Saúde, a implementação das Ações Integradas de Saúde e principalmente a VIII Conferência Nacional de saúde (FALLEIROS et al., 2010; PAIM, 2008).

Foi nesse momento que a reforma no setor saúde estava sendo formulada, por meio da mobilização de vários setores da sociedade. O conceito ampliado de saúde, que não se limita ao fator biológico, mas também ao social, começou a ser repensado no Brasil nesse momento, coincidindo com o período em que as políticas sociais estavam sendo reestruturadas e a Saúde Coletiva é o campo que reflete essa concepção ampliada de saúde (FALLEIROS et al., 2010; NUNES, 2006).

Segundo Fleury (2009), a ‘Questão democrática na área da saúde’ foi o documento apresentado pela CEBES como proposta do movimento sanitário no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde e para expandir sua hegemonia, a Reforma Sanitária buscou se consubstanciar por meio de projetos, que buscam o reconhecimento do movimento, ampliação da consciência sanitária aos cidadãos, especialmente usuários e profissionais de saúde, e o resgate da saúde como um bem público. Essa proposta foi um marco que denunciou a deterioração das condições de vida e da saúde brasileira, as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde e a ausência da participação popular.

Assim percebeu-se a necessidade pela democracia, o que implica em reconhecer a saúde como direito universal, os seus determinantes sociais, a responsabilidade das ações médicas com relação a promoção à saúde e a responsabilidade tanto do estado como da própria comunidade com relação ao direito à saúde. A Reforma Sanitária se baseou ainda na crise da medicina mercantilizada e sua ineficiência, do autoritarismo, das condições sanitárias e da prestação de serviços de saúde a população. Como resposta a essa situação, foi proposto

esse documento do CEBES, suscitando a criação de um SUS, tendo como responsável o Estado (FLEURY, 2009).

Todos esses acontecimentos culminaram então com o capítulo da saúde na nova Constituição Federal de 1988, porém, a Reforma Sanitária só foi de fato institucionalizada nos anos 1990 com a formação do SUS (FLEURY, 2011).

3.2 Direito a Saúde e o SUS

Assim, a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, garantiu a todos os brasileiros o direito a saúde, sendo o Estado o responsável por essa garantia, por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Dessa forma, passou-se a ofertar ações e serviços de saúde por meio de um sistema único descentralizado, o SUS, do qual trata a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

Há vários tipos de sistemas de saúde no mundo, os que consideram a saúde/doença como um problema individual e os que consideram que as ações de prevenção são um dever do Estado e as ações curativas são responsabilidade do setor privado; porém na maioria dos países, os serviços de saúde são obtidos por meio dos seguros privados de saúde (CONNIL, 2006).

No Brasil, O SUS, que foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e é complementado pelas legislações estaduais e municipais, é o arranjo organizacional que permite que a política de saúde seja efetivada por meio de seus princípios e diretrizes traduzidos em ações; com o objetivo de coordenar e integrar ações de saúde em todas as esferas municipais, estaduais e federais; e se articula aos subsistemas para atender a demanda (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

O SUS está assentado em princípios e em diretrizes. No artigo 7 da lei 8.080 (BRASIL, 1990), chama-se a atenção para o princípio da universalidade, que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde por todos. Considerando uma das dimensões descritas por Sanchez e Ciconelli (2012), acesso pode ser definido como disponibilidade, ou seja, a existência do serviço de saúde no local apropriado e no momento necessário.

Segundo Sousa (2014), esse princípio tem sido considerado contraditório, pois ele não tem sido efetivo, ou seja, parte da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde, ainda que exista um sistema criado exclusivamente para garantir esse direito. A não

efetivação desse princípio pode ser observada em várias situações, como a falta de estrutura, de recursos financeiros e de recursos humanos.

Sousa (2014) afirma ainda que a não efetivação do direito universal à saúde se deve a expansão do sistema privado, que vem crescendo ao longo da história da saúde no Brasil; conseqüentemente o SUS se torna segmentado, devido a maior participação desse sistema; há ainda os problemas relacionados ao foco, visto que há perspectivas que afirmam que o SUS é para os pobres e o serviço privado é para as pessoas que possuem condições de pagar por esse serviço; além das medidas impostas por organismos financeiros internacionais, que tem contribuído com a precarização do sistema.

Um estudo feito por Travassos et al (2006) mostrou que existe um padrão de acesso no Brasil, o qual é influenciado pela condição social e geográfica. E as regiões Norte e Nordeste se destacam por terem menos chances de usar serviço de saúde no período estudado (1998-2003); além disso, a região norte se destaca por não ter tido melhora no acesso em relação às outras regiões, sendo que dentre as demais regiões essa melhora foi maior nas regiões sul e sudeste do país. Os autores afirmam, ainda, que é preciso aumentar a taxa de utilização dos serviços de saúde para que essas iniquidades no acesso sejam reduzidas.

Segundo um estudo feito por Sousa (2008), o acesso aos serviços básicos de saúde é limitado pela falta de integração entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e da AB; pela desintegração das equipes de AB; e pela baixa capacidade por parte dessas equipes de elaborar planos, projetos, entre outros.

Percebe-se então que a criação do SUS e as outras conquistas relacionadas à saúde não foram capazes de solucionar os problemas da atenção à saúde no Brasil (VASCONCELOS e PASCHE, 2006). No entanto, apesar de apresentar problemas, o SUS é o caminho para que o processo democrático se radicalize; porém é necessário retornar aos fundamentos metodológicos utilizados na construção da reforma, em virtude das crises atuais para poder garantir cuidado com qualidade, acolhimento digno e resolutibilidade ao usuário (FLEURY, 2009).

3.3 Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Será utilizado aqui o termo AB, em função de ser o mais utilizado nos documentos oficiais do PMM. Porém deve-se destacar o conceito de Atenção Primária à Saúde, que não é um sinônimo de AB.

Segundo a OMS (WHO, 1978), APS é:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.

Já segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012a):

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.

A AB é descentralizada, o que a torna próxima das pessoas, deve ser preferencialmente a porta de entrada dos usuários do SUS e funcionar como centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde; ela utiliza vários tipos de tecnologias de saúde, suas equipes devem desenvolver o trabalho em territórios definidos e de acordo com as características da população, porém as singularidades dos sujeitos são consideradas, bem como sua cultura e condição social (BRASIL, 2012a).

A equipe da AB é formada por: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, Agente Comunitário de Saúde, cirurgião-dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal; sendo que estes possuem atribuições gerais e específicas. Chamando a atenção para o profissional médico, ele deve ser o responsável pela atenção à saúde dos indivíduos, por meio da realização de consultas, de procedimentos cirúrgicos pequenos, visita a domicílios, atendimento da demanda espontânea, atividades programadas, fazer

encaminhamentos, mantendo o acompanhamento dos usuários, participar das atividades de educação permanente e do gerenciamento de insumos (BRASIL, 2012a).

Como estratégia para organizar as ações da AB nos municípios, foi criado em 1994, o Programa Saúde da Família (SOUSA, 2008). Em 2006, o PSF tornou-se ESF, devido sua expansão, o que o consolidou como estratégia, passando a ter abrangência nacional (BRASIL, 2006). Ela é tida como:

“[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica 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 impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012a).

Porém tem sido constatado que há alguns conflitos com as ESF, como: incapacidade dos gestores e profissionais, o currículo dos cursos de saúde, instabilidade, devido uma alta rotatividade de profissionais do ESF em função de questões relacionadas ao salário e a diferentes tipos de contrato oferecidos; e com “a repetição do modelo médico-biológico hegemônico” (ANDRADE et al., 2006; FALLEIROS et al., 2010; PAIM et al., 2011).

Porém, apesar dos problemas na AB e com a ESF, é inegável, que com o SUS, o número de postos de trabalho aumentou, devido a maior cobertura na assistência (CARVALHO e SOUSA, 2013). Mas será que há profissionais suficientes para ocupar esses postos de trabalho?

Segundo um estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2011, mais da metade da população acredita que o principal problema do SUS é a falta de médicos e a principal sugestão de melhoria é o aumento do número desses profissionais (MORAIS et al., 2014).

3.4 Demografia Médica no Brasil

É inegável que o Brasil possui um déficit de profissionais médicos, especialmente, os que atuam no SUS, e esse déficit se deve ao número inferior de novos profissionais formados a cada ano, devido a restrição do país com relação a médicos formados no exterior, sejam eles brasileiros ou não; devido a “sobreposição entre sistema público e privado”; além da má distribuição dentro do território (PINTO et al., 2014).

Ainda segundo Pinto e colaboradores (2014), esse déficit tem sido uma das barreiras para a expansão da ESF, visto que os gestores tem dificuldades de atrair estes profissionais e fixá-los às equipes de saúde da família.

No relatório feito pelo Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, juntamente com a Universidade de São Paulo, foram utilizados tanto dados primários quanto secundários para conhecer a demografia médica no Brasil, ou seja, a estatística e distribuição de profissionais médicos do país. Neste estudo observam-se duas populações: a de médicos que atuam como profissionais liberais e os que atuam no sistema de saúde (SCHEFFER et al., 2015).

Mesmo com a evolução do SUS, a população não tem se beneficiado de forma homogênea, pois há uma distribuição desigual dos profissionais médicos, causada pelas disparidades entre as regiões e entre capitais e interiores; ou seja, há uma distribuição geográfica desigual desses profissionais (SCHEFFER et al., 2015).

O Brasil é um dos países com uma taxa muito pequena de médicos por 1000 habitantes. Baseando-se no número de registros feitos nos Conselhos Regionais de Medicina, em outubro de 2015 a razão era de 2,11 médicos/1000 habitantes, porém vale ressaltar que há profissionais com mais do que um registro estadual. O crescimento do número de profissionais médicos tem sido exponencial, da década de 50 até 2015 o crescimento foi de 633%, sendo que sua velocidade é maior que a do crescimento populacional, que foi de 116% para o mesmo período. Esse crescimento se deve ao aumento do número de escolas médicas, de vagas, além das vagas em postos de trabalho, entre outros. Em 2015 o Brasil tinha 257 escolas médicas (SCHEFFER et al., 2015).

Ainda que não haja um parâmetro ideal de médicos/habitantes, comparando-se com outros países, o Brasil encontra-se abaixo da média (MORAIS et al., 2014). Num estudo feito com 40 países, o Brasil encontra-se em 8º lugar, ficando acima apenas de países, como: Coreia do Sul, Turquia, Chile, China, África do Sul, Índia e Indonésia. Porém não se distancia muito de países como os Estados Unidos da América, com uma razão de 2,5 médicos/1000 habitantes. Entretanto há um contraste, por exemplo, com a Grécia, que tem uma razão de 6,1 (PINTO et al., 2014; SCHEFFER et al., 2015).

Apesar do crescimento no número de médicos formados ao longo destes anos, é importante destacar que há uma distribuição desigual destes profissionais entre as regiões do Brasil. Dentre as regiões do Brasil, o Norte (1,09) e Nordeste (1,3) são as que possuem menor razão médico/1000 habitantes quando comparadas com as demais, que, aliás, têm razão acima da média nacional (Centro-Oeste 2,20; Sudeste 2,75 e Sul 2,18) (SCHEFFER et al., 2015).

Há ainda as desigualdades entre capitais e interiores dos estados. As capitais dos estados possuem quantidade de profissionais médicos concentrada quando comparado com os interiores e por este motivo a razão em interiores do Norte e Nordeste, por exemplo, são menores que 1 (0,42 e 0,46 respectivamente). Essas populações estão muitas das vezes desassistidas. No Pará, considerando apenas os interiores (excluindo a capital Belém) a razão é de 0,30; em contraste, por exemplo, com os municípios do interior do Rio de Janeiro, onde a razão é de 2,11 (SCHEFFER et al., 2015).

O Pará é o estado da região Norte que possui a menor razão, 0,91 médico/1000 habitantes, valor bem distante de outras Unidades da Federação como, por exemplo: Distrito Federal (4,28), Rio de Janeiro (3,75) e São Paulo (2,70). No Nordeste, o estado do Maranhão possui razão de 0,79 médico/1000 habitantes, sendo a menor razão do país (SCHEFFER et al., 2015).

Segundo estudos feitos com 2.400 médicos, há vários fatores citados por estes profissionais que interferem na fixação em determinado local de trabalho, como: salário, falta de condições de trabalho, plano de carreira, vínculo trabalhista precarizado, contratos temporários, perfil inadequado, falta de reconhecimento profissional, possibilidade de formação continuada, qualidade de vida, ambiente seguro e sem violência (MORAIS et. al., 2014; SCHEFFER et al., 2015).

3.5 O Enfrentamento da Carência Médica no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde

O problema da escassez de médicos não é exclusivo do Brasil, outros países também têm vivido essa problemática e tem buscado mecanismos para o provimento desses profissionais, por meio de incentivos, como: bolsa moradia, bolsa alimentação, educação continuada, serviço civil obrigatório, entre tantos outros (CARVALHO e SOUSA, 2013).

Segundo Pinto e colaboradores (2014), outros países também sofrem com esse déficit de profissionais médicos, porém estes são menos restritivos e aceitam médicos formados no exterior. No Brasil, ainda segundo Carvalho e Sousa (2013), a escassez de profissionais médicos que atuam no SUS tornou-se um problema crônico e por isso tem-se buscado enfrentar esse problema por meio de políticas públicas e outras estratégias, que focam na formação e fixação desses profissionais.

Segundo Lucchese (2004):

“As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade”.

Segundo Pinto e colaboradores (2014), o enfrentamento deste problema tornou-se prioridade desde 2011 e dessa forma tem-se debatido sobre formas de atrair, prover e fixar profissionais médicos.

Várias medidas foram tomadas, como o Projeto Rondon, ainda na época da ditadura militar, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, além dos benefícios a alunos de medicina financiados pelo Fies, através da Lei nº 12.202 (CARVALHO e SOUSA, 2013; PINTO et al., 2014).

