

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO PRATICADO PELOS CUBANOS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

RECIFE

2015

LARA XIMENES SANTOS

INTEGRALIDADE DO CUIDADO PRATICADO PELOS CUBANOS DO PROGRAMA
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Co-orientadora: Prof. Dra. Keila Silene de Brito e Silva

RECIFE

2015

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237i Santos, Lara Ximenes.
Integralidade do cuidado praticado pelos cubanos do programa mais médicos para o Brasil: a percepção dos usuários / Lara Ximenes Santos. – 2015.
115 f.: il.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Integralidade em saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Recursos humanos em saúde. 4. Médicos graduados estrangeiros. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-076)

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA

LARA XIMENES SANTOS

No dia 28 de agosto de 2015, às 14h, no Auditório Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutora do Departamento de Medicina Social da UFPE . Orientadora), Membro Interno, Keila Silene de Brito e Silva (Doutora do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE . Co-orientadora), Membro Interno, Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Doutora do Núcleo de Saúde Pública da UFPE), Membro Interno, e Alfredo de Oliveira Neto (Doutor do Instituto de Medicina Social da UFRJ) Membro Externo, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram a mestranda LARA XIMENES SANTOS, sobre a sua Dissertação intitulada: ~~%Integralidade do cuidado praticado pelos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários+~~ Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra _____ APROVADA _____

Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva _____ APROVADA _____

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá _____ APROVADA _____

Prof. Dr. Alfredo de Oliveira Neto _____ APROVADA _____

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Prof. Dr. Alfredo de Oliveira Neto

A meus pais, por terem ensinado a abrir caminhos;
e a Lia e Luísa, companheiras maiores em todas as jornadas.

AGRADECIMENTOS

Às queridas professoras e companheiras Adriana Falangola Benjamin Bezerra e Keila Silene de Brito e Silva, mulheres aguerridas que fazem a diferença na Universidade pública brasileira. Pela paciência e camaradagem pedagógica, meu muito obrigada com amor, respeito e toda admiração.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, em especial a Luiz, Soraya, Lorena, Deise, Dani e Josy, sem os quais o trabalho de campo teria sido impossível. Foi muito importante contar com vocês.

Àquelas que facilitaram o acesso às informações oficiais: Erika Siqueira, do Ministério da Saúde, Patrícia Coutinho e Lélia Moreira, da Prefeitura do Recife.

Ao grupo do Curso de Medicina UFPE-Caruaru, em especial aos amigos Izaías de Souza Júnior, Cláudia Aguiar, Viviane Xavier e Rodrigo Cariri, que me ajudaram a gerir o tempo com tamanha generosidade e carinho. Obrigada por tudo!

Às Equipes de Saúde da Família das USF COSIROF e Dr. Moacyr André Gomes, onde fui e sou médica de família e comunidade, pela compreensão nas ausências.

Aos amigos da Residência de Medicina de Família e Comunidade da SESAU-Recife, em especial a Mariana Troccoli, Rodrigo Lima, Rodrigo Oliveira, Rubens Cavalcanti e Isabel Brandão. Abraço forte a vocês que me inspiram todo dia a ser médica de família! A Bel e Rubens, um obrigada reforçado pelos seminários de pesquisa.

Aos eternos companheiros e companheiras do DAMUC e do movimento estudantil, por terem me ajudado a perceber os verdadeiros sentidos na medicina. Sem citar nomes, sintam-se todos e todas beijadas e abraçadas!

Aos pacientes, residentes, internos e estudantes que cruzaram meu caminho nesse longo período de amadurecimento profissional e pessoal. Vocês dão o sentido.

A todos os participantes da pesquisa, usuários e supervisores / tutores do Programa Mais Médicos, um obrigada especial pela colaboração

À família e aos amigos (em especial a Bruno Guaraná, ajuda preciosa com o abstract), por colorirem minha vida. E, finalmente, obrigada a Deus, ou a todos os deuses e deusas, por tantas possibilidades.

RESUMO

Nos últimos anos, estudos destacam a integralidade como diretriz fundamental para a efetivação do sistema de saúde. Seu caráter polissêmico e multifacetado demanda ações intersetoriais e, por isso, implementá-la torna-se tarefa complexa. Num contexto de decisões que pretendem viabilizar o acesso às ações de saúde de modo integral, o Programa Mais Médicos para o Brasil, com vistas ao provimento de médicos em locais desassistidos e de difícil fixação, desponta como cenário fértil para pensar a integralidade na atenção primária. Para a investigação do tema, foi realizado estudo de caso múltiplo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender a percepção dos usuários acerca da integralidade do cuidado praticado pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas não-estruturadas com usuários cadastrados em duas equipes de Saúde da Família do Recife-PE, compostas por médicos cubanos do referido Programa, e cujas práticas foram identificadas por informantes-chave como a mais próxima e a mais distante dos pressupostos da integralidade. A análise temática de conteúdo foi realizada com auxílio do *software* Nvivo 10.0. Os resultados evidenciaram que as médicas garantem junto a si o acesso dos usuários não agendados, se necessário, mas o processo de trabalho da equipe permanece excludente e pouco comprometido com as necessidades de saúde da população no quesito acessibilidade. A maioria dos usuários demonstrou confiança e reconheceu o papel de coordenação do cuidado desempenhado pelas médicas, cujas práticas foram caracterizadas por compromisso e responsabilização, com escuta qualificada, tempo estendido de consulta, olhar ampliado sobre o sujeito e reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-adoecimento. A comunicação entre médicas e usuários foi considerada eficiente. Alguns relatos, entretanto, demonstraram fragilidade na vinculação, baixo investimento na promoção de autonomia do sujeito nas consultas e descontentamento com a presença de médicos cubanos no país, devido à questão do idioma, à desconfiança sobre a competência médicas e ao volume de recursos destinados ao Programa, entre outros. A formação médica no Brasil foi descrita como distante da realidade social e os atendimentos realizados por médicos brasileiros, como insatisfatórios. Constata-se que os médicos cubanos têm utilizado dispositivos de tecnologia leve para construir um cuidado alinhado à integralidade no âmbito das consultas, experiência que precisa ser observada e replicada no Brasil, ainda que o provimento de médicos, isoladamente, tenha impacto limitado na melhoria da assistência à saúde da população.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Recursos Humanos em Saúde; Médicos Graduados Estrangeiros.

ABSTRACT

In the past years, studies have underlined integrality as a fundamental principle towards the accomplishment of the Brazilian health system. The multifaceted and polysemous nature of integrality demands intersectoral action and makes its implementation a complex task. In a context of decisions seeking to enable access to integral health actions, the More Doctors Program - with the goal of providing more doctors to the primary health care in areas either previously unassisted or with difficult doctor permanence - proves to be fertile ground to the analysis of integrality in primary care. This paper arises from a multiple-case study of qualitative approach, whose goal was to understand the perception of users on the integrality of health care practiced by Cuban doctors in the More Doctors Program. Data was collected through non-structured interviews with users registered in two family health teams in the city of Recife, each of which composed of doctors in the Program and whose work was pointed out by key-informants as the closest and furthest ones from the goals of integrality. Content and thematic analysis was done with the aid of the Nvivo 10.0 software. Results made evident that while doctors provided access to users without appointments when necessary, the workflow of the health staff remained selective and demonstrated little concern with the health needs of the population in regards to accessibility. The majority of users showed confidence in and recognized the role of coordinator of health care performed by the doctors, whose work were singled out in terms of commitment and responsibility, with careful listening, longer consultation periods, broader vision of the user and acknowledgment of social determinants in the health-disease process. Communication between doctors and users was deemed efficient. Some testimonies, however, demonstrated fragile links, low investment in promoting subjects' autonomy during consultation and unpleasantness with the presence of Cuban doctors in the country due to language differences, user distrust in their medical competence and the volume of resources allocated to the Program, amongst other reasons. Nonetheless, users also described medical education in Brazil as distant from its social reality, and the actual consultations performed by Brazilian doctors as unsatisfactory. We can infer that Cuban doctors have made use of soft technology devices to build a health care in line with the concept of integrality during consultations, an experience that must be observed and replicated in Brazil, notwithstanding the limited impact the supply of doctors has in improving populations' health assistance.

Key-words: Integrality in Health. Family Health Strategy. Health Manpower. Foreign Medical Graduates.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1 - Número de USF e equipes de saúde da família por DS no Recife	52
Quadro 2 - Número de médicos cubanos por DS no Recife e USF de lotação	52
Quadro 3 - Núcleos de sentido, temas e categorias de análise	61
Figura 1 - Recife, divisão territorial por RPA's	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT	Apoio Integrado ao Território
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CDR	Comitês de Defesa da Revolução
CINAEM	Comissão Interinstitucional de avaliação das Escolas Médicas
DS	Distrito Sanitário
ELAM	Escola Latino-Americana de Medicina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGFC	Medicina Geral de Família e Comunidade
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NESCON-UFMG	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PMMBB	Programa Mais Médicos para o Brasil
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RM	Residência Médica
RPA	Região Político-Administrativa
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	INTEGRALIDADE: CONCEPÇÕES E DESAFIOS	13
2.2	O PROCESSO DE CUIDAR NA PRÁTICA DA INTEGRALIDADE	17
2.2.1	Dispositivos para construir um cuidado integral	20
2.3	INTEGRALIDADE DO CUIDADO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
2.4	MÉDICOS NO BRASIL E A VACÂNCIA DA APS	27
2.4.1	Medicina de Família e Comunidade no Brasil e necessidade de mudanças na formação médica	31
2.5	PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	35
2.5.1	Transformação na Educação Médica	36
2.5.2	Provisionamento Médico: Projeto Mais Médicos para o Brasil	37
2.5.3	Breve relato sobre o Sistema Nacional de Saúde cubano	40
2.5.4	Formação médica em Cuba e Cooperação Internacional	42
2.6	QUADRO-SÍNTESE: da revisão da literatura aos objetivos	47
3	OBJETIVOS DA PESQUISA	48
3.1	OBJETIVO GERAL	48
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	SOBRE O CAMPO DA PESQUISA	49
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA	54
4.3	COLETA DE DADOS	54
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	56
4.5	MECANISMOS PARA ASSEGURAR O RIGOR METODOLÓGICO / VALIDAÇÃO	58
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	58
4.7	VIABILIDADE	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1	PROCESSO DE TRABALHO	62
5.1.1	Acolhimento e Acesso	62
5.1.1.1	Acolhimento na contramão das novas formas de organização do cuidado	62

5.1.1.2	Contradições no acolhimento: práticas institucionais x práticas individuais	64
5.1.2	Resolutividade	68
5.1.2.1	Disparidade na solicitação de exames e encaminhamentos médicos	68
5.2	RELAÇÃO MÉDICO . PESSOA-QUE-BUSCA-ATENDIMENTO	72
5.2.1	Vínculo	72
5.2.1.1	Entre o reconhecimento e a desconfiança no cuidado	72
5.2.2	Olhar abrangente sobre o sujeito	75
5.2.2.1	Responsabilização e compromisso no cuidado	75
5.2.2.2	Aproximações e distanciamentos da integralidade na consulta	79
5.2.2.3	Valorização do contexto familiar e comunitário	82
5.3	A RESPEITO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	84
5.3.1	Reflexões sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil	84
5.3.1.1	Impressões controversas sobre a presença de médicos cubanos no Brasil	85
5.3.1.2	Eficiência no diálogo entre médicos e usuários: comunicação para além da língua falada	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICES	112
	ANEXO	115

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil está entre os maiores constructos do movimento de Reforma Sanitária ainda em processo no país. Nas décadas de setenta e oitenta, intelectuais, trabalhadores, estudantes e movimentos sociais alimentaram um ideal de saúde pública e de qualidade para todos, e propuseram a reorganização do setor a partir de princípios e diretrizes organizativas. Finalmente, o projeto de reforma ganha força de lei na nova Constituição de 1988, quando as primeiras regulamentações sobre como construir o novo sistema de saúde do Brasil são expostas (PAIM, 2010; BRASIL, 1988).

O desafio de construir um SUS regionalizado, descentralizado, hierarquizado, gerido em colegiado, universal, equânime, integral e que possibilite participação popular atualiza-se cotidianamente. Nos últimos anos, a integralidade tem se destacado como elemento fundamental para a efetivação do sistema de saúde . garantir aos brasileiros um sistema de saúde que realmente responda às suas necessidades.

O conceito de integralidade é polissêmico e abarca desde a articulação em rede dos diversos níveis de saúde, garantindo a assistência integral, até o olhar ampliado e atento ao sujeito que busca atendimento, visando a melhor resposta às suas necessidades (CECILIO, 2009). Exatamente por seu caráter multifacetado, que exige ações intersetoriais, implementar a integralidade se torna tão difícil.

Nesse contexto, iniciativas que visam a viabilizar o acesso às ações de saúde de modo integral têm despontado no país, seja do ponto de vista dos novos modos de gerir o processo de trabalho em saúde ou da articulação de redes assistenciais integradas. Entre elas, vêm recebendo destaque as medidas relacionadas à força de trabalho, especialmente as políticas federais de provimento médico para a atenção primária, como o Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Sancionada em junho de 2013, a Lei Federal n. 12.871, entre outras medidas, institui o Programa Mais Médicos com o objetivo de prover médicos para a atenção primária à saúde em locais desassistidos e de difícil fixação. Um acordo de Cooperação Internacional determinou o ingresso de mais de 14 mil médicos

cubanos na atenção primária em todo o país, desde setembro de 2013. Trata-se de um cenário singular na história da saúde pública no Brasil, em que há possibilidade de intercâmbio com profissionais médicos formados em outro contexto educacional e sócio-político, inseridos num sistema de saúde referência na construção do SUS, público, universal e organizado com base na atenção primária.

Compreender como os usuários da atenção primária do Brasil percebem o cuidado praticado por esses profissionais cubanos possibilita contemplar fragilidades e potencialidades na produção da integralidade, as quais podem colaborar para a reflexão sobre novas maneiras de produzi-la no cotidiano, em suas diversas dimensões.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INTEGRALIDADE: CONCEPÇÕES E DESAFIOS

Num contexto de lutas contra o regime autoritário, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira surgiu em meados da década de 1970 propondo a democratização da saúde. Intelectuais, trabalhadores, estudantes e movimentos sociais pensavam uma reforma que, ainda que tivesse como referência a saúde, transcendia o setor e pretendia intervir de forma ampla na melhoria da qualidade de vida da população, configurando um projeto de reforma social geral com vistas à construção de um socialismo democrático no Brasil (PAIM, 2008).

Reinstituído o governo democrático, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e recomendou a organização de um sistema de saúde público, descentralizado e democrático. A chamada Constituição Cidadã, em 1988, trouxe em seu bojo o primeiro marco legal do Sistema Único de Saúde e incorporou muitos dos valores e proposições do movimento sanitário, que se verificam nos princípios doutrinários e diretrizes do sistema . universalidade, equidade, integralidade, participação popular; regionalização, descentralização, hierarquização e cogestão (PAIM, 2008).

Segundo Mello e Viana (2012), a integralidade delimita fronteiras comuns com quase todos os demais princípios do SUS+ (p. 1219). Apesar de o direito à saúde ter sido instituído constitucionalmente, e que vários avanços tenham ocorrido quanto à universalização ou à descentralização, por exemplo, o caminho até a construção da integralidade está repleto de obstáculos e desafios. É devido à importância de se analisarem as condições e experiências em que esse princípio emerge, de uma maneira ainda muito mais localizada que sistêmica, que a integralidade vem merecendo a atenção de diversos pesquisadores nos últimos anos (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; MATTOS, 2004).