Houve ainda o Programa de Valorização da Atenção Básica, que é uma política de provimento de profissionais da saúde para locais desassistidos, criado em 2011 pelo Governo Federal (CARVALHO e SOUSA, 2013; PINTO et. al, 2014). Por meio desse programa foi feita uma chamada nacional, para que médicos atuassem na AB, com trabalho supervisionado, em áreas com alta vulnerabilidade; e como incentivo teriam, a princípio, acréscimo de pontuação nos processos de seleção para residência médica e posteriormente passaram a ter direito a especialização e bolsa (BRASIL, 2015).

Porém, mesmo com a formulação e implantação dessas políticas, observa-se que elas não foram suficientes para suprir a demanda, não houve avanço para superar os problemas; pois vale ressaltar que há vários fatores que contribuem para essa escassez e para a alta rotatividade de médicos no SUS, como: a falta de medicamentos, de materiais, de capacitação, sobrecarga de trabalho, áreas distantes e pouco desenvolvidas, entre outros (CARVALHO E SOUSA, 2013; PINTO et. al, 2014).

3.6 O Programa Mais Médicos

O PMM foi criado através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, no governo da Presidenta da República Dilma Rousseff e teve como finalidade a formação de recursos humanos da área da medicina para o SUS (BRASIL, 2013b).

Este programa foi resposta às várias manifestações que aconteceram em 2013, como por exemplo, as manifestações de rua e a campanha feita em janeiro de 2013, pela Frente Nacional de Prefeitos, intitulada “Cadê o médico?”. Esta reivindicava do Governo Federal a contratação de mais médicos, devido a escassez desses profissionais atuando no SUS (FNP, 2015; PINTO et al., 2014). Para isto foi realizado um abaixo-assinado, com a participação de 2.500 prefeitos, posteriormente entregue ao então Ministro de Saúde, Alexandre Padilha (FNP, 2013).

O PMM pode ser considerado como política pública, fruto da transformação do problema em questão social, o que o torna “objeto de ação efetiva do Estado”, ou seja, “conjunto de problemas, objeto de controvérsia, que aparece no debate público e exige intervenção da autoridade pública” (PINTO et. al., 2014).

Assim, o programa possui diversos objetivos, dentre eles: diminuição da carência de profissionais médicos, redução das desigualdades em saúde, fortalecimento da AB no país, aprimoramento da formação médica, maior inserção de médicos em formação no SUS, fortalecimento da política de educação permanente (ensino-serviço), troca de experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros, aperfeiçoamento de profissionais para que atuem nas políticas públicas de saúde e SUS, e estímulo a realização de pesquisas ao SUS. Para isto várias ações foram previstas, como: aperfeiçoamento de profissionais na área da AB, novos parâmetros na formação médica e mudanças na oferta de cursos de medicina e de vagas para a residência médica, especialmente em regiões onde a relação médico/habitante é menor (BRASIL, 2013b; MORAIS et al., 2014).

Vale ressaltar que com a lei do PMM, as diretrizes curriculares para o curso de Medicina, definidas pelo Conselho Nacional de Educação, que antes eram apenas orientadoras, tornaram-se obrigatórias. Logo, todas as faculdades de Medicina, tanto particulares quanto públicas (novas e antigas) devem se adequar a essas novas diretrizes. As mudanças incluem estágio obrigatório no SUS, na AB e na urgência/emergência, no mínimo dois anos de internato, sendo 30% da carga horária no SUS, avaliação dos estudantes a cada dois anos, sendo que o resultado dessa avaliação será considerado nos processos de seleção para os programas de residência médica (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014).

Ao ser criado, o PMMB, coordenado pelos MS e da Educação, abriu vagas inicialmente a médicos formados no Brasil, com diploma revalidado e a médicos formados no exterior, sendo que a seleção destes profissionais seguiu uma ordem de prioridade (BRASIL, 2013b).

Primeiramente médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado; segundo, médicos brasileiros formados no exterior e por último, médicos estrangeiros com habilitação para exercer a medicina; sendo que os profissionais participantes deverão ser aperfeiçoados por meio de curso de especialização, ofertado por instituição pública; sendo a primeira etapa a de acolhimento, na modalidade presencial, com duração de um mês (BRASIL, 2013b).

Com relação aos médicos intercambistas, que são aqueles formados no exterior e que possuem habilitação para exercer medicina em outros países, para participar do projeto devem apresentar diploma, habilitação e ter conhecimentos da língua portuguesa, assim como conhecer sobre o SUS. Os mesmos permanecerão atuando por 3 anos, tempo que pode ser prorrogável, sem ser necessário a revalidação do diploma nesse período; dessa forma será emitido um registro temporário, que deverá ser emitido pelo MS. A participação no projeto e o desempenho das atividades desses profissionais não criam vínculos empregatícios (BRASIL, 2013b).

Assim, foram realizadas chamadas para os profissionais médicos, por meio de editais, e nos dois primeiros anos do programa (2013 e 2014) menos de 15% de médicos brasileiros, que tinham prioridade, preencheram as vagas. Foi preciso realizar então acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, por meio da OPAS, sendo este o motivo de os médicos cubanos que vieram participar do programa por meio dessa cooperação serem chamados de cooperados (BRASIL, 2015). Ainda segundo Brasil (2015), estes são: “médicos com experiência e formação para atuação na AB, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais”.

Até junho de 2015, haviam 18.240 médicos atuando no programa, levando assistência a 63 milhões de pessoas, em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas; desse total, 11.429 eram médicos cooperados, distribuídos em todas as regiões do país (BRASIL, 2015). Além dos distritos indígenas, estes médicos também foram alocados em municípios onde há comunidades quilombolas, que são uma das prioridades do programa (PEREIRA et al., 2015).

Vale ressaltar também que, segundo Carvalho e colaboradores (2016), o PMM atendeu 37,5% das recomendações feitas pela OMS, que são baseadas na experiência de outros países, com o objetivo de atrair, reter e recrutar profissionais de saúde para áreas rurais. Algumas das recomendações não atendidas pelo PMM estão sendo atendidas por outros programas.

No entanto, o PMM, assim como as demais intervenções, tem sofrido com a resistência das corporações médicas (PINTO et al., 2014); desde que foi anunciado, houveram muitos debates sobre o programa, o que ficou ainda mais acirrado com a vinda dos médicos cubanos, os quais sofreram discriminação por parte das corporações, quando estas

questionavam sobre a sua formação profissional, chamando-os de enfermeiros, e afirmando que os médicos cubanos estudavam menos para se formar (MORAIS et al., 2014).

3.7 O Sistema de Saúde em Cuba e a Medicina Cubana

Assim como no Brasil, Cuba também garante por meio de sua constituição, que todos têm direito a saúde, sendo o Estado responsável por essa garantia; há também outras leis e decretos que reforçam esse direito. Todas essas bases jurídicas são pós-Revolução Cubana, quando várias transformações sociais e econômicas começaram a ocorrer, como na década de 1960, na área da saúde ocorreu o estabelecimento de serviços médicos gratuitos, redução nos preços de medicamentos, nacionalização de laboratórios farmacêuticos privados, aumento da cobertura dos serviços de saúde, entre outros (SOBERATS, 2011).

O Sistema Nacional de Saúde de Cuba é definido, como:

“el conjunto de unidades administrativas, productivas y de servicios, responsables de responder a las necesidades de salud de toda la población; las mismas se interrelacionan entre si, de acuerdo com su grado de complejidad e ubicación territorial con el propósito de brindar la mayor accesibilidad posible a la población según sus necesidades y de lograr una óptima utilización de los recursos y medios a ellos asignados” (SOBERATS, 2011).

Segundo Ventres (2012), Cuba possui um sistema de saúde estatal considerado de sucesso, o qual é fruto de uma ideologia revolucionária, onde o planejamento do governo é centralizado, mas o sistema de educação médica é descentralizado geograficamente. Este sistema é composto por atenção primária, secundária e terciária, disponível gratuitamente ao povo cubano e seu sucesso deve-se ao modelo de medicina familiar ou medicina geral integral.

Nesse modelo o médico juntamente com o enfermeiro se tornam responsáveis pelos cuidados primários de saúde de grupos pequenos que estão localizados em uma determinada área geográfica. Dessa forma é considerado um protótipo para outros países (VENTRES, 2012).

Esse sistema é regido pelos seguintes princípios: caráter estatal socialista, orientação profilática, acessibilidade e gratuidade geral, integridade e desenvolvimento planejado,

unidade de ciência, a docência e a práticas médicas; participação ativa da população, internacionalismo (SOBERATS, 2011).

Sobre a medicina cubana, segundo Soberats (2011), após a Revolução Cubana, especificamente entre 1959 e 1968, quase metade dos médicos de Cuba saíram do país e por este motivo foi preciso formar massivamente novos profissionais para cobrir esse déficit.

Assim, em 1962 foi consolidada uma reforma universitária, onde foram fundados vários centros de ensino técnico e superior, também houve uma ampliação da educação continuada; na década de 1970, o Ministério de Saúde Pública de Cuba assumiu a formação e educação continuada dos centros de docência; foram também estabelecidas unidades docentes províncias e regionais; os planos acadêmicos foram reformados; houve a criação de policlínicas comunitárias; concepção de um modelo de medicina familiar; criação de grupos de trabalho em cada policlínica; criação de institutos nacionais de investigação em saúde; desenvolvimento de projetos de investigação; com isso, da Revolução até 2008, foram formados 100.150 médicos (SOBERATS, 2011).

3.7.1 Missões Internacionais

Como um de seus princípios é o internacionalismo, os médicos cubanos participam de muitas missões internacionais. A primeira situação foi em 1960 no Chile, devido um terremoto, Cuba enviou médicos, equipamentos e material de insumo; outro exemplo foi na Argélia, já com serviços regulares; a partir daí muitas outras missões foram realizadas em outros países da África, América, Europa, Ásia e Oriente Médio. Em função dessas situações de desastres foi criado o Programa Internacional de Saúde para a América Latina e conseqüentemente foi criada a Escola Latino Americana. Além disso, escolas de medicina com pessoal cubano têm sido abertas em vários países, especialmente do continente africano; e milhares de médicos provenientes de outros países, procedentes também da África, da América, Ásia e Europa tem se formado em Cuba (SOBERATS, 2011).

Podemos destacar abaixo duas missões muito conhecidas, porém há muitas outras.

- Misión Barrio Adentro

Uma das missões muito conhecidas em que os médicos cubanos contribuíram foi a Misión Barrio Adentro, na Venezuela, que teve início ainda na forma de Plano Barrio Adentro, em alguns bairros, a partir da mobilização de civis e somente depois foi oficializada

no governo de Hugo Chavez, quando foi transformada em missão, no final de 2003, se estendendo por todo país (OPAS, 2005).

Como em 1999, houve um desastre natural no estado de Vargas, médicos cubanos foram para este país para cumprir mais uma missão humanitária e assim acabaram permanecendo; foram eles que a princípio atuaram como médicos no PBA, através da solicitação feita pelo prefeito da localidade com a Embaixada de Cuba para que estes profissionais colaborassem e assim se firmou um Acordo de Cooperação Técnica com Cuba (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Como a princípio, ainda no PBA, não havia uma estrutura física para eles, a própria população residente os recebeu em suas casas, onde também funcionavam os consultórios, de forma improvisada. Posteriormente com a oficialização da missão, foram construídas estruturas para os consultórios, sendo que na parte inferior funcionava o consultório e na parte superior era a residência do médico (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Seguindo o mesmo modelo de prática de saúde em Cuba, eles atendiam mais ou menos 80 pessoas por dia, pela parte da manhã até o início da tarde. Depois iam para as colinas, de casa em casa, para conhecer as necessidades médicas da população, fazer o censo das famílias, identificar os problemas sociais e fazer o convite aos residentes para que estes fossem ao consultório; estas informações eram todas repassadas ao coordenador do bairro. Eles também estavam disponíveis 24h por dia (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

No início, parte da população não aceitava a ideia de terem como médicos esses profissionais cubanos, porém foram aceitos posteriormente por terem se adaptado e por estarem convivendo nas mesmas condições de vida da comunidade. Há relatos que a população ficou impressionada com o fato dos médicos viverem no mesmo bairro e por irem em suas casas; eles também observaram o trato mais igualitário e horizontal em suas consultas (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Após a oficialização da missão, era exigido que os médicos tivessem especialidade em medicina geral integral e pós-graduação. Sendo que, dos que chegaram a Venezuela posteriormente, 30% possuíam mais de uma especialidade e 70% possuíam mestrado, além das experiências em outros países e em Cuba, onde trabalhavam com medicina da família e antes de atuarem no MBA já exerciam a profissão a pelo menos 10 anos (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Esta missão também enfrentou obstáculos por parte da Federação Médica Venezuelana, que difundiu a ideia, por meio dos meios de comunicação, que os médicos

cubanos não eram capacitados para exercer a medicina. Assim, por meio da assinatura de um acordo, foi garantido que os médicos poderiam atuar, mas a Federação levou o caso a julgamento e os médicos então foram proibidos de praticar a medicina no país; foi divulgado então que estes profissionais deveriam deixar o país e isso foi motivo para gerar mobilização da população (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Porém foi esclarecido que os médicos estavam no país devido a missão humanitária e que não estavam ocupando cargos. Em função desses acontecimentos, em algumas ocasiões foi preciso convencer os pacientes a confiarem nas prescrições feitas por estes profissionais. Vale ainda ressaltar que os médicos da missão, tanto os cubanos quanto os venezuelanos, tem formação universitária em medicina com duração de 6 anos e muitos possuem especialização e mestrado (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Em determinado momento havia cerca de 15.000 médicos cubanos, dentre os mais de 31.000 profissionais de saúde que atuavam na missão. Vale ressaltar que caso não houvesse a cooperação com Cuba, a missão levaria anos para acontecer e ela mostrou que é preciso formar profissionais médicos venezuelanos com o mesmo compromisso social que os médicos cubanos, visto que a atenção médica universal e a investigação médica são consideradas prioridades em Cuba (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007; OPAS, 2005).

Após certo tempo, o número de pacientes diminuiu, tanto devido ao aumento de profissionais na missão quanto devido a resolução dos problemas de saúde. Concluiu-se então que a missão afetou profundamente a qualidade de vida da população e sugere-se que: “el Estado puede confrontar las inequidades de salud cuando se unen perspectivas teóricas de la medicina social y la epidemiología crítica con los saberes populares dentro de las comunidades afectadas” (BRIGGS e MANTINI-BRIGGS, 2007).

- Misión Milagro

Outra missão foi a Misión Milagro ou Operación Milagro, lançada em 2004 pelos governos da Venezuela e Cuba, com o objetivo de proporcionar assistência oftalmológica clínica e cirúrgica gratuita a população pobre de países da América Latina e Caribe. A princípio os pacientes iam para Cuba realizar a cirurgia, posteriormente a Venezuela se tornou o principal local para a realização das cirurgias, realizadas nos centros médicos, onde atuam tanto médicos cubanos quanto venezuelanos. Esses centros existem também em mais outros países da região, como a Bolívia, por exemplo, e em Angola, na África (FURTADO et al., 2010).

As patologias oftalmológicas tratadas foram: catarata, pterígio, além de outras patologias como câncer de útero e doenças cardiovasculares. Os médicos cubanos, que já

estavam na Venezuela participando da MBA, puderam identificar essas doenças, bem como outras mazelas sociais durante o período em que atuavam na missão (VENEZUELA, 2013).

Ainda assim, Furtado et al. (2010) afirma que estes profissionais enfraquecem o sistema local, além de gerarem uma tensão com os médicos locais; em função disso e de outras coisas as sociedades médicas, bem como alguns cidadãos dos países em que há missões, não aceitam esses profissionais.

4 METODOLOGIA

Esta dissertação é um dos frutos do Projeto Multicêntrico “*Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde*”, Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013 - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde - Linha 5 - Identificação e análise de iniciativas inovadoras em redes assistenciais e regiões de saúde, projeto coordenado pela prof^a. Dr^a Leonor Maria Pacheco Santos, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e no Pará coordenado pelo Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva, da Universidade Federal do Pará.

4.1 Aspectos Éticos

Segundo a Resolução n° 466, do Conselho Nacional de Saúde, que visa o respeito a dignidade humana e a devida proteção dos participantes das pesquisas científicas, por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, esta deve atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes (BRASIL, 2012b).

Assim, o projeto foi submetido à apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, sendo aprovado em 10 de setembro de 2013 (Anexo A). Esteve também de acordo com a realização da pesquisa, o secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o Dr. Mozart Júlio Tabosa Sales (Anexo B) e também o

presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi (Anexo C).

Antes da coleta de dados com cada participante foram apresentados e registrados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Utilização de Som, Voz e Imagem para Fins de Pesquisa (Anexos D, E).

4.2 Coleta de Dados

Os municípios participantes da pesquisa foram selecionados aleatoriamente, de acordo com critérios de inclusão (municípios inscritos no PMM, que tinham 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, que possuíam menos de 5 profissionais médicos e um índice inferior a 0,5 médico por mil habitantes) e por meio de partilha proporcional ao número de municípios nesta condição por Unidade da Federação.

No Brasil, os 32 municípios selecionados aleatoriamente, como acima descrito, estão distribuídos nas cinco regiões conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Quantidade de municípios participantes por região

Região	Quantidade de Municípios
Norte	14
Nordeste	12
Sudeste	03
Centro-Oeste	02
Sul	01

Fonte: Autora.

As coletas aconteceram entre novembro de 2014 e junho de 2015 e se deram por meio de visita de pesquisadores aos municípios selecionados. Em cada um deles foram entrevistados: dois gestores, Secretário (a) de Saúde e Coordenador (a) de AB), um membro do Conselho Municipal de Saúde, um ou dois médicos do PMM de diferentes unidades de saúde (dependendo da quantidade de médicos no programa no município), quatro profissionais de saúde que trabalham com esses médicos, cinco usuários de cada uma das unidades onde os médicos trabalham (ou seja, dez usuários, no total) e o preenchimento das guias de observação das unidades de saúde visitadas.

Num primeiro momento do projeto, a mestranda não foi a campo, porém ficou responsável pela transcrição de todas as entrevistas realizadas nos municípios do estado do Pará, correspondendo aproximadamente 1.500 minutos de transcrição. Já num segundo momento, teve a oportunidade de ir a campo e participar da coleta de dados.

No caso do Pará, antes das duplas de pesquisadores se deslocarem de Belém para os municípios participantes da pesquisa, foi realizado o contato prévio com os gestores locais, para saber o melhor período para a coleta de dados; de janeiro a abril de 2015, as duplas realizaram os trabalhos de campo.

Chegando aos municípios, os pesquisadores se dirigiam à Secretaria de Saúde para entrevistar os gestores, ao Conselho Municipal de Saúde, para realizar a entrevista com um dos conselheiros e posteriormente às unidades de saúde onde os médicos estavam trabalhando.

Ali entrevistavam os médicos, os profissionais que trabalham com o médico e os usuários; além de preencher as guias. Foi utilizado como técnica de coleta um roteiro de entrevista semiestruturada para a realização das entrevistas, com exceção das entrevistas dos usuários, que continha perguntas fechadas e que não eram gravadas.

Para esta dissertação, foram utilizados somente os dados dos médicos. Os pesquisadores chegavam a unidade de saúde e aguardavam que o médico atendesse todos seus pacientes para então realizar a entrevista.

O roteiro dos médicos é composto por um cabeçalho mais as perguntas abertas sobre aspectos motivacionais e do processo do trabalho, onde o médico fala sobre sua formação profissional e suas experiências anteriores; sobre aspectos logísticos e relacionais, sobre o funcionamento da rede do SUS e, por fim, sobre as expectativas e percepções sobre o PMM (Anexo F). Estas entrevistas foram gravadas em um gravador de voz e posteriormente transcritas pela autora.

Dessa forma, nacionalmente foram analisadas 44 entrevistas de médicos cooperados em 32 municípios de todo o país e no Pará foram analisadas 16 entrevistas, de 08 municípios selecionados.

Além dos dados primários do projeto multicêntrico, a autora fez busca do currículo de medicina cubano para comparar com o currículo de medicina brasileiro e observar as similaridades e diferenças.

4.3 Municípios Paraenses

O estado do Pará está localizado na região Norte do Brasil e possui 144 municípios, sendo Belém a capital. No projeto multicêntrico foram visitados oito municípios que aderiram ao programa e selecionados pelos critérios de inclusão. Os deslocamentos para chegar a esses municípios foram por meio de ônibus, barco e avião, alguns sendo necessário mais de um tipo de transporte para se chegar, devido a geografia do estado e dificuldades de acesso; além dos deslocamentos dentro do município, por meio de carro, moto, voadeira, etc.

4.4 Análise dos Dados

Foi realizada a análise de conteúdo desses dados, que segundo Bauer (2010), é um método desenvolvido nas Ciências Sociais para analisar textos e que pode fornecer respostas sobre determinado tema ao pesquisador. Segundo Campos (2004), a AC é constituída por “um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos” e é “amplamente utilizada em pesquisas científicas no campo da saúde”.

Ela permite que se façam inferências sobre o texto analisado, por meio das seguintes fases: 1 - pré-exploratória do material ou leitura flutuante, buscando-se apreender as ideias principais; 2 - seleção das unidades de análise (palavras, sentenças, entrevistas, etc.) e 3 – processo de categorização, que são enunciados que exprimem significados relacionados às unidades de análise (CAMPOS, 2004).

Para subsidiar essa análise, utilizou-se inicialmente o software Atlas.ti, que é um software, que funciona como um recurso para a análise qualitativa de dados e é considerado uma poderosa ferramenta na pesquisa, possibilitando o êxito na averiguação de fenômenos e no avanço do conhecimento, estruturação lógica e coerente de uma pesquisa, conferindo assim credibilidade científica (GILZ, 2007).

No Atlas.ti, inicialmente criou-se um projeto, o qual é denominado de *Hermeneutic Unit*, em seguida, os documentos primários (entrevistas dos médicos já transcritas) foram associados ao projeto e logo após foram criadas as categorias a partir das perguntas do roteiro de entrevista dos médicos. Para este estudo foram criadas as seguintes categorias: motivação para participar do programa, situação do município, horas por dia trabalhadas, divisão da

carga horária, quantidade de pacientes por dia, tempo dedicado ao paciente, visitas domiciliares, avaliação do SUS, relação de trabalho com os gestores e profissionais, experiências profissionais anteriores em seu país de origem, experiências profissionais anteriores em outros países, preparação para o programa. No final foi gerado um documento com todas as unidades de análise que foram associadas a uma dessas categorias e por fim, foram contabilizadas essas categorizações e feitas as inferências.

A autora analisou tanto os dados do Pará quanto os demais dados nacionais, sendo que nos dados regionais foi possível obter algumas informações mais detalhadas, a partir dos cabeçalhos dos roteiros dos médicos, como: sexo, idade, raça/cor, onde e quando realizou a graduação e se fez pós-graduação e em qual área.

5 RESULTADOS

Optou-se no decorrer do mestrado pela elaboração da dissertação em formato de artigos científicos, desta forma, os resultados podem ser observados, na íntegra, nos artigos a seguir. O primeiro artigo foi publicado na Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (vol. 21, Supl. I, núm. 63, 2017, pp. 1257-1268) e trata sobre os dados nacionais. Já o segundo artigo foi submetido à edição especial da Revista Pan-americana de Salud Pública, cujo tema é Atenção Primária à Saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata, e se aguarda o parecer da revista. Seu foco está nos dados médicos do Pará.

5.1 O Projeto Mais Médicos para o Brasil - Desafios e Contribuições à Atenção Básica na Visão dos Médicos Cooperados (Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, Supl. I, núm. 63, 2017, pp. 1257-1268)

Resumo

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013 visando prover médicos para áreas de difícil fixação de profissionais e oferecer treinamento em Saúde da Família para médicos brasileiros e estrangeiros. Neste artigo são analisados aspectos relacionados às motivações, ao processo e condições de trabalho na Atenção Básica; à situação de saúde nos

municípios, ao funcionamento do SUS e a relação com os gestores, a partir de entrevistas com 44 médicos cubanos, trabalhando em 32 municípios de todas as regiões do país. As falas mostram que os cooperados tem um agudo senso de observação e conseguem fazer um detalhado diagnóstico situacional de suas áreas de atuação, demonstrando a precariedade ainda prevalente na Atenção Básica nos municípios. Porém, eles também evidenciam que, com a adequada formação, é possível fazer atenção primária de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

Palavras-chave: Atenção Básica, Saúde Pública, Áreas Rurais, Formação Médica.

Proyecto Más Médicos para Brasil - Desafíos y contribuciones para la atención primaria desde la perspectiva de los médicos cooperantes

Resumen

El Proyecto Más Médicos para o Brasil (PMMB) fue creado en el año 2013 con el objetivo de proveer médicos para áreas de difícil inserción de profesionales y ofrecer capacitación en salud de la familia para médicos brasileños y extranjeros. En este artículo se analizan las motivaciones, procesos y condiciones de trabajo en atención primaria; la situación de salud en los municipios, funcionamiento del Sistema Único de Salud y la relación con los gestores. Se realizaron 44 entrevistas con médicos cubanos, que trabajan en 32 municipios de todas las regiones del país. Las opiniones revelan que los médicos tienen un buen sentido de observación y han logrado realizar un diagnóstico situacional detallado de sus áreas de actuación. Estos profesionales ponen de manifiesto que, con formación adecuada, es posible desarrollar una atención primaria de calidad, a pesar de las grandes adversidades.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, Salud pública, Áreas rurales, Formación médica.

The More Physicians for Brazil Project - Challenges and Contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians

Abstract

The More Physicians for Brazil Project (PMMB) was created in 2013 aiming to provide physicians to difficult to reach areas, and to offer to medical doctors from Brazil and other countries training in Family Medicine. This article analyzes aspects related to motivations, processes and working conditions in Primary Care, the health situation, the functioning of

SUS, and the relationship with managers in the municipalities, using interviews with 44 Cuban physicians working in 32 municipalities of all regions of the country. Their reports show that they have an acute sense of observation and manage to compose a detailed diagnostic of their working environment, demonstrating the lack of support still prevailing in the Primary Care of the municipalities. However, they also show that, with adequate training, it is possible to do quality health care even in conditions of great adversity.

Key-words: Primary care, public health, Rural areas, Medical education.

Introdução

Em 16 de outubro de 2013, o Senado Federal ratificou a decisão da Câmara dos Deputados e aprovou a Medida Provisória 621/2013 de criação do Programa Mais Médicos, que foi então encaminhada para sanção presidencial e se transformou na Lei nº 12.871, de 22/10/2013. No texto destaca-se que a consecução dos objetivos do programa depende da reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, fundada em parâmetros que alcancem as regiões com menor relação de vagas e médicos por habitantes; em novos parâmetros para a formação médica no país e na promoção do aperfeiçoamento de médicos na atenção básica em saúde nas regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro do Programa encontra-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (artigos 13 a 22 da Lei 12.871/2013), no qual os médicos participantes, contratados através de editais, atuam no país com registro provisório emitido pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto aqueles que quiserem continuar exercendo a medicina no Brasil, após os seus três anos no Programa, terão de fazer revalidação do diploma obtido no exterior¹.

Considerando a amplitude do PMMB, que entre agosto de 2013 e julho de 2014, fez o provimento de 14.462 médicos para todas as regiões do Brasil, torna-se relevante realizar avaliações sobre sua efetividade, como iniciativa que visa a realização do direito universal à saúde, por meio da melhoria do acesso da população à rede assistencial. O PMMB permite espaço para estudar a linha de base e as suas possíveis repercussões na organização dos fluxos de demanda e provimento, na estruturação da oferta de serviços de saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde do país.

Em 2014 foi iniciado esforço para desenvolver pesquisas empíricas que possam avaliar os impactos do PMMB e subsidiar o processo de tomada de decisões dos gestores das esferas federal, estadual e municipal, visando o aperfeiçoamento das intervenções públicas em saúde. Este artigo resulta de uma destas iniciativas, tendo como foco específico o olhar dos

médicos cooperados sobre a Atenção Básica no Brasil, o SUS, e como eles consideram que o PMMB influencia sua implementação e fortalecimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 32 municípios que foram selecionados aleatoriamente segundo os seguintes critérios de inclusão: a) ter 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, b) estar inscrito no primeiro ou segundo ciclo do PMMB, c) ter menos de cinco médicos em atuação, d) ter menos de 0,5 médico por mil habitantes na data de junho de 2013.