A origem da palavra integralidade em saúde pública remonta ao conceito de *comprehensive care* (no Brasil, *medicina integral*), formulado no contexto do pós-

guerra na década de 1940, em reação à crescente especialização da medicina. Já naquela época, a *American Hospital Association* e a *American Public Health Association* afirmam a indissociabilidade das práticas curativas e preventivas, idealizando a *integração* no cuidado médico, como apontam Mello e Viana (2012).

No Brasil, na década de 1950, o conceito de integração perde a visibilidade num contexto em que assistência e prevenção são ações dissociadas e pensadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou pelo Ministério da Saúde, respectivamente (MATTOS, 2004; MELLO; VIANA, 2012). Esses autores esclarecem os principais campos conceituais que a integração alcança na década de 1970 através de uma referência da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo:

(a) integração do homem; (b) integração da saúde do homem; (c) integração do binômio saúde-doença; (d) integração da medicina preventiva e curativa; (e) integração da saúde pública; (f) integração em saúde pública no nível local; (g) integração em saúde pública no nível local distrital; (h) integração em saúde pública no nível regional. (Mascarenhas *et al*, 1972, p2-3)

Os autores não puderam precisar em que momento aparece o termo *integralidade*, mas é notável que a noção de *integração* exposta acima já apresenta algumas questões que estarão no cerne daquilo que será um dos princípios do SUS.

A Constituição de 1988, por sua vez, também não utiliza a expressão *integralidade*, mas se refere a um *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais+(BRASIL, 1988, art. 198). Para Mattos (2009), não é apenas uma diretriz do SUS, mas uma bandeira de luta, parte de uma *imagem-objetivo*+que enuncia características desejáveis para o sistema e as práticas de saúde e está relacionado ao ideal de uma sociedade mais justa e igualitária.

Esse autor defende o caráter polissêmico do termo *integralidade* e aponta três principais núcleos de sentido a ele atrelados: práticas dos profissionais de saúde, organização dos serviços e práticas de saúde, abrangência das políticas de saúde (MATTOS, 2009).

O primeiro desses núcleos relaciona integralidade ao movimento da medicina integral, que se baseava na crítica ao formato curricular flexneriano das escolas médicas da época, amparado num paradigma biologicista. Estudantes e profissionais médicos aprendiam e reproduziam uma visão fragmentada da pessoa, como simples amontoado de órgãos ou sistemas, e do cuidado. O movimento da medicina integral visava a reformas curriculares e, nesse caso, a integralidade estaria relacionada a práticas desejáveis dos profissionais de saúde, caracterizada por uma recusa à redução da pessoa ao sistema orgânico que colaborava com seu sofrimento.

O segundo núcleo de sentidos, para Mattos (2009), relacionava-se à reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde, na medida em que visava à superação da dicotomia que marcou as práticas de saúde no Brasil (assistência dissociada de prevenção). A ideia de integralidade aqui é que os serviços possam atender as pessoas em suas necessidades de maneira ampliada, associando o suporte ao sofrimento a medidas para evitá-lo.

A terceira acepção, finalmente, refere-se à produção de políticas públicas dirigidas a grupos populacionais específicos, que demandavam respostas mais adequadas a suas necessidades de saúde. Exemplo importante da integralidade nesse sentido é a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1980, que propõem estender o cuidado às mulheres para além de sua atividade reprodutiva.

Cecilio (2009) defende que a integralidade deve ser objetivo de rede, e não apenas realizada em um tipo de serviço. Esse autor também separa dois conjuntos de sentidos para a integralidade. A *integralidade focalizada* refere-se ao esforço da equipe de saúde em atender, da melhor forma possível, às necessidades de saúde da pessoa que busca o serviço, numa escuta qualificada que possibilite identificá-las por trás da demanda referida. Uma outra acepção de integralidade, a *ampliada*, está relacionada à articulação em rede dos serviços de saúde entre si e com outros equipamentos que tangenciem a saúde, na busca por responder adequadamente às reais necessidades das pessoas.

Considerando a abrangência e a complexidade dos conceitos atribuídos à integralidade, é de se esperar que sua efetivação constitua um dos maiores desafios para a consolidação do SUS. Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012, p.253) sintetizam bem alguns dos fatores que permanecem dificultando sua implantação em larga escala:

(õ) as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a conseqüente prática fragmentada dos profissionais, e os interesses de mercado contraditórios ao SUS.

A criação do SUS modificou o arranjo que dissociava assistência e prevenção, mas não necessariamente transformou as práticas vigentes. O modelo hegemônico médico-privatista moldou os currículos das graduações em saúde e cristalizou no imaginário social práticas fragmentárias e descomprometidas com a construção de um sistema público e integral. A substituição dessa representação por um sistema que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade em todos os seus sentidos depende do perfil de formação dos profissionais (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Vasconcelos e Pasche (2009) apontam como outros problemas cruciais para serem equacionados, na luta por um SUS integral e equânime, a *gestão de pessoas no sistema* . é necessário superar as condições de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e de programas de educação permanente, que levam a desmotivação dos trabalhadores; a *tradição burocrática e o baixo desempenho de gestão*, assentados em costumes políticos como o clientelismo; e o *financiamento insuficiente da saúde*, por razões óbvias.

É difícil efetivar a integralidade num contexto regido por um modelo político-econômico que fundamenta as práticas e relações sociais no modo de produção capitalista, e que promove um Estado mínimo quanto às suas responsabilidades sociais e um mercado máximo, autorregulador e regente do processo de produção social (GÓIS *et al.*, 2010).

Merhy (2006, p.98) destaca que a construção de uma integralidade *autopoietica*, em que vida produz vida, tem como pano de fundo uma rede de

amplas disputas contra-hegemônicas, que se orienta em oposição a um modo predominante que vem instituindo o conjunto das relações individuais e coletivas entre homens e mulheres, histórica e socialmente. Alerta, ainda, que o envolvimento nesse processo de construção prevê a expropriação das práticas de cuidado em geral e do agir instrumental corporativo-privatista e obriga a uma tomada de posição definitiva dos indivíduos como atores políticos.

2. 2 O PROCESSO DE CUIDAR NA PRÁTICA DA INTEGRALIDADE

Trazendo para a centralidade do debate o aspecto da integralidade localizada (CECILIO, 2009), ou seja, aquela que se relaciona às práticas de saúde, no encontro de sujeitos, há que se refletir um pouco sobre as concepções de cuidado que determinam o *modus operandi* dos trabalhadores da saúde.

De maneira geral, estudos demonstram duas acepções antagônicas acerca do cuidado: baseado na instrumentalidade, com ênfase nos procedimentos e nas intervenções técnicas; ou com foco na relação de encontro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (ANÉAS; AYRES, 2011). Neste estudo, entenda-se *cuidado*, a partir de agora, conforme uma das definições de Ayres (2004, p.19):

(õ) conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.

Alguns autores afirmam que as práticas de saúde contemporâneas enfrentam profunda crise (AYRES, 2004; MALTA; MERHY, 2010). Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, no sentido mais estreito do termo, continuam a oferecer respostas pouco efetivas às necessidades e aos sofrimentos das pessoas (AYRES, 2004). A questão parece estar relacionada ao paradigma sobre o qual se assenta o trabalho em saúde, principalmente o trabalho médico, marcado por isolamento na

sua relação com outros trabalhadores, distanciamento dos interesses das pessoas e reduzido à produção de procedimentos (MERHY, 2013a).

De maneira geral, a prática do cuidado continua dependente da lógica hierárquica da clínica médica moderna, que determina tarefas a partir de funções técnicas que refletem os diversos níveis de prestígio profissional e social. O termo cuidado perde seu potencial de inovação institucional quando permanece ligado a uma lógica produtivista e segmentar, e acaba reforçando mecanismos hierárquicos que negam a possibilidade de um usuário participativo e portador de necessidades e desejos (MARTINS, 2015).

Tomar as necessidades de saúde do usuário como referência na produção de cuidado significa reconduzi-lo a uma posição em que seus saberes são considerados essenciais, num encontro em que saberes diversos (o saber instrumental específico e o saber de si mesmo) complementam-se sem hierarquia (ANÉAS; AYRES, 2011; FEUERWERKER, 2011). Não reconhecer que o usuário é o gestor de sua própria vida, que faz escolhas, e que a ampliação de sua autonomia é peça fundamental no processo de cuidado necessariamente leva a um desencontro de expectativas. Com frequência, não há coincidência entre o que cada lado considera problema ou necessidade: enquanto o usuário espera colaboração do profissional para que o problema que enfrenta interfira o mínimo possível na maneira como leva sua vida, os trabalhadores, muitas vezes, esperam que as pessoas reorganizem sua vida à luz dos conhecimentos técnico-científicos sobre os agravos (FEUERWERKER, 2011).

As rotinas, por exemplo, que envolvem desde o fluxograma no serviço até os protocolos que orientam condutas, podem ser consideradas formas automatizadas de cuidado quando não refletidas. A despeito de sua importância para a organização dos serviços, também podem representar desresponsabilização, na medida em que as singularidades das situações não cabem no protocolo. Da mesma forma, certas ações educativas podem apontar para uma insistência em mudar estilos de vida de uma população para um modo supostamente correto de andar a vida, sem considerar as escolhas, os contextos singulares e a subjetividade dos envolvidos (ANÉAS; AYRES, 2011; MATTOS, 2004).

Cuidar envolve deixar que o outro escolha dentre as suas possibilidades, ainda que esteja em condições de fragilidade. Na perspectiva da integralidade, o exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção (ou melhor, de um projeto terapêutico) é capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades+ (MATTOS, 2004, p.1415).

Martins (2015) considera que o cuidado, revestido de sua força metafórica, que valoriza aspectos simbólicos e subjetivos, e de seu potencial inovador como mediação, que enaltece a integralidade, pode transformar a relação entre trabalhador e usuário para que não se restrinja a um ato meramente prescritivo. Para promover mudanças nas práticas de saúde nessa perspectiva, é importante observar a natureza do processo de trabalho em saúde, sua micropolítica e a importância na compreensão da organização da assistência à saúde (FEUERWERKER, 2011; MALTA; MERHY, 2010).

Ao teorizar sobre a micropolítica do trabalho em saúde, Merhy (2013b) defende que o trabalho vivo (que se refere à aplicação criativa de saberes estruturados, singularizados a cada situação) não pode ser completamente capturado pelo trabalho morto (aquele vinculado ao modo de atuar, ao conjunto de situações que definem o universo tecnológico do profissional), haja vista que seu objeto não é totalmente estruturado.

Segundo esse mesmo autor, as tecnologias do trabalho em saúde podem ser divididas em leves, leve-duras e duras. Essas últimas relacionam-se aos equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras, aos saberes profissionais, à clínica médica, à epidemiologia, etc. As tecnologias leves, por sua vez, dizem respeito às relações interpessoais, formação de vínculo, acolhimento (MERHY, 2013b).

As tecnologias duras e leve-duras são fundamentais no percurso da linha de cuidado, mas práticas que priorizam tecnologias relacionais, leves, permitem a manifestação das subjetividades envolvidas e tendem a produzir um cuidado mais efetivo. Somente nesse contexto, é possível acolher, responsabilizar-se, resolver, promover autonomia (MERHY, 2013a; JORGE *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2010). Busca-se potencializar a produção de cuidado com a construção de um

o espaço intercessor¹ entre usuário e trabalhador, onde se libere trabalho vivo, em ato, no momento singular do encontro (MALTA; MERHY, 2010).

2.2.1 Dispositivos para construir um cuidado integral

Definida a necessidade de mudança das práticas em saúde com vistas à construção de um cuidado solidário, permeado pela integralidade, o desafio passa para o campo operacional: como implementar, no cotidiano dos serviços, estratégias que coloquem a vida, e não a queixa, do usuário como parte fundamental da agenda?

O uso prioritário das tecnologias leves num serviço de saúde aponta para dispositivos como acolhimento, diálogo, vínculo, corresponsabilidade, promoção de autonomia e escuta qualificada como estruturantes do processo de cuidado (JORGE *et al.*, 2011; LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013; MALTA; MERHY, 2010). A Política Nacional de Humanização traz esses princípios e se propõe a dar subsídio à mudança dos modos de operar o conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2010).

Ayres (2004) acredita que a mais básica condição para uma possível inflexão no modelo tradicional de assistência é privilegiar a dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Segundo esse autor, a esta capacidade de escuta qualificada e diálogo, tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de relevância nas propostas de reorientação das práticas de saúde: o **acolhimento**.

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento significa um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários, com o objetivo de escutá-los para atender a suas necessidades no que for possível ou referenciá-los se necessário. Acolher significa abrir a porta do serviço de saúde para demandas não programadas, e para

1- Termo que designa o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo (MERHY, 2013a)

responder a elas a equipe de saúde precisa organizar um cardápio de ofertas diverso e partilhar responsabilidades sobre a população adscrita.

Segundo Franco, Bueno e Merhy(1999), o acolhimento deve reorganizar o funcionamento do serviço a partir de três princípios: (a) acessibilidade universal . atender todas as pessoas que busquem atendimento, independentemente do tipo de demanda; (b) qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros como solidariedade e cidadania; (c) empoderar os demais profissionais da unidade, deslocando o eixo do processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional. Além disso, possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações mais adequadas, o que contribui para a satisfação do usuário. O acolhimento configura-se, portanto, como um dispositivo potente para garantir acessibilidade, colaborar na construção do vínculo entre equipe e usuários, desencadear cuidado integral ao reconhecer suas necessidades de saúde, modificar a clínica e repensar o processo de trabalho (SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA *et al.*, 2008).

O acolhimento deve pôr em prática os pressupostos da humanização: compromisso radical com as singularidades de cada sujeito, responsabilização sobre os usuários do serviço, intersetorialidade, diálogo com outros saberes, reconhecimento da limitação das tecnologias usualmente utilizadas pelos profissionais de saúde e compromisso ético profundo (BRASIL, 2010). Assim sendo, não se configura como atendimento em si, mas como um conteúdo que perpassa todos os tipos de atendimento, em todas as oportunidades em que se faça presente a escuta do outro (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

A escuta, entretanto, não pode ser o simples ato mecânico de ouvir histórias. O horizonte normativo que orienta a interação terapêutica é que vai modular a escuta. Se o paradigma é a morfofuncionalidade, ela será orientada aos subsídios para monitorar riscos e disfunções orgânicas. À escuta que valoriza os aspectos existenciais do sujeito, atribui-se o adjetivo %qualificada+(AYRES, 2004; BREHMER; VERDI, 2010).

Apesar de o acolhimento visar à garantia de acesso e qualidade no atendimento aos cidadãos, com o propósito de contribuir para um SUS integral, contradições e distanciamentos revelam-se entre o discurso . de reconhecimento do

direito à saúde . e a aplicação do dispositivo na prática diária. Diversos autores apontam que frequentemente o acolhimento tem se fundamentado, no dia-a-dia dos serviços, em uma estratégia de recepção, triagem e encaminhamento; para os usuários, ante a expectativa de um acolhimento ideal, as experiências podem ser frustrantes e excludentes (BREHMER; VERDI, 2010; LIMA; MOREIRA; JORGE *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SCHIMITH; LIMA, 2004). Há limites de ordem ética e técnica para a implementação de um acolhimento efetivo, como a limitação do acesso e a negação do direito, a questão das precárias estruturas das unidades (sigilo e privacidade da escuta comprometidos) e da falta de profissionais na equipe (BREHMER; VERDI, 2010).

Uma prática de acolhimento que possibilita participação solidária de trabalhadores e usuários na construção de um cuidado centrado nas necessidades de saúde das pessoas, por sua vez, pressupõe formação de **vínculo**. Para Lima, Moreira e Jorge (2013), essa ferramenta está relacionada à circulação de afetos entre as pessoas e é eficaz na horizontalização das práticas e saúde, ao estimular a **autonomia** e a negociação entre os sujeitos envolvidos no processo. Vincular permite que esses sujeitos encontrem suas potencialidades e, assim, possam elaborar atos terapêuticos **co-responsabilizados** (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

O vínculo tem como referência laços de afeto entre trabalhadores e usuários, que, num movimento de promoção de autonomia, se concretizam na escuta qualificada, na facilidade de comunicação entre os atores e na confiança que o usuário deposita na equipe. É uma ferramenta que viabiliza a articulação dos saberes no sentido de construir ações de saúde singularizadas para cada indivíduo ou coletivo, sujeitos reconsiderados como protagonistas de seus próprios caminhos (JORGE *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SCHIMITH; LIMA, 2004). A construção de autonomia ocorre na medida em que trabalhadores e usuários conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, co-produção de si mesmo e do contexto+(CAMPOS, 2007 *apud* JORGE *et al.*,2011 , p.3053).

Em seu estudo sobre a produção de cuidado numa unidade de saúde da família na Bahia, Assis *et al.* (2010) encontraram que o processo de vinculação na equipe não é uniforme e que está frequentemente associado a %boas relações+, a amizade ou a conhecer as pessoas e seus problemas. Conhecer as pessoas de sua

área de abrangência, aponta a autora, não é envolver-se ou responsabilizar-se, entretanto. Para estabelecer vínculo, é necessário criar condições de envolvimento e compromisso, pela responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, por conseguinte, do sistema de saúde+ (ASSIS *et al.*, 2010, p.55). Por sua vez, o vínculo deve se estender por toda a equipe de saúde, porque somente com uma rede de proteção responsável é possível estabelecer um processo de cuidado integral, atento a responder às necessidades das pessoas que procuram o serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Segundo diversos autores, o vínculo com os usuários do serviço amplia a eficácia e a efetividade das ações de saúde (ASSIS *et al.*, 2010; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; SCHIMITH; LIMA, 2004; STARFIELD, 2002). Quando os trabalhadores estão mais familiarizados com as pessoas, suas histórias de vida e contextos e com elas estabelecem relações longitudinais e promotoras de autonomia, a tendência é uma maior adesão às propostas pactuadas, já que são fruto de um contrato corresponsável, e satisfação com o serviço (JORGE *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2010).

No campo das práticas de saúde, corresponsabilização relaciona-se a uma atitude de comprometimento entre trabalhadores, gestores e usuários no sentido de valorizar as necessidades, desejos e interesses desses atores como centro do cuidado. Envolve o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território no sentido de avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações (BRASIL, 2010). Para Starfield (2002, p. 366), responsabilizar-se também está ligado à [p.a.] disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades de atendimento+.

A literatura aponta que o acolhimento realizado conforme seus pressupostos integrais potencializa o vínculo, o qual, por sua vez, é imprescindível para criar este tipo de responsabilização, que impacta de fato nos processos sociais de produção de saúde e doença (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Sem perder o foco na promoção de autonomia, responsabilizar-se é a atitude que conjuga os demais

dispositivos para reorientação do modelo assistencial, com vistas à produção de um cuidado integral que valoriza as *pessoas* que estão por trás dos *usuários* dos serviços de saúde.

2.3 INTEGRALIDADE DO CUIDADO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diversos autores têm apontado a atenção primária, especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Brasil, como espaço primordial em que é possível experimentar os dispositivos de cuidado discutidos, devido a suas características intrínsecas (ASSIS *et al.*, 2010; SALA *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

A Conferência de Alma-Ata (1978) ratificou a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia fundamental para reorientar os sistemas de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, haja vista os diversos estudos que apontam melhor desempenho e redução de custos dos sistemas de saúde caracterizados por uma atenção primária forte. (CASTRO *et al.*, 2012; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) definiu a APS por meio de quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. *Primeiro contato* relaciona-se a acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema conhecido. *Longitudinalidade* é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. *Integralidade*, por sua vez, consiste na oferta de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, incluindo a responsabilização e o reconhecimento adequado dos problemas; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. Finalmente, *coordenação* do cuidado está vinculada à disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e ao reconhecimento dessas informações oportunamente quando se relacionar às

necessidades para o atendimento atual. Além desses, Starfield (2002) também definiu três atributos derivados: a *orientação familiar* (consideração do contexto familiar na atenção integral), a *orientação comunitária* (reconhecimento das necessidades sociais) e a *competência cultural* (atenção às necessidades de uma população definida e com características culturais específicas).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, ainda como "Programa", surgiu em 1994, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção primária. Hoje, é o modelo predominante e prioritário de organização da atenção primária no país, haja vista seu melhor desempenho no controle de indicadores de saúde em relação às demais modelagens existentes (atenção básica tradicional). Considera-se o Saúde da Família, então, a 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, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2011), a APS, ou Atenção Básica, no Brasil, deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação em toda a Rede de Atenção à Saúde. É fundamental que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Com capacidade teórica para resolver até 80% dos problemas de saúde de uma população, deve desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura alicerçadas no princípio da integralidade da atenção, ou seja, estabelecimento de vínculo, promoção de autonomia e criação de laços de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade (ANDRADE *et al.*, 2013; SCHIMITH; LIMA, 2004; VIEGAS; PENNA, 2013).

Práticas cotidianas do Saúde da Família concorrem para a construção de um cuidado que se orienta pelo ideal da integralidade. Andrade *et al.* (2013) reconhecem as visitas domiciliares como uma prática que aproxima trabalhadores e usuários, assim como as atividades de educação em saúde, a busca ativa de casos

e a atuação dos agentes comunitários de saúde, como interface mais próxima entre equipe e comunidade. A integralidade também opera no contexto do trabalho inter ou transdisciplinar, um dos pilares da ESF, quando os olhares e saberes dos diferentes profissionais complementam-se na produção do cuidado, e no atendimento a uma população definida, num território de acesso facilitado e com características específicas (ASSIS *et al.*, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013).

Considerando as especificidades da atenção primária, principalmente da Estratégia Saúde da Família, no Brasil, fica evidente que esse é o cenário mais propício à aplicação dos dispositivos de reorientação das práticas de cuidado em saúde, elemento fundamental na concretização dos princípios do SUS. Entretanto, a despeito do reconhecimento de sua relevância no movimento de romper com o modelo assistencial biomédico excludente e da necessidade formal de expandir sua cobertura, nos últimos sete anos, foram implantadas um pouco mais de 1100 equipes de Saúde da Família, em média, a cada ano, e a cobertura populacional seguiu expandindo numa média anual de 1,5% (PINTO; MAGALHÃES JR; KOERNER [no prelo] *apud* PINTO *et al.*, 2014).

Inúmeros obstáculos à expansão do Saúde da Família no país podem ser destacados, entre eles: a cultura de uma prática fragmentária e focada no procedimento, reforçada por escolas que somente há pouco vêm reestruturando seus currículos; baixa participação das comunidades no cotidiano dos serviços; dificuldades de acesso; infra-estrutura inadequada para garantir um cuidado com privacidade; financiamento insuficiente; manutenção da lógica da atenção baseada em ações programáticas; falta de delineamentos claros sobre estratégias para coordenação dos casos, seguimento longitudinal e regulação do sistema entre outros (ASSIS *et al.*, 2010; BREHMER; VERDI, 2010; BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; SCHIMITH; LIMA, 2004; VIEGAS; PENNA, 2013). Entre os percalços, a falta de profissionais aptos ou, no mínimo, disponíveis a atuarem no contexto desafiante da ESF vem se colocando como tema de relevância nas pesquisas e políticas de saúde no Brasil e no mundo (PINTO *et al.*, 2014).

2.4 MÉDICOS NO BRASIL E A VACÂNCIA DA APS

As questões relacionadas à força de trabalho na saúde vêm sendo analisadas a partir de diversas bases de informação e perspectivas desde a década de 1950, na América Latina. Considerando a relevância desse assunto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou o primeiro Fórum Global sobre Recursos Humanos na Saúde (em Kampala, 2008) e recentemente publicou seu Código de Práticas para Recrutamento de Recursos Humanos na Saúde (OMS, 2010a), com vistas a orientar o intercâmbio internacional de profissionais da saúde como medida de fortalecimento dos sistemas de saúde.

Recentemente, o tema foi reinscrito na agenda de prioridades do SUS e tem subsidiado debates acerca da necessidade de especialistas e polêmicas envolvendo a quantidade e qualidade das instituições formadoras de médicos no país. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação no âmbito Ministério da Saúde em 2003 e o estabelecimento de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde deram visibilidade ao tema e estimularam a emergência de grupos de pesquisas locais (LUIZ; BAHIA, 2009).

Segundo Merhy (2013a), o trabalho médico ocupa um lugar estratégico na conformação de qualquer modelo assistencial, devido a sua especificidade . expressa pelos saberes estruturados . e generalidade, pelas ações que podem compor seu universo de tecnologias leves. Especificamente quanto a esses trabalhadores da saúde, diversos estudos apontam que, no Brasil, ocorre concentração de médicos principalmente nas regiões Sudeste e Sul do país e há dissenso sobre a suficiência do número de profissionais (PÓVOA; ANDRADE, 2006; VIDOR, 2012; SCHEFFER, 2011).

No intuito de garantir à população acesso aos serviços médicos conforme suas *necessidades de saúde*, elemento fundamental para um cuidado baseado na integralidade, é importante que a força de trabalho seja adequada de acordo com este critério, sobretudo. Isso implica observar as seguintes questões: a) número de

médicos; b) distribuição dos médicos nas diversas especialidades; e c) distribuição geográfica dos profissionais (VIDOR, 2012).

Segundo essa mesma autora, quanto ao aspecto quantitativo, a relação médicos/habitantes ideal é resultado da interação dos fatores *população*, cujas características determinam as necessidades de saúde; *profissionais de saúde*, cujas características apontam a capacidade de resposta a essas necessidades; e *sistema de saúde*, cujas características determinam a forma como os outros dois fatores se relacionam.

O planejamento de recursos humanos baseado na questão *necessidades de saúde* de uma população pode ser difícil, haja vista a dificuldade de definição sobre o que é necessidade e a existência de diversos fatores que afetam a demanda por profissionais de saúde. Considerando as amplamente demonstradas relações entre saúde e determinantes sociais, entre desigualdade social e iniquidades de acesso a saúde (CECILIO, 2009), entre distribuição desigual de médicos e acesso aos serviços de saúde (VIDOR, 2012; MACIEL FILHO, 2007) e também entre fatores socioeconômicos e escolha do local de fixação dos médicos, nem sempre coincidente com a necessidade social (PÓVOA e ANDRADE, 2006), fica clara a limitação do parâmetro **relação médico/habitante** para, isoladamente, determinar o real trabalho médico disponível. Além desses macrodeterminantes, fatores relacionados à capacidade produtiva do médico também influenciam na necessidade de profissionais, como o perfil etário (médicos mais velhos tendem a trabalhar menos), feminização do trabalho (as mulheres tendem a praticar menos a medicina que os homens), duração das consultas, etc. (VIDOR, 2012).

No Brasil, o aumento da relação médico/habitante nas últimas décadas deve-se a uma conjugação de fatores, entre eles a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e a melhoria das condições de vida da população inerentes ao desenvolvimento e o aumento da abertura de novas escolas médicas no país. O primeiro grande *boom* na oferta de vagas de graduação em medicina se deu na década de 1960, quando foram quase 40 escolas médicas (mais da metade delas na região Sudeste); entre 2000 e agosto de 2011, um novo pico de abertura de faculdades de medicina: foram quase 80 escolas inauguradas (MACIEL FILHO,

2007). Em julho de 2015, eram mais de 250 escolas médicas no Brasil (NASSIF, 2014), em atividade ou aprovadas pelo Ministério da Educação.

Entre outros atores, o Conselho Federal de Medicina sustenta que o número de profissionais no Brasil é adequado para responder às necessidades de saúde da população, considerando a má distribuição desses médicos como o fator-chave como justificativa para os vazios assistenciais (SCHEFFER, 2011; NERI, 2009). Também há quem defenda o contrário, haja vista as políticas de provimento médico lançadas pelo Governo Federal desde 2012, que se sustentam no argumento da falta de médicos, sem desconsiderar o quesito distribuição de profissionais, entretanto (VIEIRA; SERVO, 2014; BRASIL, 2013a).

Desde o ano de 2000, a relação entre entradas e saídas de médicos do mercado de trabalho tem se apresentado estável, com um crescimento de mais ou menos 6 a 8 mil novos médicos por ano. De fato, esses profissionais nunca foram tão numerosos, mas chama a atenção a desigualdade em sua **distribuição no território**. A diferença na concentração de médicos nas diferentes regiões e nos diferentes estados do país é notável, com concentração no Sudeste e Sul do país. O mesmo ocorre dentro dos estados, onde as capitais brasileiras apresentam densidade de médicos desproporcional em relação aos municípios do interior, sendo que grande parte delas tem uma taxa de médico/1000 habitantes maior que 4,0, quando a razão nacional é de 1,95 (SCHEFFER, 2011; PÓVOA e ANDRADE, 2006). Em seu estudo sobre os entraves à implantação da ESF em municípios de grande porte, Campos, Aguiar e Oliveira (2002) também apontaram a dificuldade de contratação de médicos para constituir uma rede de referência para a APS local em municípios de pequeno porte.

Segundo Póvoa e Andrade (2006), enquanto o Nordeste possui 28% da população do Brasil e conta com apenas 16,2% do total de médicos, o Sudeste apresenta a maior concentração desses profissionais, possuindo aproximadamente 42% da população brasileira e quase 60% dos médicos. A literatura aponta que as facilidades dos grandes centros urbanos . do ponto de vista pessoal, familiar e profissional, como serviços mais estruturados, maior oferta de empregos e possibilidade de educação permanente . são o principal motivo que determina a atração do médico para esses locais (FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004;

SCHEFFER, 2013). Outras questões que podem influenciar na distribuição geográfica de médicos são fatores econômicos (concentram-se nos estados com maior PIB *per capita*), idade (jovens tendem a se mudar mais) e a influência do cônjuge (discrepância de naturalidades e disponibilidade de postos de trabalho para o cônjuge) (PÓVOA e ANDRADE, 2006).