A amostra foi probabilística ponderada, construída com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente. Aplicando os critérios de inclusão, resultaram 32 municípios de todas as regiões do Brasil: 14 no Norte, 12 no Nordeste, 03 no Sudeste, 02 no Centro-Oeste e 01 no Sul.

Foram analisadas 44 entrevistas semiestruturadas feitas com médicos cooperados dos municípios incluídos na amostra (16 homens e 28 mulheres). Optou-se neste artigo pela utilização do termo médicos cooperados, por ser o mais utilizado pelo MS devido ao acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, o qual foi intermediado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Realizou-se uma entrevista nos municípios que tinham um médico do PMMB e duas nos municípios que tinham dois ou mais médicos do Programa. Optou-se por utilizar neste artigo apenas os registros dos médicos de nacionalidade cubana uma vez que aqueles profissionais tem formação prévia específica na área de atenção básica/medicina de família e compõem a maioria absoluta dos médicos do Programa.

A partir das narrativas dos médicos, categorizou-se a informação e quantificou-se os resultados, utilizando-se a técnica de análise quantitativa e descritiva (frequência) dos depoimentos profissionais por meio do programa AtlasTI versão 7 e técnicas de análise de conteúdo^{2,3}.

Emergiram das entrevistas as seguintes categorias temáticas: motivações para participar do PMMB, os processos e as condições de trabalho na Atenção Básica; a situação de saúde nos municípios e o funcionamento do SUS e a relação dos médicos com os gestores. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2015. Tratou-se da primeira etapa da avaliação do Projeto, que ocorrerá em três etapas envolvendo, além de

médicos, os gestores, os outros profissionais de saúde e os usuários dos municípios selecionados^a.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS-UNB) e todos os médicos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde detalhou-se o objetivo da pesquisa e as condições da sua participação.

Resultados

A. Motivações

Dentre as motivações dos profissionais cubanos para participar do PMMB, destacou-se a relação entre a formação da medicina no seu país e a vocação internacionalista, bem como a de solidariedade, onde a “colaboração para ajudar e para servir” faz parte do processo de formação profissional cubana.

Na formação nossa nós temos como premissa fundamental ser internacionalista, prestar serviço onde precisa de nossos serviços [...] Precisava cumprir uma missão aqui no Brasil, um projeto numa área mais carente e dei minha posição participar aqui, ajudar a melhorar a saúde aqui do Brasil [...] (Med. 28 – PA).

O motivo realmente foi, nós temos uma formação desde nosso berço de solidariedade, então foi lançada essa proposta no nosso país e todos ficamos muito motivados, era um país que todos gostávamos, o Brasil (Med. 23 - AP).

Outros destacaram “o sonho” por conhecer o Brasil e o SUS, viajar para outras culturas, conhecer outras experiências, modos de vida e doenças diferentes. O aspecto econômico foi também mencionado algumas vezes, considerado uma “boa oportunidade financeira”, assim como responder a uma demanda do governo cubano. Chama a atenção que muitos dos profissionais que estão no Brasil já tinham experiências similares em outros países. Em especial em países da América Latina, como: Venezuela, Bolívia, Honduras e México. Além de países de outros continentes, como China e Nigéria. Muitos inclusive permaneceram nesses países por alguns anos, como se observa nos depoimentos a seguir:

Na missão da Venezuela, que foi a missão ‘Bairro a dentro’, foi uma missão também muito bonita, que chegamos pela primeira vez em 2003, novembro de 2003 a Venezuela. Também trabalhei em zona rural e no centro de Venezuela [...] como médica geral/integral e medicina comunitária. A

experiência foi muito boa, porque no início não tinha consultório onde trabalhar e iniciamos o trabalho casa a casa (Med. 20 - PA).

Eu me iniciei na Cuba e tive a possibilidade de trabalhar na Venezuela, isso também foi uma grande experiência profissional, eu me nutri de muito, muito conhecimento além de compartilhar com outras culturas e costumes que, sempre produz um enriquecimento pessoal, profissional e humano (Med. 23 – AP).

Para outros profissionais, a experiência em Cuba é também um elemento importante na motivação para o exercício da medicina em outros territórios, ao ter praticado a profissão nas áreas rurais e no âmbito da atenção primária, na medicina integral e nos consultórios populares:

E desde que comecei estou trabalhando no interior assim, como aqui. Na área rural de lá, me deram casa e tudo que preciso para o trabalho (Med. 1 – PR).

Fiquei em Cuba dois anos trabalhando de assessor municipal do programa de Atenção Materno Infantil. Dois anos depois parti para Bolívia [...]. Voltei novamente a Cuba, continuei trabalhando lá dois anos igual, consulta, consultório popular, fazendo plantão [...] (Med. 21 – PA).

B. Processos e condições de trabalho na Atenção Básica

Uma das primeiras observações nas entrevistas destes profissionais diz respeito à organização da jornada de trabalho. Os médicos relatam que trabalham, em geral, oito horas diariamente, com exceção da sexta-feira, dia estipulado para participar no curso de especialização em saúde da família que também constitui parte das atribuições pactuadas no PMMB com o intuito de contribuir à formação dos médicos intercambistas sobre a forma como que se estrutura, no Brasil, o modelo de atenção primária e desenvolver estratégias de educação permanente. De acordo com alguns dos entrevistados, o horário deve ser cumprido rigorosamente, pois é necessário que os médicos estejam disponíveis, a serviço da população. Entretanto, essa carga horária pode ser ultrapassada devido à necessidade de atender pacientes por demanda espontânea e por emergências ou, ainda, por visitas domiciliares em áreas distantes. Ademais, percebe-se que o trabalho cotidiano é organizado em função das peculiaridades do lugar de inserção e das demandas locais. Em uma situação típica o médico relata:

Faço consultas de oito horas às doze horas e meia, mais ou menos. E à tarde eu faço consulta de duas às cinco ou saio para fazer visita domiciliar também em toda à tarde (Med. 2 - MG).

Foram apontadas pelos profissionais inconvenientes do trajeto e do tempo de percurso para chegar ao posto de saúde, pois em muitos casos, a comunidade na qual trabalham fica distante do centro da cidade onde estão suas residências. Em ocasiões, por falta de gasolina ou de transporte, não conseguem se deslocar para a Unidade Básica de Saúde (UBS) precisando fazer longas caminhadas ou adquirir transporte próprio.

Para a organização da escala de trabalho os médicos afirmaram que efetuam consultas agendadas e as que chegam às unidades por demanda espontânea, além das consultas relativas aos programas específicos (diabéticos, hipertensivos, crianças, puérperas, entre outros). Realizam as visitas domiciliares consultando e aconselhando idosos, crianças, gestantes, pessoas com doença mental, acamados, etc. Desenvolvem também atividades educativas (principalmente na forma de palestras), na própria UBS, em escolas ou nas rádios da cidade. Nessas atividades, abordam-se vários temas que podem estar relacionados aos programas de saúde ou assuntos relevantes para a saúde pública. Eles participam ainda das reuniões regulares, que acontecem com periodicidade mensal, semanal ou quinzenal, com a finalidade de planejar as atividades da unidade.

Embora saibam que, são autorizados pelo MS somente para exercer sua profissão em ações na Atenção Básica previstas pelo programa e na localidade indicada pelo ministério, não podendo, assim, realizar atendimentos em urgência e emergência, em alguns casos eles atendem, pois para eles, "a vida das pessoas é o mais importante". Os relatos mais frequentes podem ser sintetizados pela fala a seguir:

A carga horária é dividida em atendimentos na unidade (agendados, atendimento de demanda emergente, atendimento as gestantes e as crianças), um turno é utilizado para visitas domiciliares, um dia atendimento na zona rural em diferentes lugares, um turno reunião com a equipe do PSF e atividades educativas nas escolas, quando há campanhas temáticas (Med. 10 - AL).

Segundo os relatos, o número de pacientes atendidos por dia varia entre 10 e 50 pessoas. Para alguns, a média de atendimentos em um dia oscila entre 25 e 35 pacientes, o que é considerado uma grande demanda. Há também considerável diferença de acordo com o dia da semana. Um fator que influencia o número de consultas é o tempo dedicado a cada paciente. Alguns afirmaram que varia entre 10 e 15 ou entre 10 e 20 minutos, pois são muitos

pacientes para poucas horas de trabalho. Afirmaram que esse tempo depende de vários fatores, como: a doença investigada, o paciente (se é conhecido ou vem pela primeira vez à consulta), a idade, a comunidade de origem, os tipos de exames físicos que tem que ser feitos, a necessidade de escutar o paciente e fazer a anamnese detalhada, e ainda, da instrução sobre a medicação prescrita, se é uma consulta normal ou uma urgência. Gestantes e pacientes com doença mental requerem mais tempo. A consulta pode chegar a 40 minutos, se for preciso, dependendo do quadro clínico do paciente incluindo a prescrição de exames, em especial, se for um indivíduo que está consultando pela primeira vez.

Dependendo de cada patologia, temos pacientes e pacientes; eu dedico o necessário, eu não estou enxergando o tempo. Tentamos de ver o que o paciente tem e chegar a uma conclusão (Med. 4 - AP).

As visitas domiciliares são realizadas, na maioria das vezes, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas, também, com a enfermeira e/ou outros membros da equipe. Segundo eles, atualmente ocorrem mais visitas do que antes. Em alguns casos a notificação da demanda pode ser feita pelo próprio médico quando percebe nas consultas na unidade a necessidade de acompanhar mais de perto determinada situação. A programação das visitas domiciliares pode não ser fixa, ocorrendo apenas quando um membro da equipe o considera necessário, ou uma ou duas vezes na semana, no período da manhã ou da tarde, geralmente depois das 15h. Segundo os cooperados, no momento da visita verifica-se a situação econômica, a situação de saúde da família, o percurso de uma casa para outra, o ambiente, o quintal das casas, se tem lixo, se tem água parada, se tem erva daninha, se usam hipoclorito, como o utilizam e os procedimentos na preparação da comida das crianças; ou seja, "o modo geral de condição de vida da pessoa e qualquer coisa que possa trazer prejuízo à saúde da população", além da consulta ao caso específico que originou a visita. A quantidade de casas visitadas por semana oscila, podendo ser entre 2 e 10. Em um único dia de visita podem ser atendidos 10 a 15 pacientes.

Em relação à visita domiciliar:

A gente olha a casa, a relação do usuário com a família, da família com o usuário, e dele com ele mesmo, e fazemos educação, promoção e reabilitação. O perfil dos usuários que tem visita domiciliar é de pessoas idosas sem caminhar, acamados, puérpera, cesariana. Os motivos podem ser diversos, desde que haja a necessidade. Fazemos até quatro visitas por vez (Med. 9 - BA).

As principais dificuldades relatadas para a realização das visitas estão relacionadas com a falta de transporte por parte das prefeituras. A locomoção ocorre principalmente através de carro ou de "voadeira" (lancha a motor, esta principalmente na região norte), quando a comunidade é ribeirinha, e até mesmo de moto. Os veículos pertencem às vezes aos próprios médicos ou aos profissionais que trabalham na equipe. Já ocorreram inclusive acidentes de carro no percurso das visitas. O período de chuvas é sempre um empecilho, pois com frequência o transporte não consegue chegar a alguns locais de difícil acesso.

Outro problema indicado é a segurança. Alguns médicos relatam que não estão mais fazendo visitas porque foram assaltados, tendo demandado maior segurança sem obter resposta do poder público.

C. A situação da Atenção Básica e de saúde nos municípios

Sobre a situação de saúde dos municípios, a maioria dos médicos indica que são detectadas com mais frequência doenças e distúrbios tais como, hipertensão, sobrepeso, hipercolesterolemia, diabetes, doença mental, cardiopatias, doenças respiratórias, asma brônquica, dores nas regiões dorsal e lombar, acidentes vasculares cerebrais, e agravos como acidentes de moto, uso de drogas e alcoolismo. Outros médicos falaram sobre a ocorrência frequente em seus municípios de doenças infecciosas, como diarreias, infecções de transmissão sexual, (HIV, condiloma, sífilis), leishmaniose, hanseníase, tuberculose, verminoses, dengue, gripe, malária e hepatites. Algumas aparecem somente na época das chuvas, outras têm uma relação muito grande com o consumo de água de má qualidade e da existência de esgoto não tratado.

Para muitos entrevistados há diversas situações difíceis/críticas e expressiva carência de atenção médica nos municípios. Outros supunham que a situação estivesse pior, pois eles têm conhecimento da situação de saúde em outros países e também de outros municípios do Brasil onde tem algum médico conhecido. Alguns esperavam uma prevalência maior de doenças, devido à pobreza dos municípios atendidos pelo Programa.

Segundo eles, os municípios precisam promover formas de desenvolvimento local e implementação de políticas que superem as condições impróprias do ambiente, da gestão do lixo, da água potável, da presença de animais transmissores de doenças, sendo que reconhecem que a população é grande e os recursos humanos de saúde escassos. Porém, houve também alguns médicos que consideraram a situação do seu município boa, apesar das dificuldades.

As falas dos médicos revelam que eles observaram diversas demandas urgentes tais como numerosas pessoas que tomam remédios controlados e/ou sem receita, a desorganização da Atenção Básica municipal, com equipes de saúde incompletas, fluxo interrompido de acompanhamento regular dos pacientes e falta de ações de prevenção, promoção e de reabilitação.

Na perspectiva desses profissionais, algumas práticas culturais e falta de ações de educação em saúde contribuem com a persistência de determinadas doenças que, por meio de processos educativos e dispositivos de prevenção, poderiam ser solucionadas, uma vez que são doenças evitáveis. Entretanto, para isto é preciso haver mudanças, organizar componentes na própria rede de atenção à saúde visando melhorar os indicadores. Eles enfatizam que, de um modo positivo, com trabalho, dedicação e amor, as mudanças seriam possíveis e ajudariam a construir outras condições de vida e de saúde.