Esses mesmos autores alertam para o fato de que quando uma região alcança um certo nível de densidade de médicos, o efeito da competição torna-se dominante, o que determina que os médicos menos qualificados tendam a se localizar em áreas menos aglomeradas e mais afastadas dos grandes centros urbanos. Ou seja, nessas situações, além da menor disponibilidade de médicos, áreas mais remotas tendem a apresentar um perfil de profissionais menos qualificado (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Diversos autores referem que o local em que o médico se gradua e se especializa é um dos principais fatores relacionados a sua fixação numa localidade (MACIEL FILHO, 2007; VIDOR, 2012, PÓVOA e ANDRADE, 2006). As cidades que abrigam as escolas e pós-graduações médicas, por sua vez, devido à necessidade de campo de prática para os estudantes, tendem a ser aquelas que também concentram mais serviços de saúde, o que explica em parte a concentração de médicos nos grandes polos e a escassez em áreas longínquas e menos desenvolvidas. Dados de 2011, por exemplo, indicam que 45% dos cursos de graduação em medicina e 63,5% das vagas de Residência Médica se concentram na região Sudeste do Brasil (SCHEFFER, 2013).

Considerando que o Brasil adotou um sistema de saúde organizado a partir da APS como centro regulador e coordenador da atenção, é de se esperar o impacto na necessidade de especialistas focais (ou ~~%especialistas+~~) e de médicos de família (ou ~~%generalistas+~~), pois o adequado funcionamento de um sistema orientado pela APS tende a aumentar a relação generalistas/especialistas. Para demonstrar a importância que os médicos da atenção primária devem ter em um sistema com essa característica, Vidor (2012) relata os resultados de estudo realizado no Canadá por Korcok e Geekie, na década de 1970: se todas as 1,36 milhões de consultas anuais feitas por pediatras no Canadá fossem realizadas por médicos de família, isso adicionaria mais duas visitas por semana na carga de trabalho do médico de

família, mas a carga de trabalho dos pediatras seria reduzida em 30%; por outro lado, se os serviços pediátricos realizados por médicos de família diminuíssem mesmo levemente, a carga de trabalho dos pediatras aumentaria desproporcionalmente, e muito mais pediatras seriam necessários.

Segundo essa autora, há diversas evidências de que o incremento da oferta de médicos de família no sistema pode ter impacto positivo sobre a saúde da população. O mesmo não pode ser dito, entretanto, sobre maiores razões especialistas/generalistas. Ainda que dados como este tenham sido levados em consideração na definição do papel da APS no SUS e na decisão pela ESF como reorientadora do modelo de atenção à saúde, a expansão da atenção primária no Brasil não foi acompanhada por um movimento dos médicos em tomar parte na nova Estratégia. Ao contrário, a carreira de médico de família goza de certo desprestígio entre os estudantes e recém-formados em medicina, mesmo após 20 anos de Saúde da Família (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009; GIL, 2005; MELLO *et al.*, 2009).

2.4.1 Medicina de Família e Comunidade no Brasil e necessidade de mudanças na formação médica

Anderson, Gusso e Castro Filho (2005) descrevem o médico de família e comunidade como o especialista em integralidade, que tem na APS sua opção clínica definitiva e que por isso mesmo se apresenta como um especialista estratégico na conformação dos sistemas de saúde. Para Mello *et al.* (2009), a medicina de família e comunidade (MFC) representa uma das maiores possibilidades de mudança de ~~at~~ atitude na saúde pública brasileira. Cabe a esse profissional cuidar da saúde das pessoas de forma longitudinal, integral e coordenada, considerando seu contexto familiar e comunitário, e utilizando como ferramentas a excelência técnica, o trabalho em equipe e a resistência à medicalização (ANDERSON *et al.*, 2005; MELLO *et al.*, 2009).

Diversos autores apontam a importância da pós-graduação em MFC para um melhor desempenho no enfrentamento dos problemas de variadas naturezas que

surtem numa comunidade (ANDERSON; RODRIGUES, 2011 □; MELLO *et al.*, 2009; NÓBREGA-THERRIEN *et al.*, 2015), ainda que haja discursos que defendam a terminalidade (ou suficiência) do curso de graduação para a atuação na atenção primária, principalmente em países em desenvolvimento (MELLO *et al.*, 2009).

No Brasil, Campos (2005) assinala a pouca importância histórica dada à função clínica ao pensar em políticas de atenção primária no Brasil. Em meio à forte intenção de romper com o modelo medicocentrado, o papel do médico de família não ficou bem definido, assim como não foram estabelecidos parâmetros de capacidade resolutive clínica para esses médicos no trabalho médico na Atenção Primária. Trata-se de uma especialidade que sofreu resistência tanto dos setores da sociedade mais liberais quanto do próprio movimento da saúde coletiva, que identificava a medicina comunitária como política reducionista de agências financiadoras internacionais para a área da saúde pública (MELLO *et al.*, 2009).

Analisando dados da Residência Médica (RM) no Brasil, é possível perceber dois fenômenos: a proporcionalmente baixa oferta de vagas para a especialidade medicina de família e comunidade, aquém do necessário para um sistema de saúde organizado a partir da APS, e a paradoxal ociosidade das poucas vagas existentes (OLIVEIRA, 2013; CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009; MELLO *et al.*, 2009) □ Mais uma vez tomando como exemplo o Canadá, Mello *et al.* (2009) ilustram a disparidade entre oferta de vagas de MFC entre os dois países: em 2007, o Brasil ofertava menos de 600 vagas para MFC, mais de 1400 para clínica médica, mais de mil para pediatria e quase 800 para ginecologia-obstetrícia; o Canadá, por sua vez, destinava mais de 800 vagas para MFC, menos de 350 para clínica médica e menos de 200 para as outras duas especialidades citadas, somadas.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) (SCHEFFER, 2013), em 2013 os especialistas em MFC somavam apenas um pouco mais de 3200 profissionais, cerca de 1,2% do total de médicos ativos no país. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), por sua vez, estima que haja cerca de cinco mil médicos de família especialistas hoje no Brasil, sendo que pouco mais de dois mil realizaram a prova de título da entidade (LIMA, 2015).

Os primeiros programas de residência em medicina geral comunitária surgiram em 1976, em Recife (Vitória de Santo Antão), Rio de Janeiro e Porto Alegre, mas somente após 2002, quando do reconhecimento pela Associação Médica Brasileira (AMB) da *medicina de família e comunidade* como especialidade (reunindo as várias outras denominações em vigor até então), é que houve um aumento exponencial do número de vagas de residência em MFC disponíveis (MELLO *et al.*, 2009). Ainda que políticas federais indutoras, como o Pró-Residência (Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas) . que incentiva a abertura de vagas e novos programas de residência médica em áreas estratégicas . venham alterando o panorama das residências em MFC no Brasil, a ociosidade das vagas ainda é tema preocupante (BRASIL, 2013b; MELLO *et al.*; 2009; CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009; OLIVEIRA, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, os residentes de primeiro ano de medicina de família e comunidade no Brasil somavam apenas um pouco mais de 300 médicos; a taxa de ociosidade das vagas de residência entre 2011 e 2013, por sua vez, apresentava-se em torno de 70% (CONASS, 2012; OLIVEIRA, 2013). A partir de dados do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON-UFMG), Oliveira (2013) apresenta a correlação direta entre mais alto índice de escassez de médicos na APS e municípios com renda *per capita* abaixo da linha de pobreza.

Diversos autores apontam questões para a não escolha da carreira como médico de família. Entre elas, estão as dificuldades inerentes ao trabalho na ESF, apontadas pelos próprios trabalhadores, como infraestrutura inadequada nos serviços de saúde, demanda excessiva, baixa cobertura da ESF, equipes de trabalho incompletas, sobrecarga das equipes em termos de excesso de pessoas adscritas, falta de educação permanente voltada aos problemas de saúde locais, tendência à precarização, desafios no trabalho multiprofissional, pouco tempo destinado às atividades individuais e coletivas, alta incidência de casos complexos, rede de referência pouco estruturada, falta de incentivo à especialização, etc. (GÉRVAS *et al.*, 2007; GONÇALVES *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009; NÓBREGA-TERRIEN *et al.*, 2015; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Mello *et al.* (2009) apresenta os resultados de estudos realizados com estudantes de medicina em diversos países do mundo (Cuba, Canadá, Inglaterra, Estados Unidos) acerca dos fatores que desmotivam a seguir a carreira de medicina de família. Além da dificuldade em realizar um cuidado integral nas condições de trabalho acima referidas, destacam-se a baixa remuneração e o baixo status social de que gozam esses especialistas, em comparação com outros médicos, a falta de reconhecimento da especialidade, a impressão do baixo estímulo intelectual relacionado à MFC e a falta de lideranças e modelos de identificação na medicina de família (MELLO *et al.*, 2009).

Achados semelhantes foram verificados em estudos realizados no Brasil. Além das questões citadas, esses autores também apontaram como determinantes para o baixo interesse na medicina de família e comunidade o surgimento recente da especialidade no país; o fato de não ser necessária uma formação específica para atuar na especialidade; sua caracterização prioritariamente pública e comunitária (MELLO *et al.*, 2009; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011); perfil socioeconômico elevado dos estudantes de Medicina, que parecem pretender manter o *status quo*; pouca vivência em atenção primária durante a graduação; experiência em Medicina de Família com um profissional desmotivado e frustrado; amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade, por um lado, e ideia equivocada de que a medicina de família e comunidade é fácil demais para o estudante motivado, por outro (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009).

Gonçalves *et al.* (2009) apontam a persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar, frágil para formar profissionais de saúde qualificados e engajados na construção de um cuidado integral no SUS. Sobre os macrodeterminantes da baixa procura dos médicos pela carreira na APS, Magalhães Jr. e Oliveira (2006, p. 55) criticam

o padrão da formação dos profissionais médicos, subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema.

Diante desta conjuntura, mudanças no processo de formação foram propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina lançadas em 2001 após o parecer da Comissão Interinstitucional de avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), que durante a década de 1990 realizou avaliação as faculdades de medicina e diagnosticou a insuficiência do currículo, dos métodos pedagógicos e do sistema de avaliação para formar médicos aptos a responderem às necessidades de saúde da população (HADDAD *et al.*, 2011).

Na mesma direção, nos últimos anos o Governo Federal vem tentando reorientar a lógica de formação dos profissionais de saúde em direção ao SUS. Além do já citado Pró-Residência, desde 2002, diversas políticas foram lançadas com vistas a promover transformações curriculares nas escolas, incrementar a produção de conhecimentos em APS, integrar universidade e sociedade e garantir melhorias na qualidade da assistência à saúde, na perspectiva da integralidade. São exemplos o PROMED . Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (2002), os PRÓ-SAÚDE I e II . Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (2005-2010) e o PET-SAÚDE . Programa de educação pelo Trabalho na Saúde (2009) (HADDAD *et al.*, 2011; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Num contexto de debates relevantes acerca da inadequação da formação e da escassez de médicos para atuarem na Estratégia Saúde da Família de maneira qualificada, a última medida do Governo Federal para o enfrentamento dessa problemática foi o lançamento, em julho de 2013, do Programa Mais Médicos para o Brasil.

2.5 PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Tendo em vista o desafio do provimento médico para a atenção primária no Brasil, em 2012, o Governo Federal apresentou o Programa de Valorização da Atenção Básica, o PROVAB, que concede benefícios na prova de residência aos médicos que ingressarem na rede de APS dos municípios inscritos. Vinculados ao

programa, os profissionais recebem uma bolsa-formação pelo trabalho realizado, supervisionado por uma Instituição de Ensino Superior (IES) e mantêm-se matriculados num curso de especialização em atenção básica à distância. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), mais de 2800 municípios solicitaram um total de 13 mil médicos, porém 55% deles não atraíram nenhum profissional.

Em julho de 2013, o Governo Federal lançou a Medida Provisória (MP) 621 (BRASIL, 2013d), que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, em 22 de outubro de 2013, após negociações com as entidades médicas, foi promulgada a Lei 12.871/13 (BRASIL, 2013e), que oficializou o Programa com mudanças significativas em relação à MP 621, principalmente no tocante à formação médica.

Finalmente, com os objetivos de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS, fortalecer a prestação de serviços na APS e aprimorar a formação médica proporcionando maior contato e experiência com o SUS, entre outros (BRASIL, 2013e), o Programa Mais Médicos para o Brasil determina o intercâmbio internacional de médicos na atenção básica, a reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica e investimento em infraestrutura em hospitais e unidades de saúde.

2.5.1 Transformação na Educação Médica

No contexto da chamada *Lei dos Mais Médicos*, o Ministério da Educação passou a regular a abertura de escolas médicas privadas através de chamamento público aos municípios que contemplem critérios de seleção, como a relevância e a necessidade social da oferta do curso, demonstrada por indicadores sociais, demográficos e econômicos, e a existência de equipamentos públicos adequados e suficientes para campo de prática dos estudantes de medicina (BRASIL, 2013f).

Também entrou como requisito para abertura de um novo curso a existência de pelo menos três programas de residência médica em especialidades consideradas prioritárias no SUS (BRASIL, 2013f). Em dezembro de 2013, o Ministério da Educação (MEC) aprovou quase 50 projetos de novas escolas médicas

privadas, distribuídas em municípios de 15 estados diferentes (mais da metade no Sudeste), o que significa cerca de 3,5 mil novas vagas de graduação em medicina a partir de 2014 (BRASIL, 2013f). Em parceria com o MEC, serão abertas 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12,4 mil vagas para formação de especialistas até 2018 (BRASIL, 2013b CYRINO *et al.*, 2015).

Em junho de 2014, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014), que instituíram as mudanças já orientadas pela Lei Federal 12.871/13. Apesar da proposta contida na MP 621, de aumento da graduação em medicina para oito anos, sendo os dois últimos de imersão na APS, as Diretrizes Curriculares mantiveram a graduação de seis anos e definiram um mínimo de 30% da carga horária do internato médico em serviços de atenção básica e de urgência e emergência. Ficou instituída também uma avaliação bienal na graduação de medicina, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser realizada pelo Ministério da Educação.

A Lei dos Mais Médicos também dispõe sobre a residência médica no Brasil e determina que, a partir de 2019, serão ofertadas vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. Concatenado ao panorama de escassez de médicos qualificados para atuarem na APS no Brasil, o aporte nas vagas se dará principalmente a partir dos programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, especialidade equivalente à atual Medicina de Família e Comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014), além de outras áreas estratégicas. Para o ingresso nos programas de residência das áreas básicas (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia e medicina preventiva e social) e psiquiatria, será obrigatório o primeiro ano do programa de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC); um ou dois anos na MGFC também serão necessários para o ingresso nos demais programas de residência, excetuando-se os de acesso direto.

2.5.2 Provimento Médico: Projeto Mais Médicos para o Brasil

Enquanto a reorientação da formação e o aumento de vagas de graduação e residência médica não surtem o efeito previsto na quantidade e no perfil dos médicos brasileiros, o Governo Federal buscou outras formas de prover a ESF com os profissionais necessários. Coordenado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o *Projeto Mais Médicos para o Brasil*, integrante do PMMB, oferta vagas de trabalho na atenção primária aos médicos titulados no exterior, além daqueles formados em instituições brasileiras ou com diploma revalidado no país. Atendendo às recomendações do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010a), o país do médico intercambista deve apresentar relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8 médicos/mil habitantes (BRASIL, 2013a), já que a última razão encontrada para o Brasil no *Global Health Observatory* da OMS é de 1,76 médicos/mil habitantes.

O profissional admitido pelo Programa, além do trabalho na APS, estará vinculado a um curso de especialização em atenção básica à distância oferecido por uma IES brasileira. O prazo de permanência no país é de três anos, prorrogável por igual período no máximo. Todos os médicos recebem, ainda, visitas periódicas de supervisão, que, juntamente com a tutoria acadêmica da Instituição de Ensino Superior, é responsável por acompanhar suas atividades, inclusive o cumprimento da carga horária de 40h semanais (sendo 8h fora do serviço, para dedicação ao curso à distância), aplicar presencialmente instrumentos de avaliação do Programa e apoiar pedagogicamente os profissionais.

O Edital do Mais Médicos foi aberto inicialmente para médicos com registro no CFM (diplomados no Brasil ou revalidados), depois para brasileiros titulados em outro país e então para estrangeiros formados fora do Brasil. Não preenchidas as vagas solicitadas pelos municípios, em agosto de 2013 o Governo Federal e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) firmaram o 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto *Ampliação do acesso da população brasileira à Atenção Básica em Saúde+*, viabilizando o *Programa de Cooperação Técnica da OPAS para a participação de médicos cubanos e o desenvolvimento de ações de fortalecimento da Atenção Básica no Projeto Mais Médicos para o Brasil+* (OPAS-BRASIL, 2013). Neste Termo, que possibilitou o

ingresso de mais de 14 mil profissionais de Cuba, ficam definidas as atribuições de cada parte, OPAS e Ministério da Saúde, em relação às questões logísticas, de formação, lotação, avaliação e manutenção dos médicos cubanos no Brasil.

Os médicos do Programa recebem uma bolsa-formação no valor de R\$10 mil por mês, além de auxílio-moradia e alimentação variáveis de acordo com o município. No caso dos médicos cubanos, o Ministério da Saúde (MS) responsabiliza-se pelo repasse bimestral dos recursos à OPAS, que, por sua vez, os transfere ao governo cubano, responsável final pela remuneração dos médicos.

Todos os médicos estrangeiros, cooperados ou não, são admitidos num módulo de acolhimento e avaliação antes de iniciarem o trabalho nos municípios. Neste momento, recebem instruções quanto à legislação e funcionamento do SUS, aos protocolos clínicos definidos pelo MS, à língua portuguesa e ao código de ética médica brasileiro. Condição *sine qua non* para a participação no Programa, o bom desempenho do profissional na língua é avaliado processualmente durante o módulo, ao final do qual é realizada a avaliação teórico-prática de conhecimentos em medicina.

Segundo a Lei Federal 12.871/13, fica vedado ao médico estrangeiro ou brasileiro com diploma não-revalidado o exercício da medicina fora das atividades de atenção primária do PMMB. O critério para solicitação de médicos pelos gestores municipais é a presença de áreas de difícil acesso ou provimento ou a existência de populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos por Portaria específica (PINTO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A sociedade dividiu-se quanto à opinião sobre o Programa. No quesito provimento, as entidades médicas sustentaram discurso categoricamente contrário (CREMESP, 2013; SOUZA, 2014), com o argumento de que há médicos suficientes no Brasil e que os vazios assistenciais se devem à distribuição heterogênea dos profissionais no território . premissa exposta previamente na pesquisa de demografia médica encomendada pelo Conselho Federal de Medicina à Universidade de São Paulo (SCHEFFER, 2011, 2013). Foi movido um processo judicial contra a União no intuito de embargar as ações relacionadas ao intercâmbio de médicos estrangeiros, o qual não teve êxito, entretanto (BRASIL, 2014a).

Por sua vez, entidades auto-intituladas como defensoras da Reforma Sanitária (Abrasco, Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde . Abres, Associação Brasileira de Enfermagem . ABEn, Associação do Ministério Público em Defesa da Saúde . Ampasa, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde . Cebes, Rede Unida, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade . SBMFC) reconheceram o PMMB como um passo importante no sentido do enfrentamento da má distribuição e escassez de profissionais de saúde no país, mas o consideram uma medida paliativa que não garantirá a fixação dos profissionais nos locais historicamente desassistidos. Manifestaram apoio à regulação das vagas de residência médica pelo Estado, de acordo com as necessidades sociais e com priorização da Medicina de Família e Comunidade, e às mudanças curriculares na graduação de medicina com vistas à aproximação dos estudantes da atenção primária; e criticaram, entretanto, a ampliação das vagas de graduação às custas de faculdades privadas (REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 2013).

Em menos de um ano, foram alocados cerca de 14 mil médicos em mais de 3.700 municípios e 30 distritos indígenas no país, sendo que um número maior que 11 mil profissionais são de Cuba (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Considerando a extensão com que se distribuíram na Estratégia Saúde da Família . mais de 2.700 cidades são atendidas exclusivamente por médicos cubanos (OLIVEIRA *et al.*, 2015) - conferindo ao cuidado praticado na APS brasileira características próprias, é importante considerar as especificidades da formação desses profissionais, num sistema de saúde que opera com escassez de recursos materiais e tem princípios e diretrizes atrelados a uma revolução socialista.

2.5.3 Breve relato sobre o Sistema Nacional de Saúde cubano

Antes da Revolução de 1959, o panorama sanitário cubano era semelhante ao das demais nações latino-americanas, com mortalidade predominantemente devida a doenças infecciosas e iniquidade no acesso aos serviços de saúde, do ponto de vista geográfico e de classe social (CHOMSKY, 2000).

À semelhança das diretrizes do SUS brasileiro, o conceito de saúde é entendido como direito social, a ser garantido e defendido pelo Estado. O Sistema Nacional de Saúde cubano é guiado por seis princípios norteadores, que refletem a natureza socialista do Estado: acessibilidade e gratuidade dos serviços a toda a população (universalidade) (1); orientação preventiva (2); aplicação adequada dos recursos tecnológicos (3); intersectorialidade e participação da comunidade (4); cooperação internacional (5); centralização normativa e descentralização executiva (6) (OCHOA, 2009).

O governo revolucionário recebeu uma nação marcada pela história colonial, escravista, patriarcal, castigada ainda mais pela ditadura de Fulgêncio Batista (CHRISTIANSEN, 2010). Na saúde, além de garantir o provimento de novos profissionais, após o êxodo de médicos motivado pela revolução, o empenho foi no sentido de construir um sistema nacional de saúde público e gratuito praticamente do zero. O novo Ministério de Saúde Pública foi responsável pelo desenvolvimento de sistemas de informação; instituição de normas e regulamentações; produção e distribuição de medicamentos; planejamento dos recursos de saúde; construção de hospitais e policlínicas; imunização; etc. O foco inicial foi o controle das doenças infectocontagiosas que tipicamente respondiam por altas taxas de mortalidade nos países de terceiro mundo na época. Ainda na década de 1960, a população participava das decisões relacionadas à saúde, organizada nos chamados Comitês de Defesa da Revolução (CDR) e na Federação de Mulheres Cubanas (CHRISTIANSEN, 2010).

A transformação do sistema de saúde cubano desde 1959 fica evidente quando se analisam alguns números. Em 1958, Cuba tinha menos de cem hospitais; não havia policlínicas, unidades de emergência ou clínicas odontológicas públicas; existia apenas um banco de sangue e uma faculdade de medicina e odontologia. Ao fim dos anos 80, o país havia expandido sua rede de escolas médicas para mais de 20 faculdades, distribuídas por todo o território (BURNS, 1986 *apud* CHRISTIANSEN, 2010). Em 2007, compunham o sistema de saúde cubano mais de 70 mil médicos e, em 2011, a relação médico/habitante na ilha era de 7,0 profissionais para 1000 habitantes (OPAS, 2011).

Em oposição à maioria dos sistemas de saúde encontrados nos países da América Latina, os quais importaram tecnologias e custos com os quais não podiam arcar, Cuba centrou seu sistema de saúde na atenção primária e no modelo do médico de família e comunidade. Na década de 1980, os avanços no setor foram reconhecidos pela OMS e pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) (FRANCO *et al.*, 2007; CHOMSKY, 2000); segundo esta entidade, em 1990, a mortalidade infantil em Cuba era de 11 óbitos por 1000 nascidos vivos, quando, no Brasil, a taxa era de 52 para o mesmo período (UNICEF, 2013).

Os serviços de atenção primária visam à produção de um cuidado longitudinal, acessível, resolutivo e contextualizado socialmente. O modelo cubano desenvolve-se com *equipes básicas de saúde* constituídas por um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a) de família, que trabalham em um consultório e prestam assistência a uma população de 700 a 1500 pessoas (150 a 300 famílias). Os *policlínicos* acolhem *grupos básicos de trabalho* multidisciplinar (especialistas médicos e outras profissões da saúde), que são referência a não mais que 20 equipes básicas e cumprem funções assistenciais, docentes e gerenciais, dirigidas a incrementar a qualidade da atenção à saúde (ALCÁZAR *et al.*, 2014). O médico de família cubano normalmente é residente em sua própria área adscrita e possui vínculos não só profissionais com os pacientes/vizinhança. De maneira semelhante ao médico de família brasileiro, naquela comunidade, ele realiza atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência curativa e de reabilitação (CHRISTIANSEN, 2010).

2.5.4 Formação médica em Cuba e Cooperação Internacional

Antes da revolução socialista de 1959, o ensino médico em Cuba também se organizava baseado nas orientações do Relatório Flexner, como o plano educacional *Mieta+*. Em toda a América Latina, a formação dos profissionais estava focada na tecnologia dura, com prejuízo na qualidade da relação de cuidado estabelecida entre médico e usuário. Segundo Gómez, Flores e García(2001), a desumanização que caracterizava essa relação tinha como consequências

fundamentais a dificuldade para alcançar uma percepção integral do indivíduo, na medida em que ficavam relegadas a um plano secundário a dimensão psicossocial e as necessidades de saúde do sujeito que busca assistência (GÓMEZ; FLORES; GARCÍA, 2001). Este plano de estudos esteve vigente até 1956, quando o Conselho Universitário decidiu pelo fechamento da Universidade de Havana ante as violentas agressões da ditadura de Batista (PEREA; MAINEGRA, 2012).

A reabertura da universidade, com novos planos de transição, só se deu após o triunfo da revolução. Em 1962, o Ministério de Saúde Pública começou oficialmente a formação de especialistas em Cuba por residência médica, com acesso universal a todos os graduados, e foi proclamada a Lei de Reforma do Ensino Superior, que introduziu na formação em medicina o teor social e humanístico que requeria o país naquela ocasião (PEREA; MAINEGRA, 2012). Em 1969, idealizado pelo Prof. Fidel Lizástigui Dupuy, grande personagem da educação médica cubana, é instituído o "Plano Integrado", que rompeu com a orientação flexneriana e estruturou o estudo da medicina em unidades integradas ou lógicas de conhecimento (SACASAS, 2013).

A formação em medicina evoluiu em consonância com as necessidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde cubano, sempre cumprindo os princípios da saúde pública socialista: marcado acento preventivo, de promoção e reabilitação nas ações de saúde, acessibilidade e gratuidade das ações, participação popular e solidariedade internacional (GARCÍA, 2004). Segundo Perea e Mainegra (2012), o currículo médico em Cuba parte dos problemas e necessidades de saúde da população e prevê formação de um médico generalista, com atitudes humanistas e enfoque de promoção e prevenção da saúde, caracterizado por competências diagnósticas, terapêuticas e comunicativas desenvolvidas de forma problematizada, através da educação no trabalho nos serviços de saúde. Tem como eixo a saúde do indivíduo, da família, da comunidade e do meio ambiente, em um processo de educação contínuo e permanente.

Desde a década de 1970, a organização pela atenção primária é característica marcante do Sistema Nacional de Saúde cubano, e essa tônica pautou também as escolas médicas no sentido de formar profissionais comprometidos com um cuidado integral (PEREA; MAINEGRA, 2012). No ano de 1984, foi oficialmente

inaugurado o plano do médico e da enfermeira da família, e em seu bojo surge a especialidade de *medicina general integral*, correspondente à medicina de família e comunidade no Brasil (PÉREZ; VICTORIA, 2012). Com um corpo robusto de conhecimentos próprios, hoje qualquer especialidade do sistema de saúde cubano tem pelo menos dez vezes menos especialistas que a medicina general integral. Um número apreciável desses médicos são doutores ou mestres em diferentes áreas do conhecimento ou especialistas de segundo grau (segunda especialização), o que contribui para a efetivação de uma APS de alta qualidade em Cuba (MEJÍAS; LABRADOR, 2013).

A tradição cubana de formar médicos estendeu-se internacionalmente. Desde que enviou apoio médico ao Chile, em 1960, após um terremoto que trouxe consequências trágicas ao país, Cuba começou a sistematizar sua política de cooperação médica para países necessitados, seja por motivos de acidentes catastróficos, seja por déficit de profissionais médicos, passando pela elaboração de planos de desenvolvimento e construção de escolas médicas em algumas dessas nações, segundo suas necessidades (BELDARRAÍN CHAPLE, 2006; PEREA; MAINEGRA, 2012).

A tradição no internacionalismo de Cuba em saúde inicia-se na Argélia, em 1963, quando do conflito desse país com o Marrocos; a partir daí, foram diversas missões para países da América Latina, África, Ásia e Oceania. A ajuda médica cubana também esteve presente em catástrofes como no terremoto do Paquistão, em 2005, e no *tsunami* do mesmo ano em Sri Lanka e Indonésia, através do *Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias*, ou Brigada Henry Reeve (SANCHEZ; MACHADO; FERNANDEZ, 2010), criada em primeira instância para responder às necessidades da cidade estadunidense de Nova Orleans devastada pelo furacão Katrina.

Quanto à formação de profissionais de saúde, a primeira escola de medicina cubana 31 internacional foi criada no Yemen, em 1975, e outras estenderam-se para diversos países do terceiro mundo. Em 1984, começaram suas atividades as faculdades de medicina com professores cubanos na Guiana e na Etiópia; em 1986, em Guiné Bissau; em Uganda dois anos depois; e em Angola em 1992 (SANCHEZ; MACHADO; FERNANDEZ, 2010; PEREA; MAINEGRA, 2012).

A tragédia com os furacões Mitch e George na América Central e Caribe tiveram como resposta de Cuba o *Programa Integrado de Salud*, em 1998, que se destinava a fornecer ajuda médica gratuita nesses países, estendendo-se a África e Ásia posteriormente, e incluía um plano de formação de profissionais de saúde tanto em seus próprios territórios como em Cuba. São criadas, assim, novas faculdades em Guiné Equatorial e Gambia em 2000, Haiti em 2001, Eritréia em 2003 e Timor Leste em 2005 (SANCHEZ; MACHADO; FERNANDEZ, 2010).

Nesse mesmo contexto, foi criada a Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM), em 1999, com a matrícula de mais de três mil estudantes de 23 países diferentes, em sua maioria latino-americanos. A Escola tem por missão formar médicos generalistas de prática orientada para a APS, gratuitamente, que deverão retornar a seus países de origem após seis anos para atuar conforme as necessidades de saúde locais e contribuir com a construção do sistema de saúde nacional. Em 2005, a ELAM contava com mais de dez mil estudantes e formou sua primeira turma de médicos, com 1.300 profissionais (CHAPLE, 2006).

A colaboração na formação de novos médicos, o trabalho junto ao governo e a organizações não-governamentais estrangeiras para melhorar a saúde local têm se desdobrado em novos aliados internacionais (FEINSILVER, 2009). Exemplo disso é o isolamento dos Estados Unidos quanto ao embargo econômico decretado contra Cuba, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas reverencia a cooperação médica cubana e identifica o bloqueio estadunidense como inapropriado. Além disso, a diplomacia médica também foi citada como razão para readmissão de Cuba na Organização dos Estados Americanos em seu encontro em Honduras, 2009, apesar de a Ilha não ter manifestado interesse nessa reaproximação (FEINSILVER, 2009).