Contudo, há que se considerar que a vulnerabilidade social da população é um grande desafio para as ações de educação em saúde, devido ao baixo nível educacional e à existência de estilos de vida difíceis de mudar. Dadas as circunstâncias de vida, eles possuem, no geral, hábitos alimentares pouco saudáveis (comida muito salgada e gordurosa e com poucas frutas, verduras e legumes).

Na perspectiva de alguns profissionais, porém, a vulnerabilidade social das comunidades não compromete seu trabalho, pois a pobreza não é um obstáculo absoluto para a saúde. Em muitos casos, a população mora perto do posto e os médicos se engajam em ações educativas. No entanto, para os entrevistados, é necessário mais trabalho, aumentar o número de palestras, proporcionar cursos complementares aos ACS, para os residentes das comunidades, e isso acaba sendo uma motivação para eles trabalharem mais.

Aqui [...] temos que ter consciência que é uma população pobre, uma população com baixo nível educacional, os hábitos higiênicos também influem no quadro epidemiológico [...] E assim, influi (sic) muitos fatores. Mas mesmo assim acho que temos modificado um pouco o quadro de saúde do município (Med. 28 - PA).

D. Avaliação do funcionamento do SUS e da relação com os gestores

Sobre os serviços de saúde, os médicos relataram que é necessário desenvolver melhorias na organização, devido a existência de diversos problemas como a insuficiência constante de medicamentos e a falta de combustível para o transporte do médico, o que impede que seja feita a visita domiciliar; frequentes trocas nos gestores, carência de recursos

para o atendimento cotidiano, a falta de profissionais da medicina nos plantões dos hospitais (e eles acabam por ter de atender a estes pacientes).

Esta fala do médico demonstra as carências:

Para proceder o trabalho na unidade o mais dificultoso é a carência de insumos, que tenha o medicamento dos pacientes, que podem sair com os medicamentos indicados, cumprir o tratamento para curar-se. Que se tenha febre, possa injetá-lo, seringa, agulha, que haja medicamentos (Med. 27 - PA).

Os laboratórios não funcionam adequadamente e há dificuldades para marcar consultas com médicos especialistas. Somam-se a esses problemas, as limitações na infraestrutura das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (muitas estão em reforma ou em construção) tendo sido relatados vários obstáculos à adequada atenção, tais como a falta de ventilação nos consultórios (os médicos precisam levar seu próprio ventilador), falta de banheiro em muitos casos, iluminação inadequada, não há sala de curativos, sala de enfermagem nem sala de imunização. Carência também de equipamentos básicos como otoscópio, curativos, estetoscópio, fitas métricas, antropômetros, balanças, esfigmomanômetros, kit hanseníase, pinças, espéculos ginecológicos, material para sutura, glicosímetros, negatoscópios, eletrocardiógrafos e macas; o que foi relatado pela maioria dos entrevistados. Finalmente, eles mencionam problemas com a referência e contra-referência. Por exemplo, quando o paciente é encaminhado para o especialista há uma grande demora entre o pedido e a avaliação daquele profissional. Por tal motivo, muitos pacientes, quando podem, acabam procurando um médico particular devido a essa demora.

Agora mesmo, o hospital está em reforma. Isto traz problema de encaminhamento, de paciente que precisa urgente. Isto me chama a atenção porque isto é a atenção primária daqui, é a vinda do hospital. Tem problema com o problema de fazer o raio X, não tem eletrocardiograma, mamógrafo (Med. 41 - AM).

Segundo os entrevistados, dificuldades são frequentes também na realização de exames solicitados pelo médico, pois alguns são realizados somente nas capitais dos Estados, que ficam distantes, muitas vezes impossibilitando que o exame seja levado a cabo e, conseqüentemente, que seja realizada uma análise integral do paciente. Dentre os problemas de transporte destaca-se que não há ambulâncias ou são insuficientes para levar os pacientes para tratamento fora do domicílio. Porém, para um número menor de cooperados, a

organização não é perfeita, mas ainda assim é boa, pois consideram que há um bom atendimento, todos os que necessitam são encaminhados, os serviços são melhor organizados nesses casos e as UBS deles estão bem equipadas. Há equipes completas com dentistas, médicos, enfermeiros e ACS, e referem boa integração com os hospitais, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), ambulâncias, etc.

As narrativas revelam dificuldades para realizar ações de acompanhamento a pacientes que poderiam ser resolvidas nesse nível de atenção, mas que faltam alguns instrumentos adequados de trabalho básicos:

Temos um problema muito grande que é com as grávidas. Nós não temos estetoscópio [...], isso é para detectar o batimento cardíaco fetal, temos problemas com isso. Atualmente estou fazendo com meu estetoscópio, que é difícil, mas que eu trato de logo escutar o batimento cardíaco fetal [...] (Med. 37 - PA).

Por outro lado, na relação com os gestores e demais profissionais, todos os médicos relataram que a interação é boa, pois buscam resolver qualquer problema que o médico tenha. Os médicos dizem que compartilham tudo com eles e que, em geral, não têm ocorrido problemas com outros médicos especialistas ou dos plantões. Há uma boa relação com todos os profissionais, não só de trabalho, mas de amizade. Os médicos se sentiram bem acolhidos por estas pessoas e elas sempre perguntam se está tudo bem, são como uma família, inclusive alguns se sentem como se estivessem em Cuba.

Segundo um dos entrevistados:

O relacionamento entre os gestores e os outros profissionais é bom, com os profissionais que a gente tem contato. O pessoal do NASF é muito receptivo e sempre que precisei deles, eu não posso reclamar. E o que estava nas mãos deles, eles fizeram, não tenho nada a reclamar. O pessoal do CTA também. Na secretaria também [...] Mas acolhimento não faltou (Med. 25 - PA).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que os médicos cooperados mostraram-se bastante motivados para trabalhar em áreas remotas e de difícil provimento, objetivo principal do PMMB. A solidariedade foi recorrente no discurso desses médicos, como um valor que evocou a disposição para ajudar as pessoas que vivem em áreas longínquas, com escasso

acesso aos serviços de saúde. Trata-se da solidariedade social, de alcance coletivo, que ultrapassa fronteiras e fundamenta-se no vínculo do reconhecimento recíproco entre as pessoas, isto é, pela necessidade das pessoas, enquanto seres sociais⁴.

A formação ético-humanista, que pressupõe a inclusão das dimensões subjetivas do adoecimento e oferece maior visibilidade às questões culturais e sociais, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença⁵, contribui para reforçar o senso de responsabilidade social dos médicos⁶.

Ademais, muitos dos médicos já haviam tido experiência prévia de trabalho em Cuba na Atenção Primária à Saúde e em outros países. A necessidade de prestar serviços em outros países está incluída no processo de formação médica cubana⁶. Dessa forma, os médicos devem apresentar disponibilidade para cumprir com as “missões”, ou seja, ir para outros países que necessitam de ajuda, mais precisamente, da mão de obra médica. São também reconhecidos os benefícios trazidos pela oportunidade de os médicos trabalharem em diferentes países, além do aumento da habilidade técnica, o conhecimento de novas doenças e de sistemas de saúde diversos^{7, 8}.

Na Atenção Básica, os médicos foram inseridos prioritariamente nas unidades da ESF, que apresentam uma forma de organização peculiar, comprometida com a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, com os seguintes pressupostos: uma concepção de saúde relacionada à qualidade de vida; a noção de equipe de saúde; a intervenção desta na família e na comunidade e ação intersetorial.

Ficou evidente que é central na organização do processo de trabalho da ESF a realização de consultas médicas e visitas domiciliares e a permanência do médico na área. Os médicos demonstraram grande compromisso em cumprir com toda carga horária de trabalho semanal, especialmente por entender que a população necessita de seus cuidados. Ficou claro que a demanda por atendimento médico, sobretudo por consultas, é bastante intensa e impõe um ritmo que, muitas vezes, dificulta uma atenção mais humanizada e qualificada às pessoas. Apesar disso, os entrevistados expressaram flexibilidade para atendimento da demanda espontânea, bem como de urgências e emergências (ainda que fora das suas atribuições específicas), especialmente devido à falta de serviços nas suas regiões de atuação que atendam a essas necessidades.

Além das consultas, os médicos afirmaram realizar atividades educativas, especialmente palestras nas unidades de saúde para os grupos de hipertensos, diabéticos, nas escolas e na comunidade. Realizam também visitas domiciliares, principalmente para as pessoas com dificuldade de locomoção, mas também por sua própria iniciativa. Nessas visitas

o olhar do médico parece abranger competências relacionadas à vigilância, que inclui a verificação do ambiente, das condições sócio-sanitárias e de vida das pessoas de sua área adscrita. O trabalho de “*terreno*”, i.e., extramuros da USF - principalmente a visita domiciliar - é bastante valorizado pelos médicos cooperados.

Quanto à situação de saúde em áreas remotas, observou-se um perfil epidemiológico complexo, onde convivem simultaneamente as doenças crônicas, doenças infecto contagiosas e doenças originárias da escassez e da pobreza. Nesse sentido, alguns médicos cooperados demonstraram certa perplexidade, pois não esperavam encontrar essa situação em um país rico como o Brasil.

Apesar da disposição prévia para o enfrentamento do cuidado da população com grande vulnerabilidade social, por vezes, a forma como os médicos percebem as carências da população e organizam as práticas de cuidado, sugerem uma forte influência do paradigma biomédico, que pode culpabilizar os usuários pelas dificuldades de cuidado com a sua própria saúde. Esses dados demonstram que, apesar dos investimentos da formação médica cubana para o trabalho na Atenção Básica, o paradigma hegemônico influencia, também, as suas práticas. Tal paradigma limita a análise dos condicionantes e determinantes sociais, históricos e culturais da saúde e deve ser continuamente questionado na formação e na prática médica.

Além disso, esse modelo pode reforçar a lógica da medicalização, que impera no sistema de saúde ocidental, no qual se inclui o brasileiro, e que é danoso, pois reduz o potencial investimento na qualidade de vida da população. Para mudar essa lógica, é preciso maior valorização do saber generalista e humanista, na lógica da clínica ampliada, que reconhece que os sujeitos da clínica (cuidadores e cuidados) são possuidores de subjetividades que podem influenciar mutuamente nos encontros⁹. Ou seja, centrada em um atendimento integral, com vínculo efetivo, dando início a um novo patamar de diálogo, centrado não apenas na doença, mas na situação do doente, no seu sofrimento e nas suas condições psicossocioexistenciais⁹.

O trabalho em equipe foi considerado satisfatório, todavia parece transitar entre o modelo funcionalista, em que cada profissional é responsável pelas suas tarefas, tendo o médico como elemento central do processo de trabalho, e o modelo de trabalho colaborativo em que todos os trabalhadores compartilham do cuidado em saúde das famílias e da comunidade¹⁰. Há indícios de compartilhamento de trabalho por meio das reuniões das equipes, contudo as falas também demonstram fragilidade no planejamento das ações junto às comunidades, notadamente no que se considere as ações intersetoriais. Embora os profissionais relatem realizar atividades de promoção e prevenção (palestras ao público e

orientações aos moradores nas visitas domiciliares), estas ainda parecem figurar timidamente no planejamento das unidades de saúde.

A precariedade da infraestrutura do sistema de saúde em áreas remotas, mas também em áreas urbanas de todo o país, figura como um dos grandes desafios para a implementação da atenção básica de qualidade, segundo diversas manifestações do Conselho Federal de Medicina¹¹ e segundo resultados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Governo Federal^{12,13}. A carência nos serviços, que vão desde o ambiente físico inadequado, falta de transporte, funcionamento da referência e da contra-referência, até insumos básicos para os cuidados, e as deficiências do sistema de saúde local, que não possuem laboratórios seguros, médicos especialistas, e outros serviços de média e alta complexidade, apresenta-se como grande gargalo para a atenção adequada à população.

Nesse sentido, apesar do bom diálogo com a maioria dos gestores locais, os médicos afirmaram sentir necessidade de melhor comunicação com os tomadores de decisão para discutir questões relativas à melhoria da infraestrutura dos serviços e do sistema de saúde local. Como cooperados, os médicos podem e devem, demonstrar engajamento para melhorar o sistema de saúde do país onde prestam serviços.

Além disso, é notável a necessidade de maior investimento em trabalho em equipe, que considere inclusive a importância da participação dos usuários/ comunidade. Nesse aspecto, é necessário problematizar que é preciso investir também na educação em saúde dos nossos usuários/comunidade, porque, culturalmente, esses já esperam médicos que os atendam rapidamente, que peçam exames e os mediquem, sem maiores discussões⁹. Como sugerem os resultados deste estudo, essa educação, por sua vez, não deve ser vista apenas como transmissão de conhecimentos médicos por meio do ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos. É relevante que seja concebida, a partir da perspectiva dialógica, na qual o usuário/comunidade do serviço de saúde seja reconhecido como portador de um saber que pode ser base para uma prática emancipatória de ressignificação do processo saúde-doença-cuidado⁹.

O Brasil ainda vivencia grande carência de recursos humanos na área da saúde, principalmente no que se refere às áreas rurais e às populações social e economicamente mais vulnerabilizadas^{14,15} que são o principal foco do PMMB. Embora controverso, o PMMB ampliou significativamente o acesso e a efetividade da atenção básica no país^{16,17,18}, contribuindo para a universalização da atenção básica e o reforço à resolutividade do sistema

nacional de saúde, elementos hoje considerados fundamentais por um grande número de nações^{19,20}.

Considerações Finais

O investimento em trazer profissionais estrangeiros com formação com ênfase em Medicina Familiar e Comunitária, especialmente os médicos cubanos, aponta para ampliação do acesso e da qualidade na produção do cuidado na Atenção Básica, sobretudo em áreas remotas.

Apesar do pouco tempo nos municípios (entre 6 e 12 meses para a maioria) os médicos cooperados já conseguiram fazer um detalhado diagnóstico situacional, que demonstra a precariedade da atenção básica, que há muito é denunciada pelas entidades médicas e pela população. Ademais, demonstram que, com a adequada formação e dedicação profissional, é possível fazer atenção básica de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

Como as entrevistas foram conduzidas ainda em um momento inicial da implementação do PMMB, quando os profissionais tinham pouca experiência nos seus locais de trabalho, há necessidade de aguardar as próximas etapas de avaliação para analisar a consolidação ou a mudança, nas opiniões dos profissionais e quais os resultados do Programa foram efetivamente alcançados.