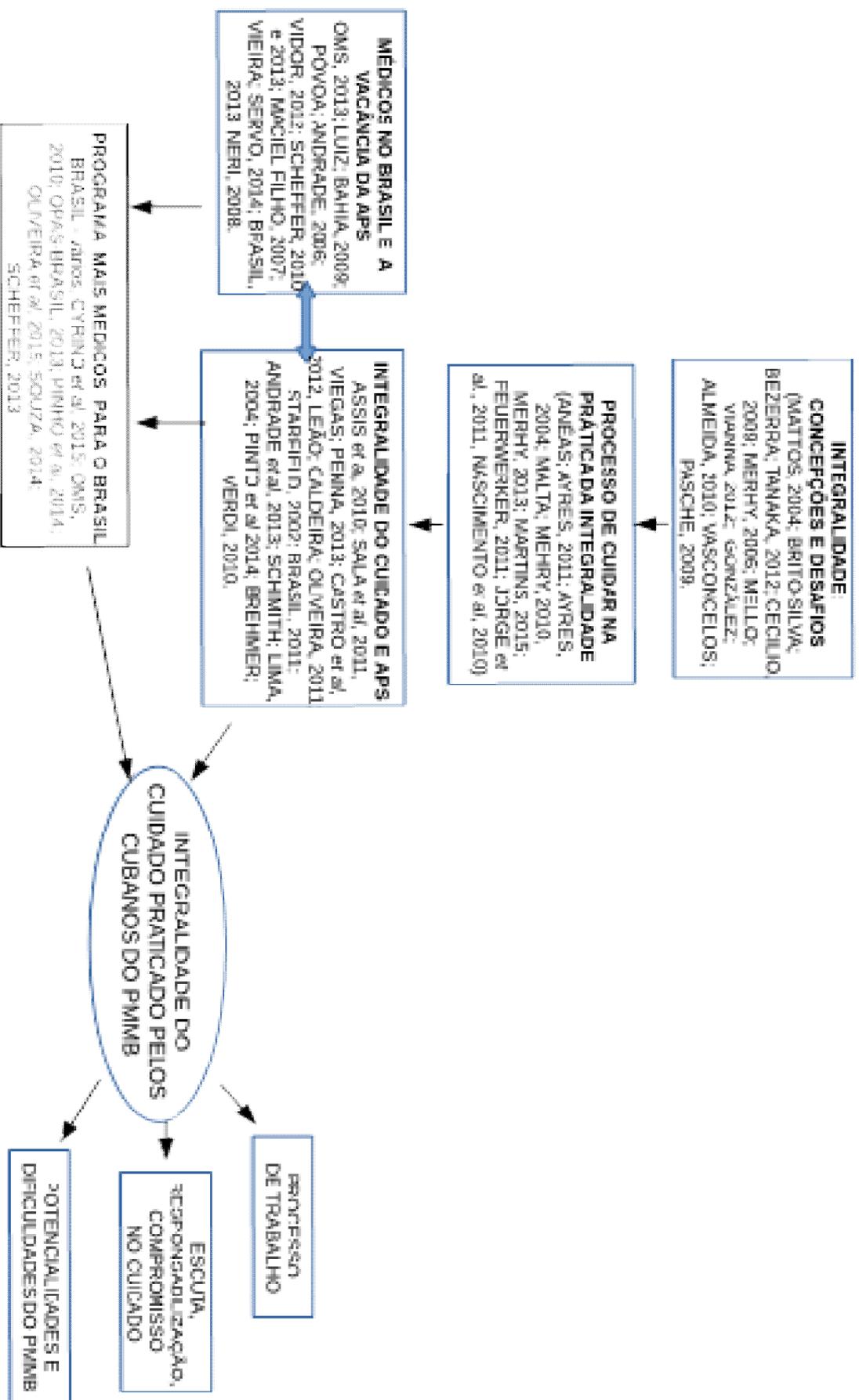
É notável que Cuba envia suporte médico a países que estão envolvidos em transformações sociais e/ou em que haja movimentos pressionando por direitos essenciais. Entretanto, a posição política de um determinado país quanto às relações com o socialismo cubano não parece interferir em sua disponibilidade para enviar assistência médica, haja vista a oferta feita aos Estados Unidos durante a crise gerada após o furacão Katrina (CHRISTIANSEN, 2010).

Talvez devido à proximidade dos projetos socialistas nos dois países, o país para o qual Cuba enviou maior número de médicos foi a Venezuela: foram mais de quinze mil profissionais para a *Misión Barrio Adentro*, programa que, à semelhança do Mais Médicos, levou atendimento médico a locais desassistidos (HENRIQUE *et al.*, 2014; CURCIO, 2012). Na perspectiva da cooperação da formação em saúde, Cuba ainda foi responsável pelo treinamento de 40 mil médicos e de cinco mil outros trabalhadores de saúde na Venezuela e providenciou dez mil bolsas de estudo para estudantes venezuelanos de medicina e enfermagem nas faculdades cubanas. O acordo de cooperação nesse caso incluía assistência médica por parte de Cuba e preços diferenciados de petróleo por parte da Venezuela (FEINSILVER, 2008).

A *Operação Milagro* é outra iniciativa de colaboração internacional em saúde oftalmológica, surgida em 2004 por iniciativa de Cuba e apoiada pela Venezuela. O projeto visa prevenir e tratar as principais causas de cegueira nos povos latino-americanos e caribenhos, incrementar a formação de recursos humanos com alta tecnologia e promover investigações nessa área do conhecimento dirigidas eminentemente para a atenção primária à saúde. A princípio, os procedimentos eram realizados em Cuba, mas o desenvolvimento do programa colaborou com a construção de centros especializados nos países de origem, como Venezuela, Bolívia e Panamá, os quais sediam os procedimentos cirúrgicos (ALCOLEA; CABRALES, 2010).

Atrás somente da *Misión Barrio Adentro*, o Programa Mais Médicos para o Brasil é a segunda maior missão médica na história de Cuba quanto ao número de profissionais enviados. Não há registro na literatura sobre oportunidade anterior em que Cuba tenha recebido recursos pecuniários em troca do envio de médicos a outro país. Uma outra diferença marcante do programa brasileiro em relação à intervenção médica cubana em outras nações é que, aqui, os estrangeiros não interferirão diretamente nos processos de formação médica; ao contrário, participarão como alunos de um curso de especialização à distância em atenção básica (BRASIL, 2013e).

2.6 QUADRO-SÍNTESE: da revisão da literatura aos objetivos



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, sob a perspectiva da integralidade, como os usuários da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado praticado pelos profissionais cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características do processo de trabalho das equipes formadas por médicos cubanos, sob a ótica da integralidade;
- Observar a percepção das pessoas sobre a escuta, a compreensão e a resolução de seus problemas pelo médico no momento da consulta;
- Identificar potencialidades e dificuldades do Programa Mais Médicos na percepção dos usuários.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

As percepções dos usuários da Estratégia de Saúde da Família acerca das práticas de cuidado desenvolvidas pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no Recife foram averiguadas a partir de um estudo qualitativo que permitiu aprofundar os significados que os mesmos atribuem a suas experiências com o Programa. As dimensões da integralidade investigadas contemplam *acesso e acolhimento*, o *olhar abrangente* ao sujeito-usuário e o *vínculo* entre médico e usuário.

A opção pela pesquisa qualitativa foi feita levando em consideração a perspectiva de Denzin (2006), que aponta o compromisso desta abordagem metodológica com a compreensão interpretativa da experiência humana, enfatizando as qualidades das entidades sobre os processos e significados que não são examináveis ou mensuráveis experimentalmente.

A estratégia de pesquisa qualitativa utilizada na condução do estudo foi o estudo de caso múltiplo, de abordagem exploratória, visto que o objeto investigado trata-se de um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, [...] em que os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes+ (YIN, 2010, p. 39). Os estudos de caso são úteis para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2010). Ainda segundo a mesma autora, seus objetivos podem ser resumidos em (a) compreender as estruturas de relevância relacionadas a um fenômeno por parte de um grupo específico; (b) permitir exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; (c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; (d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e possibilitar comparações.

4.1 SOBRE O CAMPO DA PESQUISA

Até abril de 2014, os 133 municípios pernambucanos que receberam médicos do Programa Mais Médicos (PMMB) contavam com o apoio de supervisão de 99

médicos regulares com o Conselho Regional de Medicina, conforme dados do Ministério da Saúde (MS). Analisando informações do MS e dos tutores das Instituições de Ensino Superior supervisoras do PMMB em Pernambuco sobre a formação acadêmica desses supervisores, apenas 38 deles são profissionais titulados em medicina de família e comunidade (residência ou título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) ou médicos sanitaristas (mestrado ou doutorado em Saúde Coletiva/Saúde Pública ou Residência em Medicina Preventiva), por ora chamados *“supervisores qualificados”*, tendo em vista sua formação relevante para a avaliação da presença e extensão dos pressupostos da integralidade na práxis dos médicos em acompanhamento. Em maio de 2014, de acordo com os mesmos dados, somente três entre os municípios citados recebiam mais de um supervisor *“qualificado”*: Cabo de Santo Agostinho (dois supervisores), Caruaru (três supervisores) e Recife (quatro supervisores).

A formação específica na área de saúde coletiva *a priori* confere uma avaliação mais abalizada da *performance* das Equipes de Saúde da Família. Dessa forma, esses supervisores ganharam, nesta pesquisa, o status de potenciais *informantes-chave*. Considerando ainda a quantidade de médicos do PMMB em Recife (de março a outubro de 2014, esse número variou entre 30 e 35 médicos, em média - em sua maioria cubanos) e a melhor estrutura da rede assistencial em comparação às duas outras cidades, Recife foi escolhido como município para realização da pesquisa.

Trata-se de município de grande porte populacional, situado no litoral nordestino, e que ocupa posição central em relação às duas outras metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza, a 800 km de distância de cada uma delas. Apresenta uma superfície territorial de 220 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2014).

Com uma composição territorial diversificada (morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) - 5,58%), o Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, onde convivem lado a lado áreas com índices de desenvolvimentos extremos. O

município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS, que englobam cerca de 80% das 490 favelas do município, as quais cobrem uma área equivalente a 15% do território e 25% da área ocupada do Recife (RECIFE, 2014).

Segundo o Plano Municipal de Saúde da cidade, a meta é ampliar a cobertura da ESF no Recife de 48,4% para 60% até o final de 2017. Em maio de 2014, a rede de atenção primária contava com 264 equipes de saúde da família (eSF), distribuídas em 126 unidades de saúde da família (USF), com até quatro equipes cada, nas seis Regiões Político-Administrativas da cidade (RPA \S) (figura 1), as quais correspondem aos seis Distritos Sanitários (DS) homônimos (quadro 1) (RECIFE, 2014). Em fins de 2014, uma reorganização sanitária dividiu o DS III em dois (III e VII) e o VI em mais dois distritos (VI e VIII), mantendo-se as seis RPA \S citadas.

Figura 1 É Recife, divisão territorial por RPA \S



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, Sec. de Planejamento, 2005.

Quadro 1 É Número de USF e eSF por DS no Recife

DISTRITO SANITÁRIO (DS)	Número total de USF/eSF
DS I	10 / 17
DS II	20 / 43
DS III	26 / 49
DS IV	20 / 41
DS V	15 / 31
DS VI	35 / 83

Fonte: Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde da Prefeitura do Recife, abril de 2014.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, em maio de 2014, havia 19 médicos cubanos vinculados ao Programa na cidade. Lotados em cinco dos seis distritos sanitários, esses profissionais foram alocados em 14 USF ϕ diferentes (quadro 2).

Quadro 2 . Número de médicos cubanos por DS no Recife e USF de lotação.

DISTRITO SANITÁRIO	Unidades de Saúde da Família	NÚMERO DE MÉDICOS CUBANOS
DS II	USF Alto do Pascoal USF Tia Regina . Córrego do Deodato	03
DS III	USF Maria Eduarda Cesse - Córrego da Bica USF Passarinho Alto USF Santa Tereza	04

DS IV	USF Casarão do Cordeiro USF Amaury de Medeiros . Brega e Chique USF Vietnã	04
DS V	USF Chico Mendes / Ximboré USF Mustardinha	02
DS VI	USF Água Viva USF Josué de Castro . 27 de Novembro USF Prof. Fernando Figueira - Pantanal USF Três Carneiros Baixo - Zumbi do Pacheco	06

Fonte: Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde da Prefeitura do Recife, 2014.

Os territórios selecionados para o estudo foram definidos a partir da entrevista com cinco informantes-chave da estrutura de supervisão e tutoria do Programa. Foi solicitado aos supervisores que indicassem dois entre os seus supervisionados cubanos: o médico com o desempenho mais satisfatório do ponto de vista da concretização da integralidade no cuidado praticado, e aquele cuja prática está mais distante em relação aos pressupostos da integralidade, com o objetivo de sinalizar quais os nós críticos para o desempenho de uma práxis que se aproxime do cuidado integral.

Essa indicação com base no desempenho foi feita a partir de critérios implícitos dos informantes-chave, os quais, como refere Donabedian (2003) correspondem a critérios não específicos, presentes na mente dos *experts*, baseados no que eles sabem ou acreditam. Entre as oito equipes selecionadas, foi solicitado ao responsável pela tutoria que identificasse aquelas com desempenho mais próximo e mais distante do cuidado integral, segundo seus critérios intrínsecos. Considere-se a partir de agora a equipe A e a equipe B como as equipes cujo

desempenho está o mais próximo e o mais distante dos pressupostos da integralidade, respectivamente.

Antes de ser iniciada a coleta de dados, a autora fez contato telefônico com as gerentes de integração ensino-serviço dos dois Distritos Sanitários envolvidos na pesquisa e com um profissional responsável em cada uma das USF, agendando visita para apresentação da carta de anuência e discussão sobre o projeto. Foi realizada leitura coletiva do documento com toda a equipe de saúde tanto na USF A quanto na USF B. Em ambos os casos, foi obtido o consentimento para realização das entrevistas nos seus locais de trabalho e agendado um dia favorável para o processo.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são usuários cadastrados nas duas equipes indicadas pelos informantes-chave, composta por médicos cubanos do Programa Mais Médicos, atuantes na rede municipal de Saúde da Família do Recife.

Foram entrevistados 32 usuários ou usuárias com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família selecionadas e que tinham estado em pelo menos três consultas médicas, nos momentos de visita ao campo, no intuito de obter julgamentos mais abalizados. O momento *consulta* foi escolhido, em detrimento dos contatos em grupo ou acolhimento, por entender-se que se trata do espaço mais adequado e com mais tempo disponível para escuta, orientações individualizadas e consequente formação de vínculo.

4.3 COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, foram utilizadas *entrevistas não-estruturadas*, em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões+ (MINAYO, 2010, p. 262). A entrevista consiste numa forma de interação social e,

assim sendo, está submetida à mesma dinâmica existente na sociedade. Os dados subjetivos coletados constituem uma *representação* da realidade - ideias, crenças, opiniões, sentimentos, razões conscientes ou inconscientes sobre determinado fenômeno (MINAYO, 2010). Após a explanação sobre os objetivos do estudo, foi solicitado aos usuários entrevistados que comentassem sobre *como é o seu atendimento com Dr...+*. Um roteiro invisível serviu de orientação na condução da entrevista aberta, como um esquema de pensamento, com o cuidado para não cercear a fala dos entrevistados (APÊNDICE A) e permitir que questões relevantes e impensadas previamente emergissem das falas.