Agradecimentos

Aos órgãos financiadores, pesquisadores de campo do projeto e médicos cooperados, que gentilmente participaram das entrevistas.

Referências

1. Brasil. Medida Provisória nº 621/2013 - Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9/12/1993, e 6.932, de 07/07/1981; e dá outras providências [internet]. Brasília (DF); 22 jun 2013 [acesso em 13 out 2015]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp;jsessionid=7CD6D0862880808789CE90287211EDB4.node2?idProposicao=584020&ord=1&tp=reduzida.
2. Fernandes CA. Análise do Discurso: Reflexões Introdutórias. Ed. 2. São Carlos: Editora Claraluz; 2008.

3. Gondim S, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *C.G.S.* 2009; 2(1): 9-26.
4. Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Saúde Soc.* 2015; 24(supl. 1): 152-161.
5. Nogueira, MI. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. *Physis.* 2014; Set, 24(3): 909-930.
6. Gorry C. Latin American Medical School Class of 2015: Exclusive with Cuban-trained US Graduates. *MEDICC Rev.* 2015; July, 17(3):7-11.
7. Taylor AL, Dhillon IS. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of health personnel: The evolution of Global Health Diplomacy. *Glob Health Gov.* 2011; 5 (1): 1-24.
8. Candice R, George G, Enigbokan O. The benefits of working abroad for British General Practice trainee doctors: the London deanery out of programme experience in South Africa. *BMC Med Educ.* 2015; 15: 174. Published online 2015 Oct 14. doi: 10.1186/s12909-015-0447-6 PMID: PMC4606846.
9. Hafner M, Moraes M, Marvulo M, Braccialli L, Carvalho M, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Cien Saude Colet.* 2010; Jun, 15(Supl. 1): 1715-1724.
10. Shimizu H, Carvalho Junior D. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet.* 2012; Set, 17(9): 2405-2414.
11. CFM. Fiscalização em cerca de mil unidades comprova sucateamento na Atenção Básica [internet]. Brasília (DF): Portal CFM; 2 de março 2015 [acesso em 21 abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25365:2015-03-02-15-36-16&catid=3.
12. Brasil. Retratos da Atenção Básica 2012, v. 1. Características das unidades de saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica; 2015 [acesso em 26 out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
13. Brasil. Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012, v. 2. Insumos e medicamentos nas unidades básicas de saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica; 2015 [acesso em 26 out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.pdf.
14. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN.* 2015; 7(16): 28-51.
15. 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: 2015.

16. Ribeiro RC. Programa Mais Médico - Um equívoco conceitual. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(2): 421-424.
17. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(11): 3547-3552.
18. TCU. Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos entre junho de 2013 e março de 2014. GRUPO I – CLASSE V – Plenário TC nº 005.391/2014-8 [internet]; 2014 [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU_Mais_Medicos.pdf.
19. Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54): 623-634.
20. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5): 379-85.

5.2 Formação e Qualificação dos Médicos Cooperados do Programa Mais Médicos no Interior da Amazônia (Revista Pan-americana de Salud Pública, Número Especial: Atenção Primária à Saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata (Submetido)).

RESUMO

Ao ser implementado em 2013, o Programa Mais Médicos foi muito criticado, especialmente pelos representantes da categoria médica no Brasil. Uma das afirmações é que os médicos cooperados participantes do programa não possuíam qualificação para atuar no país. Visando elucidar esta questão, o objetivo deste trabalho é analisar a formação desses profissionais, conhecer sobre seu currículo, se possuem pós-graduação e suas experiências profissionais em seu país de origem e em outros países. Para isto, foi feito um recorte no qual foram realizadas entrevistas com 16 profissionais médicos que estão atuando em oito municípios do estado do Pará, Amazônia. A partir das análises dos dados, observou-se que eles possuem formação equivalente aos profissionais brasileiros, possuem experiências em outros programas de outros países, tem grande experiência na atenção primária a saúde, em medicina comunitária, rural, em seu país e possuem pós-graduação. Assim, podemos afirmar que são profissionais qualificados para atuar no país e sua forma de trabalhar tem muito a contribuir com a saúde da população, reduzindo as desigualdades em saúde, e também a ensinar aos profissionais brasileiros.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Cooperação internacional, Credenciamento, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Equidade em Saúde.

Formation and Qualification of cooperated doctors of the More Physicians Programa in the interior of Amazon

ABSTRACT

When implemented in 2013, the More Doctors Program (Programa Mais Médicos) was strongly criticized, especially by representatives of the medical category in Brazil. One of the statements was that the cooperating physicians joining the program did not have the qualification needed to work in the country. In order to elucidate this question, the objective of this work was to analyze the training of these professionals, to know about their curriculum, whether they are postgraduate and have professional experiences in their country of origin and in other countries. To do so, we interviewed 16 medical professionals who work in eight municipalities in the state of Para, in the Amazon. It was observed that they have equivalent training to Brazilian professionals, have a postgraduate degree, have great experience in primary health care, community and rural medicine in their country and have experience in other programs and countries. Thus, we can say that they are qualified professionals to work in the country and their way of working has much to contribute to the health of the population and also teaching Brazilian professionals, reducing health inequalities.

Key words: Primary Health Care, National Health Programs, International Cooperation, Accreditation, Human Resources Training in Health, Health Equity.

INTRODUÇÃO

Em 2013 foi criado pelo Governo Federal o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Medida Provisória nº 621, de julho de 2013 (1), que tornou-se lei (nº 12.871) no mês de outubro do mesmo ano (2). Um de seus objetivos é: “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”; bem como fortalecer a Atenção Básica (AB) no país.

Dentro do PMM, há o chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), para o provimento emergencial de profissionais médicos para promoção de AB nas regiões mais

vulneráveis (população com extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano, áreas com populações quilombolas e indígenas, etc). Estes médicos foram chamados por meio de editais, primeiramente ofertados a médicos com registro no Brasil; segundo, médicos brasileiros que se formaram no exterior, mas que tinham diploma revalidado; e terceiro, médicos estrangeiros que não tinham diploma revalidado e nem registro. Após essas prioridades foram recrutados médicos chamados por meio de um acordo de cooperação internacional (3).

Nos dois primeiros anos do programa, foi preciso realizar o acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que disponibilizou médicos oriundos de Cuba, chamados então de cooperados. Até junho de 2015, 11.429 médicos cooperados estavam participando do projeto, número muito maior que o de médicos com registro no Brasil (5.274), mesmo quando os chamamentos seguiram as prioridades (3).

No entanto, a vinda desses médicos cooperados foi muito criticada por representantes da categoria médica no Brasil. Estes consideravam que os médicos cubanos não tinham a formação necessária para atuar no país, chamando-os inclusive de enfermeiros, por acreditarem que os cubanos estudavam menos, bem como alegando que teriam dificuldades com relação a língua portuguesa, às práticas médicas nacionais e ao SUS (4).

Considerando-se os questionamentos sobre a formação profissional dos médicos cooperados, este trabalho tem como objetivo conhecer sobre a sua capacitação técnica, as experiências profissionais dentro e fora de seu país de origem e a preparação que receberam para participar do Programa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos Éticos e Bioéticos

Este artigo resulta da análise de dados do Projeto Multicêntrico “*Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde*”, Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013 - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde - Linha 5 - Identificação e análise de iniciativas inovadoras em redes assistenciais e regiões de saúde. O projeto foi submetido à apreciação e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado em 10 de setembro de 2013 (CAAE: 21688313.9.0000.0030).

Coleta de Dados

Embora os dados do projeto multicêntrico tenham sido coletados nacionalmente, neste artigo analisaremos os dados dos profissionais alocados no estado do Pará, Amazônia. Uma vez que os médicos foram distribuídos aleatoriamente pelo território nacional, considera-se que a amostra é representativa das características dos cooperados de todo o território nacional. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2015, em oito municípios que aderiram ao PMM e que foram selecionados pelo projeto multicêntrico. Em cada município foram entrevistados dois médicos do PMM de diferentes Unidades de Saúde. Foi utilizado para a coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada. Duplas de pesquisadores treinados se deslocavam até os municípios para realizar as entrevistas presencialmente.

Após contato prévio com cada secretaria de saúde, chegando ao município, seguiam até as duas Unidades de Saúde em que trabalhavam médicos do programa e aguardavam até que o médico atendesse todos seus pacientes para então realizar a entrevista. Além dos médicos, foram entrevistados também, os gestores de saúde (Secretário (a) de Saúde e Coordenador (a) da Atenção Básica), quatro profissionais que trabalham diretamente com os médicos, um conselheiro municipal de saúde e 10 usuários; além do preenchimento das guias de observação das Unidades Básicas de Saúde. Estes últimos, no entanto, não farão parte da análise deste trabalho.

O roteiro dos médicos é composto por um cabeçalho para a identificação do perfil desse profissional e sua formação, seguido de perguntas abertas sobre aspectos motivacionais e do processo do trabalho, sobre aspectos logísticos e relacionais, sobre o funcionamento da rede do SUS e, por fim, sobre as expectativas e percepções sobre o PMM. Todas as entrevistas foram gravadas em um gravador de voz e posteriormente transcritas para análise.

Localização

Participaram da pesquisa no Pará, 16 médicos cubanos, distribuídos em oito dos 144 municípios paraenses, considerados como representativos da diversidade demográfica e regional.

Análise dos Dados

Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo seguindo Bauer e Gaskell (6). Para subsidiar essa análise, utilizamos inicialmente o software Atlas.ti (7).

Foi criado no software uma *Hermeneutic Unit*, posteriormente, os documentos primários (entrevistas dos médicos transcritas) foram associados a uma unidade e por fim foram criadas as seguintes categorias, baseadas em algumas perguntas do roteiro de entrevista dos médicos: Experiências Profissionais Anteriores em Outros Países, Experiências Profissionais Anteriores em Seu País de Origem e Preparação para o Programa. A partir dessas categorias foi possível destacar as perspectivas dos médicos, que são analisadas a seguir.

Para compor o perfil desses profissionais, a partir dos cabeçalhos dos roteiros de entrevistas se obteve informações sobre sexo, idade, raça/cor, ano de formação, onde se formou, se possui pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) e em que área é essa pós-graduação.

Além disso, foi realizada a comparação entre um currículo do curso de medicina em Cuba, tendo como parâmetro daquele país a Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (8), e um currículo do curso de medicina do Brasil, tendo como parâmetro o currículo mais recente (2010) da Universidade Federal do Pará (9), para observar as diferenças e semelhanças entre os dois países.

RESULTADOS

O Perfil dos Profissionais Médicos Cooperados

Dentre os 16 médicos cooperados investigados no Pará, 12 são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, observa-se então que há uma preponderância de médicas, que deixaram filhos e maridos em Cuba, mostrando um grande desprendimento dessas profissionais.

A idade variou entre 34 e 55 anos, sendo a média aproximadamente 44 anos. Com relação a declaração sobre raça/cor, sete se declararam brancos, cinco pretos e quatro pardos. O ano de formação variou entre 1982 e 2005 (oito na década de 90, três na primeira década dos anos 2000 e quatro na década de 80) e eles provêm de diversas universidades do país

(Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Universidad Ciencias Médicas de la Habana etc).

Com exceção de um médico, todos os demais possuem especialização em áreas variadas: Medicina Geral/Integral (10 dentre os 16 médicos), Saúde da Família, Urgência e Emergência, Hipnose, Oftalmologia, Endoscopia. Além disso, sete possuem mestrado (Oftalmologia, Endoscopia, Urgência e Emergência, Longevidade Satisfatória, Enfermidades Infectocontagiosas, Sexologia, Imaginologia, Ciência e Tecnologia).

Análise Curricular

Comparando-se a estrutura curricular de um curso de Medicina em Cuba com um currículo de Medicina no Brasil, há uma diferença na carga horária total, sendo maior no currículo cubano (10.318 horas X 8.960 horas) (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação da Carga Horária dos Currículos Cubano e Brasileiro, por semestre de atividades

	Currículo Brasileiro	Currículo Cubano
1º Semestre	629h	580h
2º Semestre	629h	637h
3º Semestre	629h	669h
4º Semestre	629h	659h
5º Semestre	629h	814h
6º Semestre	561h	963h
7º Semestre	629h	988h
8º Semestre	629h	1002h
1º ano de Internato Rotatório *	1.776h	1.502h
2º ano de Internato Rotatório	1.744h	2.504h
Carga Horária Total	8.960h**	10.318h

*1º ano de internato rotatório somente no currículo brasileiro.

**Corresponde a soma da carga horária dos semestres +476h de atividades complementares.

Fonte: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (8) e Universidade Federal do Pará (9)

Os currículos são muito similares com relação às disciplinas ministradas. No entanto, observou-se que o currículo cubano apresenta disciplinas, como Educação Física I, II, III e IV

(320h em 4 semestres) e Medicina de Desastre I e II (160h em dois semestres), que estão ausentes no currículo brasileiro. Além disso, a disciplina de Inglês possui uma carga horária de 640h ao longo de 10 semestres no currículo cubano.

Promoção de Saúde (222h), Prevenção de Saúde (192h) e Medicina Comunitária (144h) são disciplinas específicas no currículo cubano, as quais no currículo brasileiro se encontram no eixo curricular de Atenção Integral à Saúde (AIS). A disciplina Medicina Geral e Integral corresponde a 380h, enquanto que no currículo brasileiro corresponde a 272h, distribuídas nas AIS V, VI, VII e VIII, cada uma com 68h. O currículo cubano também tem uma grande carga horária na disciplina de Medicina Interna (763h).

O internato rotatório cubano possui uma carga horária inferior de 2.504h, pois é realizado apenas nos dois últimos semestres; enquanto que no internato do curso brasileiro, a carga horária é de 3.520h, pois acontece nos quatro últimos semestres. Porém, é importante destacar que mesmo após o término do curso, os médicos recém-formados cubanos, atuam obrigatoriamente por um período de aproximadamente um ano na AB. Diferentemente dos recém-formados brasileiros, que não possuem nenhuma obrigatoriedade.