Os usuários elegíveis a participar, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos, foram abordados nas USF antes ou depois das consultas médicas. Segundo Kloetzel (1988), em seu trabalho sobre avaliação da qualidade de um serviço de saúde em Pelotas-RS, não parece haver diferença significativa entre os dados coletados no serviço de saúde e no domicílio. Seguindo as orientações gerais para a realização de entrevistas em pesquisa qualitativa (COUTO ROSA; ARNOLDI, 2006), respeitando a disponibilidade e a privacidade dos sujeitos, foi realizada gravação da entrevista para posterior transcrição.

As entrevistas foram realizadas pela autora principal com a colaboração de seis estudantes bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) da Universidade Federal de Pernambuco, três deles graduandos em Saúde Coletiva, dois em medicina e um em enfermagem. Os estudantes foram organizados em duplas para a entrevista, sendo um da saúde coletiva e um de medicina ou enfermagem, com o objetivo de se complementarem as habilidades, atitudes e conhecimentos prévios, diversos para cada formação. Todos os entrevistadores foram treinados em conjunto, em mais de um encontro, no sentido de qualificar e padronizar as abordagens e procedimentos. Foi realizado, ainda, um piloto da coleta de dados numa terceira USF do Recife sem relação com as selecionadas, que possibilitou dirimir as últimas dúvidas e aperfeiçoar o instrumento de coleta.

Em dois dias de campo, um em cada USF, pesquisadora e demais entrevistadores levaram consigo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (APÊNDICE B), lido e assinado pelos participantes antes do início da entrevista, e enfatizaram a contribuição que os participantes ofereceriam ao desenvolvimento da pesquisa.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática, observando o objeto, a maneira como as pessoas o relataram e sua implicação com ele (NAVARRETE; SILVA, 2009). Segundo Bardin (2011, p. 48), entende-se por análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Didaticamente, esta autora dividiu o processo de análise de conteúdo em *pré-análise*, *exploração do material* e *tratamento dos resultados*, *inferências* e *interpretação*, fases que foram seguidas no percurso analítico desta pesquisa. A primeira delas envolve uma *leitura flutuante* e organização propriamente dita dos dados e corresponde ao momento de desenvolver conceitos e ideias. A segunda refere-se à classificação e sistematização dos dados - refinamento do que foi estudado e compreendido, com operações de categorização e decodificação. A terceira, finalmente, diz respeito à *compreensão dos dados*. interpretação das transcrições das falas das pessoas sobre o objeto de estudo, considerando o contexto da coleta.

A análise temática foi o tipo de análise de conteúdo empregado, entendendo-se por *tema* a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2011).

Considerando o princípio da circularidade, um dos pressupostos básicos da investigação qualitativa que determina a inter-relação das fases da pesquisa

(SANTOS, 2009), a análise dos dados neste estudo desenvolveu-se em paralelo com a coleta. Enquanto se coletavam os dados, os áudios das entrevistas também eram ouvidos e, numa escuta atenciosa, foi possível perceber o momento em que passou a ocorrer redundância ou repetição nas informações, quando novas entrevistas pouco acrescentavam ao material já colhido. Desta forma, foram realizadas 32 entrevistas, transcritas literalmente (palavra por palavra). A leitura minuciosa resultou na identificação de 12 entrevistas, seis de cada USF, que permitiram a saturação da temática em questão. Neste sentido, como refere Fontanella *et al* (2011), a saturação teórica determinou o fechamento amostral e a coleta de dados foi interrompida.

Após leitura exaustiva do material selecionado, foram identificados nas falas dos informantes os núcleos de sentido relacionados ao objetivo da pesquisa. Num segundo momento, os dados foram ordenados e agrupados por suas similaridades em *vérbos*. Releituras foram realizadas até que não surgissem novos fatos e que a compreensão dos dados fosse suficiente. Então, os *vérbos* foram reconfigurados em temas e finalmente em uma ou mais categorias analíticas. O processo de categorização dos dados foi realizado com o auxílio do *software* NVivo 10.0, programa desenvolvido no intuito de facilitar a fase de categorização em pesquisa qualitativa, ao agilizar o agrupamento de dados semelhantes e sua codificação (GUIZZO, KRZIMINSKI e OLIVEIRA, 2003). O esforço analítico é papel desempenhado pelo pesquisador, mas o *software* possibilita melhor organização do trabalho na medida em que armazena os dados de forma acessível e permite a identificação de elementos comuns entre as entrevistas inseridas.

A discussão dos dados coletados e organizados está permeada por reflexões que a autora construiu a partir da experiência como supervisora do Programa Mais Médicos nos municípios de Igarassu-PE (dezembro de 2013 a maio de 2014) e Paulista-PE (junho de 2014 até a data atual) e avaliadora dos módulos de acolhimento do terceiro e quinto ciclos do Programa, em Brasília-DF (2013), Gravatá-PE (2014) e Beberibe-CE (2014).

4.5 MECANISMOS PARA ASSEGURAR RIGOR METODOLÓGICO / VALIDAÇÃO

O rigor metodológico e a qualidade do estudo foram assegurados a partir da escolha do desenho de pesquisa adequado à pergunta condutora e por meio de um processo criterioso de amostragem e de investigação prática e teórica. Sistemáticamente, esses processos foram revisados, para garantir que não houvesse erros tanto na técnica de coleta, quanto no trajeto metodológico da pesquisa, ou mesmo na escolha dos sujeitos investigados.

Para assegurar validade externa, seguiram-se as recomendações de Creswell (2007), que sugere a descrição detalhada do foco do estudo, da posição do informante, dos critérios de seleção dos participantes e do contexto nos quais os dados foram coletados (CRESWELL, 2007).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. Esta pesquisa é parte do Projeto *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo*, aprovado no Edital MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit N 41/2013 (*Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde*). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS-UFPE (número do CAAE: 30694814.1.0000.5208, parecer de aprovação n. 674.336).

Assim como todos os estudos que envolvem seres humanos, este trabalho poderia acarretar riscos aos sujeitos envolvidos . ainda que mínimos, como o constrangimento do participante durante a entrevista, por exemplo. As condutas adotadas durante toda a pesquisa foram no intuito de minimizar quaisquer danos às dimensões física, psíquica, social ou cultural dos sujeitos envolvidos, tendo em vista que os conhecimentos gerados a partir do estudo possam se reverter em bem-estar para essas mesmas pessoas.

No momento da entrevista, os sujeitos receberam o TCLE, que, assinado, autorizou sua participação na pesquisa. Foi realizada leitura dinâmica, em termos adequados à compreensão do interlocutor, antes de cada entrevista, a fim de que os sujeitos estivessem de fato esclarecidos ao assiná-lo. Nesse momento, também foram apresentados os riscos inerentes à participação na pesquisa, inclusive ressaltando-se a possibilidade de cancelar sua participação a qualquer momento, e garantido o sigilo absoluto de suas identidades. O Termo informa de maneira sintética o tema, a justificativa, os objetivos, os responsáveis e seus contatos (telefone e e-mail), o período do trabalho e a técnica de coleta de dados para a pesquisa. O TCLE constou de duas vias, uma arquivada com a pesquisadora e outra que ficou em posse do entrevistado.

Os nomes reais dos participantes da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios. Para facilitar a leitura da discussão, os usuários cadastrados na equipe A receberam prenomes com a letra A (Andréa, Amanda, Alice, Ana, Arthur, Ângela) e os cadastrados na equipe B, com a letra B (Bruno, Bernardo, Bento, Beatriz, Bianca, Bárbara).

4.7 VIABILIDADE

A realização da pesquisa se baseou na importância de compreender a percepção dos usuários sobre o cuidado praticado pelos médicos cubanos, que compõem a maioria dos profissionais estrangeiros que ingressaram no país a partir do Programa Mais Médicos. Como esse programa se justifica exatamente na necessidade de suprir demandas assistenciais da parcela da população brasileira usuária da atenção primária do SUS, entende-se ser relevante ouvi-los quanto ao cuidado que têm recebido.

Os resultados obtidos poderão gerar evidências acerca do sistema de saúde brasileiro, que podem vir a subsidiar a tomada de decisão da gestão pública em diversos níveis (municipal, estadual, federal). Espera-se também que os resultados da pesquisa possam colaborar com a compreensão sobre o modo com que as

mudanças no provimento da força de trabalho podem contribuir para a efetivação do SUS.

Como apresentado, o estudo está ancorado num projeto maior com financiamento do CNPq, o que viabilizou os custos do campo da pesquisa sem maiores dificuldades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 12 entrevistas selecionadas, seis em cada USF, foram cinco mulheres e um homem na USF A e três mulheres e três homens na USF B. A assimetria na distribuição quanto ao sexo reflete o predomínio das mulheres entre os usuários dos serviços de atenção primária, fato facilmente observável no dia-a-dia das unidades e descrito na literatura (BRITO, 2014; DIAS-DA-COSTA et al., 2011).

Em ambas as USF, houve dificuldade em encontrar locais adequados, que garantissem a privacidade dos sujeitos, disponíveis para realizar as entrevistas.

Os dados obtidos foram organizados em três núcleos de sentido, cinco temas e nove categorias (quadro 3). Ainda que as equipes indicadas como A e B tenham sido elencadas sob o critério de cuidados mais e menos próximo da integralidade, os dados foram semelhantes em boa parte das categorias.

Quadro 3 Núcleos de sentido, temas e categorias de análise

NUCLEO DE SENTIDO	TEMAS	CATEGORIAS
I . PROCESSO DE TRABALHO	ACOLHIMENTO E ACESSO	Acolhimento na contramão das novas formas de organização do cuidado. Contradições no acolhimento: práticas institucionais x práticas individuais.
	RESOLUTIVIDADE	Disparidade na solicitação de exames e encaminhamentos médicos.
II . RELAÇÃO MÉDICO-PESSOA-QUE-BUSCA-ATENDIMENTO	VÍNCULO	Entre o reconhecimento e a desconfiança no cuidado.
	OLHAR ABRANGENTE SOBRE O SUJEITO	Responsabilização e compromisso no cuidado.
		Aproximações e distanciamentos da integralidade na consulta. Valorização do contexto familiar e comunitário.
III . A RESPEITO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	REFLEXÕES SOBRE O PMMB	Impressões controversas sobre a presença de médicos cubanos no Brasil.
		Eficiência no diálogo entre médicos e usuários: comunicação para além da língua falada.

5.1 PROCESSO DE TRABALHO

5.1.1 Acolhimento e Acesso

5.1.1.1 Acolhimento na contramão das novas formas de organização do cuidado

Após uma fase de ampliação e reestruturação da rede de atenção primária da cidade nos primeiros anos da década de 2000, até 2012 a gestão da saúde do Recife adotou o modelo de atenção *Em Defesa da Vida*, que propunha repensar a forma de organizar a atenção à saúde desde os processos macro-estruturais até a micropolítica do trabalho em saúde (RECIFE, 2012, p. 6). A partir das diretrizes de *clínica ampliada, acolhimento e responsabilização e co-gestão*, a ideia era reinventar e reformular a clínica, saindo do ato prescritivo, da institucionalização e da medicalização na perspectiva de produzir saúde e sujeitos. Consistem em dispositivos desse modelo de atenção o próprio acolhimento, o matriciamento, a co-gestão dos processos, o apoio institucional, o apoio integrado ao território (AIT) e o projeto terapêutico singular (PTS) (RECIFE, 2012).

No presente estudo, verificou-se que, apesar de a terminologia ser conhecida dos usuários, sua concepção de acolhimento refere-se a um espaço de assistência médica, especialmente a situações agudas, distante do conceito relacionado à escuta qualificada das necessidades de saúde, que visa à identificação das intervenções de cuidado fundamentais e à formação de vínculo e responsabilização, como refere a Portaria Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). A maneira como relataram o acolhimento na USF leva a crer que se trata de um momento específico no cronograma semanal do profissional, em que atende a demanda espontânea; nos outros momentos do dia, não há fluxo definido na equipe ou na USF que garanta o atendimento em caso de urgência ou situações imprevistas, atribuição precípua dos serviços de atenção primária.

Acolhimento é assim: se a pessoa tiver doente, tiver com algum *pobrema*, se tiver com febre, se tiver sentindo dor de cabeça, assim, por causa da pressão, ela vem e atende. [õ] Eu acho que é assim... é como se fosse uma emergência [...], mas só durante o dia, como parte do atendimento. Mas não é todos os dias não. Tem os dias dela também. (Bianca)

Porque acolhimento não é ficha, ele é a pessoa de emergência. (Bento)

Na parte da manhã, se eu vier pro acolhimento, eu vou ser atendida [...]; mas se eu *vir* de tarde, eu não sei se vou conseguir um encaixe pra falar com ela, então vou direto pra UPA. (Bárbara)

Resultados semelhantes foram encontrados por Brehmer e Verdi (2010) em sua análise sobre acolhimento e acesso em USF de Santa Catarina. As autoras destacaram como o acolhimento foi subvertido em uma atividade programada para atenção à demanda espontânea, para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção. Tesser, Poli Neto e Campos (2010), por sua vez, observaram que, em USF que agregam várias equipes de saúde da família, o desenho de acolhimento único (para todas as áreas de abrangência, como ocorre na USF B) reafirma a tendência medicalizante do pronto-atendimento, já que se criam dois serviços, com lógicas distintas, na mesma unidade: um voltado para as intercorrências e outro para o cuidado continuado, promoção e educação em saúde.

Quando o acolhimento se reduz a um mero espaço assistencial na agenda, a tendência é um baixo grau de afiliação à unidade e a drenagem de situações de baixa complexidade para serviços destinados a outro fim, como ressalta uma usuária. Segundo Corrêa *et al.* (2011), que encontrou a mesma situação em estudo realizado em USF em Cuiabá, quando a atenção básica não funciona efetivamente como porta de entrada do sistema e os usuários precisam recorrer a outros serviços, compromete-se a relação de cuidado longitudinal e posterga-se a assistência necessária, o que resulta em desfechos menos favoráveis às pessoas que buscam atendimento.

É possível afirmar que o acolhimento da maneira que se processa na USF, centrado em consultas médicas e no ato prescritivo, contraria a compreensão de um dispositivo que visa à transformação do modelo de atenção à saúde e pouco colabora na produção de um cuidado integral, ainda que tenha sido formulado conceitualmente para esse fim.

5.1.1.2 Contradições no acolhimento: práticas institucionais x práticas individuais

Assim como Corrêa *et al.* (2011) e Souza *et al.* (2008) encontraram em seus estudos sobre acesso e acolhimento, os usuários de ambas as USF investigadas também demonstraram descontentamento quanto à forma de agendamento. Inclusive, elaboraram sugestões para superação do problema, com opções que se afastam do conceito da integralidade, como a distribuição de fichas ou a marcação realizada pelo agente comunitário de saúde. Na USF A, ocorre marcação para a médica quinzenalmente; na USF B, o cenário é ainda pior: um único dia para marcação de consultas médicas por mês. Em ambos os casos, as vagas são limitadas, distribuídas de uma maneira desatrelada das necessidades de saúde das pessoas, de seus riscos e vulnerabilidades e do próprio caráter dinâmico do processo saúde-doença: ninguém escolhe quando vai adoecer e esperar um mês para a consulta com o médico nem sempre é viável. Em virtude da limitação do acesso, as pessoas acabam se submetendo a situações de constrangimento.