Há ainda uma diferença também no tempo eletivo, que no currículo cubano corresponde à 320h e no currículo brasileiro é de 476h.

Experiências profissionais anteriores em outros países

Sobre as experiências profissionais em outros países, todos os médicos relataram que já participaram de outras missões. O país mais citado foi a Venezuela (15 vezes). O tempo que esses médicos permaneceram nesse país foi de no mínimo 2 anos e no máximo 8 anos. Muitos deles citaram ter participado da ‘Misión Barrio Adentro’.

“Na missão da Venezuela, que foi a missão ‘Bairro a dentro’, foi uma missão também muito bonita, que chegamos pela primeira vez em 2003, novembro de 2003 a Venezuela. Também trabalhei em zona rural e no centro de Venezuela...como médica geral/integral e medicina comunitária. A experiência foi muito boa, porque no início não tinha consultório onde trabalhar e iniciamos o trabalho casa a casa. Depois a comunidade especificou um lugar na casa onde vivia, morava com o povo venezuelano, em casa na mesma comunidade, na casa de pacientes morava e depois um local na casa para a consulta e iniciar a consulta como visita domiciliar. E depois o programa foi melhorando, melhorando...” (MED 06).

O segundo país mais citado foi a Bolívia, com permanência média de 2 anos, participando da ‘Misión Milagro’. Outros países citados foram Guatemala e Honduras, com

permanência de 2 anos; China e México, foram citados, em função de desastres naturais, como inundações e terremotos que atingiram esses países. Os relatos a seguir, extraídos das entrevistas, mostram algumas das razões e condições de trabalho dos médicos antes de vir ao Brasil:

“Eu estive no país de Bolívia pela primeira vez no ano de 2008, lá trabalhei como endoscopista, porque já tinha feito um diplomado, um mestrado em endoscopia e foi muito gratificante porque eu realmente me enamorei de Bolívia, pelas condições, porque conheci muitas pessoas precárias, porque eu vi como foi mudando, como foi revolucionando a atenção médica com os pacientes. E foi uma experiência muito linda” (MED 01).

“Na Guatemala o trabalho também foi atenção básica na saúde, principalmente nos lugares de mais difícil acesso, na comunidade indígena, população mais pobre na Guatemala...” (MED 02).

Experiências profissionais anteriores em seu país de origem

Sobre as experiências profissionais em Cuba, a maioria relatou ter trabalhado na AB e possuir especialização em Medicina Geral e Integral. Trabalharam também na medicina familiar, comunitária, rural e como médico geral e integral. Outros citaram assessoria, plantões, serviço social e hospitalar, como pode ser verificado nas falas a seguir:.

“Meu trabalho é atenção primária. Trabalho num (aqui vocês chamam posto de saúde) lá em Cuba se chama consultório. É o mesmo trabalho daqui, igual, atendendo..., as crianças, pacientes com enfermidades crônicas, também os pacientes supostamente são, se atende uma ou duas vezes ao ano, o paciente que não fica doente, mas tem risco de alguma doença também. É preventivo. Eu trabalho com a prevenção, mas como também gosto de muito do trabalho de urgência e emergência, eu trabalho também fazendo plantão médico” (MED 16).

“Eu sou formado de 1996, aí fiz dois anos de medicina rural, como parte de nossa formação. Depois desses dois anos estive fazendo minha formatura na especialização de medicina geral/integral por três anos e uma formatura não só acadêmica, é prática também, você tem que trabalhar num consultório. Já uma vez formado no ano de 2002, continuei trabalhando como médico geral/integral lá em Cuba, consultório popular” (MED 14).

Preparação prévia para o programa

Os médicos cubanos afirmaram ter feito cursos tanto em Cuba como no Brasil. Em Cuba, os cursos abordavam temas sobre medicina, as políticas de saúde do Brasil, as doenças,

exames e aulas de Português com professores brasileiros. No Brasil, o acolhimento ocorreu no período de um mês, onde também obtiveram conhecimentos sobre a língua e a saúde brasileira.

Além dos cursos, eles relataram que realizaram pesquisas pessoais sobre o idioma e costumes. E quando souberam em qual município iriam ser alocados, também pesquisaram sobre os respectivos municípios, demonstrando comprometimento com a missão, como pode ser observado na seguinte fala:

Se conhece que quando alguém vai para algum lugar, primeiro tem que começar a pesquisar como é o costume, como é o idioma, é muita coisa que você tem por necessidade aprender e chegar e não fracassar (MED 13).

DISCUSSÃO

O conjunto de profissionais médicos cooperados recrutado inclui homens e mulheres, que se autodeclararam segundo o quesito raça/cor de formas variadas e muito similares às da população brasileira. Não são jovens recém-formados se aventurando em trabalhar em outros países, mas sim profissionais com ampla experiência nacional e internacional; e possuem não apenas a graduação, mas também são especialistas e mestres, especialmente nas áreas de medicina geral e integral. Muitos deles são casados e tem filhos de diversas idades, mostrando que há um grande desprendimento no grupo para a vivência no estrangeiro.

Comparando-se o currículo de um curso de medicina cubano com um currículo brasileiro, observou-se que não há diferenças significativas em termos de conteúdo, embora o currículo cubano possua uma carga horária superior ao brasileiro. Isso mostra que não é possível desqualificar os médicos cooperados cubanos com relação a sua formação e nem chamá-los de “enfermeiros”, de forma pejorativa, como se tal profissão não tivesse formação adequada ou não fosse essencial ao adequado desempenho de qualquer sistema de saúde. Além disso, a qualidade da medicina cubana é reconhecida internacionalmente (10), ainda que Cuba seja um país com um Produto Interno Bruto inferior ao de muitos vizinhos das Américas (11).

Segundo Valdés (10), os planos de estudo em Cuba tem se aperfeiçoado de acordo com as demandas internacionais e do sistema de saúde do país, ou seja, são atualizados constantemente e isso tem incidido nos indicadores de saúde; além disso, vale destacar nos planos de estudos cubanos o aumento nas horas eletivas nos cenários da Atenção Primária em

Saúde (APS) que estão integradas a disciplina de Medicina Geral e Integral, além da disciplina de Saúde Pública.

Cuba possui uma rede de universidades que formam diversos profissionais de saúde e tem internacionalizado a educação superior em regiões que não possuem profissionais suficientes para isso, como por exemplo, em países da África e da Ásia (12). Ou seja, há muitos estudantes de medicina, em várias partes do mundo, sendo formados de acordo com o modelo cubano.

Vale ressaltar ainda que a APS em Cuba cobre 100% das cidades e comunidades rurais (12,13). Seus médicos são considerados membros da comunidade onde trabalham, pois moram no lugar e também atuam como agentes de transformação ambiental e social (14). Isso tem sido observado à partir da implantação do PMM no Brasil, pois os médicos cubanos estão permanentemente nos municípios onde foram alocados, pelo menos durante o período que o programa propôs, diferentemente dos médicos brasileiros, que normalmente não vivem no município onde atuam, trabalhando apenas alguns dias da semana.

Ainda sobre a formação dos médicos cubanos, uma premissa considerada fundamental a esses profissionais é o ser internacionalista, poder ajudar outras nações que precisam melhorar sua condição de saúde, seja em situações de desastres ou não. Todos os médicos participantes do programa no Pará afirmaram ter participado de outras missões, como a “Misión Barrio Adentro” (na Venezuela) e a “Misión Milagro” (na Bolívia), permanecendo nesses países por muitos anos (até oito anos), além de outras missões onde ocorreram desastres naturais, como no México, China e etc. Esta não é uma prática comum entre os médicos brasileiros.

Embora muitos possuíssem apenas conhecimentos básicos sobre o Brasil, especialmente o que viam na televisão ou nos livros escolares, estes profissionais se disponibilizaram a vir ao país para trabalhar em municípios de difícil acesso e provimento de profissionais de saúde, onde a situação é considerada precária, com alto índice de doenças crônicas e infecciosas, e baixas condições sócio-sanitárias (11). Isso mostra a disponibilidade desses profissionais, que não exigem ser alocados em lugares ideais, pelo contrário, foram formados para atuarem em locais onde as realidades são as mais diversas e, muitas vezes, adversas.

CONCLUSÃO

Embora se saiba que a solução do problema de saúde no Brasil não é apenas o aumento de profissionais médicos nos serviços públicos, o quadro da demografia de médicos no Brasil, demonstra que é sim necessário investir em estratégias para o aumento desses profissionais atuando no SUS em algumas áreas, além da criação de mais cursos de Medicina em algumas regiões, mais vagas nos cursos e residências, entre outras estratégias.

Assim, o Programa Mais Médicos (PMM) surge como mais uma dessas estratégias. Naturalmente, além disso, é preciso criar políticas de fixação para atrair os profissionais para as regiões/estados/cidades onde o índice é baixo. Em longo prazo, é necessário implementar planos de carreira no serviço público, desprecarizar os vínculos empregatícios, melhorar as condições de trabalho, valorizar os profissionais, etc.

Porém, a curto prazo, a vinda dos médicos cubanos por meio da cooperação entre Brasil e OPAS/OMS, trouxe muitos benefícios a população (14,16). Embora a amostra deste estudo se restrinja aos médicos de apenas um estado, as análises demonstraram que os médicos cubanos, são profissionais qualificados, que possuem formação em Medicina de forma equivalente aos profissionais formados no Brasil, muitos possuem pós-graduação, experiência profissional tanto em seu país de origem como em outros países, e se prepararam para vir trabalhar no Brasil, independente da situação do município onde seriam alocados. Considerando que o procedimento de distribuição dos profissionais pelo território nacional não seguiu nenhum critério relacionado à qualquer uma das características aqui investigadas, não razão para se considerar que este quadro seja diferente do de outras regiões do país.

Apesar das mudanças políticas e incertezas que cercam o PMM, já está amplamente demonstrado que os profissionais internacionais têm contribuído significativamente para a melhoria da AB no Brasil e para a redução das desigualdades em saúde (14, 15, 16), certamente em grande parte, este impacto se deve à qualidade de sua formação técnica e ao seu comprometimento com a saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências. Brasília, DF, jul 2013.

2 Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Brasília, DF, out 2013.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128p.

4 Gomes LB. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas [Tese de Doutorado]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016. 298p.

5 Mapas do Mundo [internet]. [Acesso em: 17 de Maio 2018]. Disponível em:<
<https://pt.mapsofworld.com/brasil/estados/para.html>>.

6 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. 8 ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2010.

7 Gilz C. Os desafios e facilidades do uso do programa de software atlas/ti na análise de dados da pesquisa: a coleção “redescobrimo o universo religioso” na formação do professor [internet]. Curitiba – PR: Anais do VII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE; 2007 nov 5-8 [Acesso em: 25 de fev 2016]. Disponível em:
<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-507-02.pdf>

8 Universidad Ciencias Médicas de La Habana. Síntesis del Plan de Estudio de la Carrera de Medicina. [internet]. Cuba: UCMH [Acesso em 01 nov 2017]. Disponível em:
<http://instituciones.sld.cu/ucmh/estudios-academicos-autofinanciados/sintesis-del-plan-de-estudio-de-la-carrera-de-medicina/>

9 Universidade Federal do Pará. Projeto Pedagógico Curso de Medicina. [internet]. Belém: UFPA; 2010 [Acesso em: 01 nov 2017]. Disponível em:
<http://www.faculdademedicina.ufpa.br/doc/ppc.pdf>

10 Valdés JV, Perea RSS, Victoria NP, Galende MLQ, Hoz GP. Planes de estudio de Medicina en Cuba de 1959 a 2010. Educ Med Super. 2016 ene-mar; 30 (1).

11 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

12 Victoria NIP, García FD, Bosch MC, Martín OG, Anta AS, Abascal IEC. Adecuaciones del Plan de Estudio de Medicina cubano en la República Popular de Angola. Educ Med Super. 2016 ene-mar; 30 (1).

13 Gilpin M. Update-Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation. J Public Health Policy. 1991 Mar; 12 (1): 83–103.

14 Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Bermudéz XP. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. Interface (Botucatu). 2017; 21 (Supl.1): 1257-68.

15 Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19 (54): 623-34.

16 Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20 (11): 3547-3552.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do nosso direito a saúde estar garantido constitucionalmente, é inegável que ele não tem sido efetivo na vida dos brasileiros. Problemas de vários níveis tem dificultado o acesso a AB, a saúde de um modo geral, por grande parte da população. O problema da escassez de profissionais médicos é uma realidade. Há locais no Brasil em que a população nunca viu um médico. Políticas e estratégias têm sido tomadas na tentativa de resolver este problema, porém sem muito sucesso.

É óbvio que para tornar os princípios do SUS efetivos é preciso mudar muitas coisas, porém o PMM é uma iniciativa que tem trazido resultados, a começar pela capacidade que os médicos cooperados têm de exercer a medicina, como foi demonstrado; devido a vasta experiências que eles possuem, tanto em seu país de origem (atuando na AB, com medicina da família, comunitária), quanto em outros países, quando em suas missões internacionais passam anos longe de casa para salvar vidas em outros países, devido sua premissa internacionalista e sua motivação de ajudar as pessoas que necessitam de saúde.

Sua atuação no programa tem mostrado que são profissionais bastante disponíveis, mesmo em ambientes desfavoráveis. Eles estão indo onde muitos médicos brasileiros nunca colocaram ou colocariam os pés, com seu tratamento mais humanitário e diferenciado. É preciso aprender com estes profissionais, pois sua medicina e forma de exercê-la é reconhecida em todo o mundo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSIO, Maria Martins. Análise da Implantação do Programa Mais Médicos. Brasília. 89 f. 2015. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BAUER, Martin. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (Orgs). Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. 8 ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. 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. Brasília, 1990.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_____. 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, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012b.

_____. Presidência da República. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências. 2013a.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013b.

_____. 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 2014; 23 jun.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRIGGS, Charles; MANTINI-BRIGGS, Clara. "Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(2): 159-176, Mayo - Agosto, 2007.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5): 611-4.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2773-2784.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface Comunicação Saúde Educação* v.17, n.47, p.913-26, out./dez. 2013.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas Comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 563-613.

FALLEIROS, Ialê et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde (Cap. 8). In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org). *Na Corda Bamba de Sombrinha: A Saúde no Fio da História*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSIV, p. 239-278, 2010.

FLEURY, Sonia. Revisitando a questão democrática da área da saúde. *S. em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr., 2009.

FLEURY, Sonia. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet*, 377(9779): 1724 - 1725, 2011.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS - FNP. Relatório de Gestão 2013-2014. Brasília – DF. 2015. p 31.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS - FNP. Cadê o medico. Jan 2013. Disponível em:<<https://www.blogger.com/profile/08045257254435329395>>. Acesso em 13 fev. 2018.

FURTADO, João Marcello et al. Is Misión Milagro an effective program to prevent blindness in Latin America? *Arq Bras Oftalmol*. 2010;73(5):397-8.

GILZ, Claudino. Os desafios e facilidades do uso do programa de software atlas/ti na análise de dados da pesquisa: a coleção “redescobrimo o universo religioso” na formação do professor. Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 7., 2007. Curitiba, PR. Anais. Curitiba – PR. Disponível em:<<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-507-02.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2016.

LUCCHESI, Patrícia. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MORAIS, Indyara et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp2):112-120.

NUNES, Everaldo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 295-315.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de posición de la OPS/OMS, Washington DC. Diciembre 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Org). Estado, Sociedade e Formação Profissional Em Saúde: Contradições E Desafios em 20 Anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet, (Série Brasil), 2011.

PAULA, Douglas Marcos Pereira de; FARIA, Mateus Aparecido de; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Reflexões acerca do percurso metodológico do curso de avaliação e acolhimento do projeto “Mais Médicos”. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 6 (Supl. 3). Junho, 2015 p.2311-19.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira da; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas. Revista da ABPN. v. 7, n. 16, mar – jun. 2015, p.28-51.

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

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica 31(3), 2012.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciên & Saúde Coletiva, 20(11):3547-3552, 2015.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. 284 p.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec. vol.17, nº.1, São Paulo, Jan./Mar., 2003.

SOBERATS, Félix Sansó. Medicina General – Medicina Familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano / Félix Sansó Soberats, Miguel Márquez y Patricia Alonso Galbán. – La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011. 136 p.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

TRAVASSOS, Cláudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciê & Saúde Coletiva, 11(4):975-986, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-561.

VENEZUELA. Vice presidencia de la Republica. Memoria, 2013. Disponível em:<
<http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/4.-FUNDACION-MISION-MILAGROS.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2018.

VENTRES, William. Book and Media Reviews. Family Medicine. vol. 44, nº 2. February, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

8 ANEXOS

Anexo A – Aprovação do CEP

	<p>FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB</p>	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Avaliação da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"		
Pesquisador: leonor maria pacheco santos		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 21688313.9.0000.0030		
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 399.461		
Data da Relatoria: 10/09/2013		
Apresentação do Projeto:		
<p>O Brasil assistiu a um crescimento do número de médicos, porém o fenômeno foi marcado por profundas desigualdades tanto na distribuição geográfica como na inserção nos setores público e privado da saúde. Atualmente pelo menos 700 dos 5.564 municípios brasileiros não contam com nenhum médico em atividade. Em 8 de julho de 2013 foi publicada a Portaria Interministerial No 1.369, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta pesquisa quali-quantitativa tem como objetivos realizar uma avaliação ex-ante da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil; mapear a distribuição nacional dos médicos incorporados ao SUS pelo Projeto, segundo perfil epidemiológico e demanda estruturada dos municípios; analisar a evolução dos serviços de atenção à saúde prestados à população e o progresso de alguns indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária, nos municípios onde não havia médicos, num período de dois anos, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos; estudar a motivação e o grau de aderência dos profissionais estrangeiros ao Projeto; avaliar in loco das condições de infraestrutura de trabalho em municípios selecionados que receberam os médicos estrangeiros; investigar a aceitabilidade e repercussão do Projeto junto aos usuários do SUS, Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde e o gestor municipal nos municípios selecionados; analisar a forma e o</p>		
<p>Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900 UF: DF Município: BRASÍLIA Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepts@unb.br</p>		
		
Página 01 de 04		



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

conteúdo os marcos jurídicos e legais. A coleta de dados envolverá análises epidemiológicas de dados secundários referentes à linha de base e um período de seguimento de 24 meses; estudo de caso longitudinal com médicos selecionados na linha de base e que serão visitados em campo nos municípios onde estarão atuando até 24 meses após o início do Projeto; pesquisa documental para análise da estrutura normativa. É relevante planejar a avaliação ex-ante da implementação deste Projeto, considerando o estudo da linha de base e as repercussões da iniciativa, visando contribuir para o aperfeiçoamento desta política pública.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2013 a 2015.

Objetivo Secundário:

- 1 - Mapear nacionalmente a distribuição de médicos brasileiros, intercambistas e cooperantes incorporados ao SUS gradualmente, em função do Projeto, segundo perfil epidemiológico e a demanda estruturada dos municípios
- 2 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde prestados à população no âmbito da Atenção Primária após a implementação do Projeto nos municípios onde não havia médico
- 3 - Analisar a evolução de indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população dos municípios onde não havia médico após a implementação do Projeto
- 4 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população, após a implementação do Projeto, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos
- 5 - Analisar a motivação inicial da adesão dos médicos cooperantes ao Projeto
- 6 - Investigar o grau de aderência dos médicos cooperantes e a sua avaliação sobre as condições sociais, sanitárias e institucionais para o desempenho do trabalho pretendido ao Projeto e fatores determinantes, por meio de duas visitas de seguimento em municípios participantes que receberam

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

7 - Avaliar in loco as condições de infraestrutura de trabalho em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

8 - Investigar a aceitabilidade do Projeto junto aos usuários, Conselho Municipal de Saúde; profissionais de saúde locais e gestor municipal em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso.

9 - Analisar a forma e o conteúdo dos marcos jurídicos e legais do Programa e do Projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar da pesquisador não referir riscos diretos, cabe salientar que deve haver cautela quanto ao sigilo, privacidade e confidencialidade nos procedimentos, salvo nas exceções previstas no protocolo de pesquisa.

Não há benefícios diretos aos voluntários. Há benefícios indiretos previstos, como o aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos solicitados pelo CEP-FS, em conformidade com as resoluções específicas. O TCLE está claro e em forma de convite. Todos os documentos estão devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br





FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária do CEP-FS reconhece a relevância do Protocolo de Pesquisa e encaminha pela aprovação do estudo.

BRASÍLIA, 18 de Setembro de 2013

Assinado por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

Anexo B – Termo de Concordância do MS



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
 BRASÍLIA - DF
 TELEFONE (061) 3107-1947
 E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

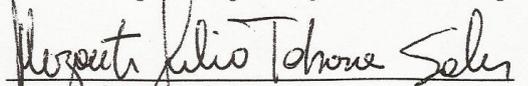
TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Dr. Mozart Júlio Tabosa Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, está de acordo com a realização da pesquisa “Avaliação da implementação do Projeto Mais Médico para o Brasil”, de responsabilidade da pesquisadora Leonor Maria Pacheco Santos, para avaliar o Projeto Mais Médicos junto a médicos participantes do Projeto, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

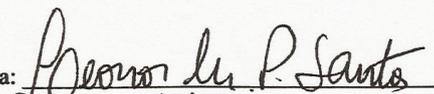
O estudo envolve (a) realização de entrevistas com médicos, usuários do SUS, gestores do SUS e com representantes do Controle Social; (b) visita técnica às Unidades Básicas de Saúde, em municípios participantes selecionados; (c) acesso a bases de dados secundários do Ministério da Saúde. A previsão de início é para setembro de 2013.

Brasília, 03 setembro de 2013

Secretário responsável pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil


 Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:


 Assinatura

Anexo C – Termo de Concordância do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: ceps@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, CONASEMS, está de acordo com a realização da pesquisa “Avaliação da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil”, de responsabilidade da pesquisadora Leonor Maria Pacheco Santos, para avaliar o Projeto Mais Médicos junto a Secretarias Municipais de Saúde selecionadas, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas com médicos intercambistas, com usuário do SUS, com representantes do Controle Social e visita técnica às Unidades Básicas de Saúde, com previsão de início para setembro de 2013.

Brasília, 02 / 09 / 2013

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Anexo D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido e de Utilização de Som de Voz para fins de Pesquisa



Termo de consentimento livre e esclarecido e de utilização do som de voz para fins de pesquisa

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: "Avaliação da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil". O objetivo desta pesquisa é avaliar a implementação do Projeto, permitindo estudar a linha de base e as repercussões desta iniciativa, visando a sua ampliação e/ou aperfeiçoamento. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas para análise por pesquisadores experientes na metodologia qualitativa, quando ocorrerá a sistematização dos seus conteúdos. Você será visitado no futuro no município onde vai atuar como médico.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Ministério da Saúde e CONASEMS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Autorizo também a utilização do som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) na pesquisa. Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a). Leonor Pacheco na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1951, no horário: 08:00hs às 22:00h. Alternativamente pelo celular (61) 9161-2440. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

Brasília, 10 de setembro de 2013.
Leonor Maria Pacheco Santos

_____, ____ de _____ de 20__.

Nome do Participante de Pesquisa (legível)

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do pesquisador

Anexo E - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil", sob responsabilidade da Prof. Dra. Leonor Pacheco vinculado(a) ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para contribuir na análise por parte da equipe de pesquisa dos dados coletados em campo, durante as visitas aos municípios selecionados para o estudo de caso da pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do(a) participante de pesquisa

Assinatura do(a) pesquisador(a)

_____, _____ de _____ de 20____.

Anexo F - Roteiro de Entrevista dos Médicos

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

“Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MÉDICOS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Data: ___/___/___

Município: _____

Estado: _____

Pesquisador: _____

Entrevistado _____

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Formação profissional:

Tem Pós graduação? Não () Sim () especialização () mestrado () doutorado

**ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA TEM QUE TER ASSINADO O TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sobre aspectos motivacionais e do processo do trabalho.

1. Qual é o motivo que levou você a participar do Programa Mais Médicos?
 - a. Explore com experiência profissional anterior.
 - b. Explore o que conhecia sobre o Brasil (nesse caso, se o profissional for brasileiro, perguntar se conhecia o município em que está trabalhando).
 - c. Explore as experiências de outras missões, se tiver (se o médico for brasileiro perguntar se este é seu primeiro trabalho ou se já trabalhou em outro programa, ou município, que outra experiência profissional como médico ele já teve).

2. Quantas horas você trabalha nesta unidade por dia? Como divide sua carga horária de trabalho? (Explore: atendimento ambulatorial, educação em saúde, formação, planejamento/reunião em equipe, etc).
3. Quantos pacientes você atende em média, por dia?
4. Em média, quanto tempo você fica com cada paciente?
5. Você faz visita domiciliar?
 - a. Explore quando, quantas visitas faz, quem pediu, por que faz.
6. Qual sua avaliação sobre a situação de saúde e doença deste município?
7. Este perfil de saúde doença da população do município é aquele que você esperava?
 - a. Explique
 - b. Você considera que a situação de vulnerabilidade social da população tem comprometido o desenvolvimento do seu trabalho? Em caso positivo, explore como.

Sobre aspectos logísticos e relacionais

8. Qual sua avaliação sobre a organização dos serviços de saúde do município?
9. Como você avalia seu trabalho junto à equipe do SF?
10. Como você avalia sua relação de trabalho com os gestores e os outros profissionais de saúde que integram a equipe de saúde da unidade?
11. Qual sua avaliação sobre a comunicação entre os profissionais de saúde, gestores e usuários?
12. Quando você precisa de transporte ou material de consumo, equipamentos, para realizar o seu trabalho quem você procura? Tem sido atendido?
13. Qual sua avaliação sobre a infraestrutura desta unidade e se ela está adequada para o desenvolvimento de seu trabalho? Explique.
14. Quais as principais dificuldades para sua atuação na unidade?

Sobre o funcionamento da rede do SUS.

15. E quanto ao SUS e sua rede de serviços, qual sua avaliação? (se esta avaliação tiver sido já colocada nas respostas das duas questões anteriores, nesta questão busque explorar (se não tiverem sido ressaltados) aspectos mais amplos e não locais sobre o SUS. Explore o funcionamento da rede e da integração com os

serviços de média e alta complexidade para garantia da integralidade da atenção a saúde).

- a. Explore aspectos de infraestrutura e o seu funcionamento em redes.
- b. Explore a integração com outros profissionais e equipes (odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, etc).

16. Quando necessário, o paciente consegue fazer os exames que você solicita?
17. Quando necessário, o paciente recebe em tempo todos os medicamentos prescritos?
18. Você considera que o elenco de medicamentos disponibilizado nesta unidade é satisfatório em relação aos problemas de saúde dos pacientes atendidos nesta unidade?
19. Quando você encaminha o paciente para outro serviço ele tem sido atendido? Você tem esta informação?
20. O paciente retorna para nova consulta depois deste encaminhamento?
21. Você tem conseguido acompanhar seus pacientes com diagnósticos de doenças crônicas?

Sobre as expectativas e percepções sobre o Programa Mais Médico

22. (Diante de todos estes aspectos que você considerou) Como você avalia hoje o trabalho que está desenvolvendo nesta unidade de saúde?
23. O Programa Mais Médicos vem atendendo às suas expectativas? Explique.
24. Como você avalia as condições materiais para viver e se manter neste município? (tanto para os cubanos como para os brasileiros. Explore: habitação, alimentação, transporte, etc).
25. Está participando do curso de especialização/aperfeiçoamento? Caso sim, como tem sido a experiência e se tem dificuldades?
26. Quais as suas expectativas com relação à continuidade do Programa Mais Médico e a sua permanência nele?
27. Melhoraria alguma coisa no Programa?
28. Você recomendaria a algum amigo médico para participar do Programa? (Tanto para amigos brasileiros como estrangeiros)?

Contato do Médico (Email): _____

Nome do arquivo onde foi gravada a entrevista: _____