Se a gente for pra casa, dá o medo da gente sair e chegar outra pessoa, e quando for *na hora* da marcação estar aquele tumulto, a gente termina perdendo. E pode ser que *a mais tarde* ela se conscientize e conte quantas pessoas tem [...] e dê as fichas, tá entendendo? Se der a ficha é bom, porque a gente vai pra casa. (Bárbara)

Eu acho assim, se a marcação é de tarde, quem chegasse de manhã ela entregava a ficha. Que a gente ia *em casa* pra fazer o almoço, depois voltava, mas tem que ficar até de tarde... Tem mulher que vem até com criança no braço, porque não tem com quem deixar, pra ficar até duas horas da tarde. (Bianca)

Você vai marcar pra tarde, você tem que chegar de 4 horas da manhã. Minha mulher chegou era quatro, era cinco, cinco horas. [...] Aí veio sem tomar café. Eu tomei café, aí vim render ela, tô aqui, tô no lugar dela até ela tomar café e botar um arroz no fogo, entendeu? [...]. Era duas vez no mês [a marcação pra] cada área, aí diminuiu pra uma. E só marca pra uma pessoa só [por vez, da família]. (Bernardo)

Como referem Brito-Silva (2013) e Corrêa *et al.* (2011), a falta de acesso compromete a finalização do cuidado e a garantia da resolutividade dos problemas dos usuários. A pesquisa realizada por Assis *et al.* (2010) na Estratégia Saúde da Família de município no interior da Bahia também revelou serviços de atenção básica com oferta restrita na porta de entrada e acesso às consultas como

responsabilidade da recepção da unidade, à semelhança do que se verificou nas duas equipes desta pesquisa. Outro achado convergente entre os estudos é a *ordem de chegada* como único critério para garantir agendamento para as médicas, não sendo consideradas as peculiaridades de cada usuário. Num sistema excludente, sem garantias para o atendimento, as pessoas chegam cada vez mais cedo na tentativa de conseguirem uma vaga.

A marcação agora, eu não sei o que aconteceu que agora só marca de 15 em 15 dias, antigamente era toda terça-feira, agora não, caiu pra de 15 em 15 dias, marcar. Aí tem que chegar aqui de cinco horas da manhã, mesmo morando aqui pertinho, tem que chegar aqui antes das cinco porque é muita gente pra ela. (Andréa)

A sensação de excesso de demanda também é apontada pelos usuários como um dos fatores que dificulta o acesso. Segundo as próprias equipes de saúde da família, o número de usuários adscritos é de 3784 pessoas na eSF A e de aproximadamente 4100 pessoas na eSF B. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) define que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Esta mesma Portaria recomenda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

O problema todinho é o posto que não tá sabendo administrar, né? [...] Eu trabalho à noite, larguei hoje de manhã, e quando eu cheguei aqui já tinha umas vinte e cinco pessoas. Aí não tem condições. [...] Antigamente pra gente conseguir uma ficha a gente pedia à agente de saúde e ela marcava. Hoje em dia não, a gente tem que vir aqui pra marcar. [...] Era pro prefeito botar a agente de saúde pra marcar as fichas. (Bento)

É praticamente unânime a responsabilização do posto, uma entidade indefinida, pela dificuldade de acesso. Apenas uma entrevistada parece atribuir à médica parte da responsabilidade sobre a garantia de acesso, o que faz sentido considerando o pressuposto de *cogestão* que emerge da clínica ampliada. Tesser, Poli Neto e Campos (2010) consideram que é a própria equipe que pode avaliar e decidir responsabilmente quais as ações mais indicadas àquela população, e para

isso se faz necessária uma cultura e espaços próprios para a organização do trabalho cotidiano, para realizar a cogestão entre demandas e diretrizes institucionais.

O *pobrema* não é ela, o *pobrema* é o posto, que é muita gente pro atendimento... Muita gente pro atendimento. O pessoal chega aqui 5 horas da manhã pra ficar até 2 horas [da tarde] esperando uma ficha. E tem gente que às vezes nem consegue. (Bianca)

No momento que eu venho, ela me atende bem. [...] Mas acho ainda que ela poderia melhorar em várias coisas. A marcação, que demora muito. É de 15 em 15 dias, e são poucas fichas pra comunidade. (Ana)

No contexto do Recife em Defesa da Vida, investiu-se na qualificação dos profissionais da rede municipal de saúde. Além da formação em massa de médicos especialistas em Saúde da Família, em 2006, financiada pela Secretaria de Saúde do Recife, em 2009 foi realizado um curso Introdutório para todas as categorias de trabalhadores do Saúde da Família, visando à compreensão dos pressupostos do novo modelo. Em 2012, o Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde ratificou as propostas do modelo de atenção vigente.

Entretanto, apesar do investimento em formação dos trabalhadores e da disseminação dos pressupostos e ferramentas do modelo *Em Defesa da Vida* experienciados na última década no município, nas equipes de saúde da família estudadas não se percebe uma postura de acolhimento como um arranjo tecnológico que busca entender as necessidades de saúde dos usuários e garantir acesso aos procedimentos importantes para a resolução de seus problemas. As passagens a seguir demonstram dificuldade de comunicação entre os membros da eSF B e entre esta e os usuários, falta de coesão no processo de trabalho e de comprometimento com um cuidado integral.

A médica do Otávio de Freitas passou pra médica daqui atender ele [filho com tuberculose], pra poder mandar o remédio pro SUS, pra mandar o *pobrema* dele pro SUS mandar o medicamento. Cheguei aqui, mostrei a receita à menina, [...] disse o que era, aí ela disse: %não, venha amanhã+ [...] eu vim na terça, cheguei na terça, não fui atendida; aí botei pra chorar... (Bianca)

Eu num sei quantas *ficha* vai ter e se eu vou conseguir [...] As atendentes às vezes nem *sabe* direito ainda se realmente vai ser só uma terça por mês, uma marcação por mês. Se for uma marcação por mês é mais complicado, eu mermo não gostei dessa história [...] Uns diz que é trinta *ficha*, outros diz que é quarenta, outros diz que

cinquenta, mas eu já perguntei à menina atendente ali, ela disse %eu não sei, porque eu tô deixando o livro sair da sala dela pra saber se realmente tem, se hoje é cinquenta fichas e se é só hoje [a marcação].+(Bárbara)

Eu perdi uma receita, que eu tomo remédio de pressão, e falei com um médico aí. Eu falei pra ele que tinha perdido a receita, [...] eu disse %mas o senhor num pode passar uma receita não? Tô sem o remédio de pressão e o senhor num pode passar uma receita?+ Ele disse %não, não posso, só no dia mesmo+. Quer dizer, o cara chega morrendo, aí você precisa de um remédio, uma receita, não vai, não passa. Por que não tá naquela data pra sua área. (Bernardo)

Especificamente quanto à participação de médicos no planejamento e coordenação de atividades coletivas ou gerenciais, Romano (2008) encontrou que, embora as considerem relevantes, normalmente esses profissionais não se sentem preparados para executar tais funções, o que propicia a valorização da lógica de atendimento focada numa prática curativa.

Não há dados suficientes para afirmar se as médicas cubanas nos serviços estudados agem com negligência ou são atuantes quanto à organização do modo de realizar o trabalho em saúde. Pode-se inferir é que as equipes em que estão inseridas reproduzem um processo trabalho excludente e descomprometido com as necessidades da população. Considerando a corresponsabilidade sobre o trabalho, as intervenções da gestão municipal junto às equipes, por sua vez, também não são suficientes para reorientar práticas e corrigir equívocos, com vistas à garantia do direito à saúde.

A despeito da dificuldade de acesso aos serviços ofertados nas USF pelas vias instituídas, verifica-se que as profissionais cubanas garantem junto a si o acesso dos usuários não-agendados em caso de necessidade. Trata-se de uma postura de acolhimento comprometida com as pessoas e suas histórias, dissonante do caos geral que é a marcação formal. Satisfeitos com a postura flexível e compreensiva das médicas, os usuários sentem que podem contar com as profissionais . e o vínculo torna-se inevitável.

Às vezes eu venho até sem marcar e consigo ser atendido *com* ela. Já basta chegar ali na frente e dizer que não marquei [...] mas fico lá sentado, aí no fim ela me chama. Duas vezes eu fiz essa consulta com ela, e ela atendeu ótimo. [õ] Toda vez que eu precisei, eu nunca fui pra casa sem me consultar. Desde que ela está aqui, eu nunca

fui pra casa com uma mão na frente e outra atrás não, sempre saí satisfeito com a consulta dela. (Arthur)

Eu vim de manhã, que eu *tava* marcado, e aí o que aconteceu? Eu não melhorei muito. E aí ela *tava* aqui à tarde ainda. E a própria doutora me atendeu. Tinha um pessoal dela marcado, mas ela me atendeu. Ela foi ver como eu *tava* lá fora, e disse assim: %Dá pra aguardar um tempo? Eu vou atender o pessoal que *tava* marcado e, no final, eu vejo você+. (Bruno)

As médicas cubanas parecem compreender a necessidade de acolher urgências e situações imprevistas comuns na APS e o praticam no cotidiano, aproximando sua conduta dos pressupostos da integralidade, mas esse exercício não repercute no processo de trabalho das equipes. Corrêa *et al.* (2011) também encontraram uma postura de acolhimento semelhante e restrita a um profissional da equipe, nesse caso ao enfermeiro. Nas duas situações, entretanto, o cuidado integral dos indivíduos e das famílias fica limitado, haja vista a importância do trabalho em equipe como um dos principais pilares para uma assistência integral e interdisciplinar na saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

A incongruência entre a prática de acolhimento da profissional e aquela verificada como regra na USF faz pensar sobre os motivos por que não ocorre socialização da maneira integral de orientar as ações de saúde dos profissionais. Presume-se que ou as médicas cubanas não disputam esse paradigma com os demais colegas de equipe . o que pode falar de uma inabilidade em lidar com outros poderes no coletivo de trabalhadores, haja vista que a equipe mínima em Cuba é formada somente por médico, enfermeira e técnico de enfermagem (HÜBNER; FRANCO, 2007) - ou o fazem, mas não encontram interlocutores interessados em implementarem mudança na acessibilidade e no processo de trabalho em geral.

5.1.2 Resolutividade

5.1.2.1 Disparidade na solicitação de exames e encaminhamentos médicos

Pode-se compreender resolutividade como a capacidade de solucionar problemas de saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade social e biológica (SILVA *et al.*, 2013). Tal conceito compreende aspectos relativos à demanda, à

satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contra-referência articulado, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população e aos aspectos culturais e socioeconômicos, entre outros (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Na atenção primária, a resolutividade está associada ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo e ao significado estabelecido na relação com o usuário, que sugere um encontro de sujeitos com o sentido de proporcionar satisfação aos envolvidos (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

É possível avaliar a resolutividade de um serviço de saúde a partir da análise de sua capacidade de atender à demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado (SILVA *et al.*, 2013). Alguns autores afirmam que grande parte dos encaminhamentos realizados por médicos da atenção primária não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis numa USF□, de maneira que a maior resolutividade da APS poderia reduzir a demanda por consultas em outros níveis de atenção e exames de maior complexidade (ALMEIDA *et al.*, 2013; MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Nesta pesquisa, um ponto que se destacou nos discursos dos usuários se relacionou à solicitação de exames e encaminhamentos a outros especialistas. Parece haver, na eSF A mais que na eSF B, uma tendência de a médica atender aos pedidos dos usuários sobre encaminhamentos e solicitação de exames. Não é possível afirmar, entretanto, se os exames são bem ou mal indicados.

Quando eu mostrei a dor no meu pé, ela disse que, quando eu fizesse o exame de sangue que ela pediu, todo problema que eu tivesse no meu corpo iria acusar no exame de sangue. [...] de tudo que a pessoa tiver precisando, qualquer tipo de tratamento que a pessoa tiver precisando ela vai e marca na agenda, passa receita, se for possível dá o encaminhamento. Tudo que a gente pede a ela, ela dá. (Andréa)

Percebeu-se um sentimento de satisfação nos usuários que conseguiram realizar exames ou receber encaminhamentos de suas médicas para outros serviços. Esse achado converge com as conclusões do estudo conduzido por Rosa,

Pelegrini e Lima (2011) em Porto Alegre, de que a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência está associada a encaminhamentos para atendimentos especializados e que resolutividade normalmente acompanha-se por satisfação do usuário.

Uma das falas relata a solicitação de um exame a despeito da segurança da médica quanto a sua não-indicação, por insistência da usuária. Essa conduta pode corroborar a tendência citada anteriormente, de requisitar exames e encaminhar conforme o desejo do usuário, ou indicar uma concessão feita em prol do processo de vinculação.

[...] meu menino tava com um problema de saúde, aí eu vim pra cá. Eu já tinha levado pra uma emergência, mas só o que passou lá não resolveu. A médica passou lá um medicamento, mas eu queria um exame detalhado, porque não tinha resolvido. Era problema de coluna que ele tava e depois tava com diarreia, vômito e outras coisas. [...] Eu voltei aqui pra ela, mas ela disse o que o médico tinha passado e que eu tinha que fazer o medicamento, e não prescreveu outro nem passou exame pra ele fazer. Disse que não precisava. Eu insisti, insisti, aí foi que ela passou o raio x pra ele fazer. (Ana)

Outra usuária referiu-se à expectativa de receber uma prescrição medicamentosa por uma médica cuja prática considera excelente, após receber somente orientação de mudança de estilo de vida de outro profissional, que a decepcionou. Apesar de se tratar de conjectura da usuária, é possível que a certeza de que passará a medicação seja produto das experiências prévias com a médica.

Tem médico que quando a pessoa vai e diz que tá sentindo isso, aí ele manda fazer uma caminhada, faça uma dieta+. Poxa, a pessoa vem pro médico pra ele examinar, avaliar, e o médico manda a pessoa fazer caminhada [...] Eu com problema de massa no sangue, gordura no fígado e ele não me passou um remédio. Eu tenho certeza que essa doutora, ela vai passar, com toda certeza. (Andréa)

Em seu estudo em uma USF no Sul do Brasil, Mattioni, Budó e Schimith (2011) também observaram que a prática desenvolvida cotidianamente privilegiava as tecnologias leve-duras para a realização do cuidado, sendo requisitado um número elevado de exames diagnósticos, muitos encaminhamentos a especialistas e utilização irracional de medicações. Ainda que a experiência da autora como supervisora do PMMB e avaliadora nos módulos de acolhimento do Programa

tenham deixado a impressão de que, devido à facilidade de acesso a exames e especialistas em Cuba, os médicos possam ter desenvolvido menos a racionalidade quanto a solicitações e encaminhamentos, segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos levou a uma diminuição de 20% no número de encaminhamentos a hospitais em todo país (BRASIL, 2014b).

Apesar da eSF B ter sido indicada como aquela cujas práticas menos se aproximavam do ideal de integralidade, paradoxalmente, todas as falas que referiram recusa ou limitação por parte da médica em solicitar exames ou encaminhar a outros especialistas ocorreram nesta equipe. Elas contêm uma tônica de insatisfação por parte dos depoentes, mais uma vez sugerindo associação entre essas ações e a qualidade do profissional e da consulta médica no imaginário das pessoas, como observado por Merhy, Franco e Magalhães Jr. em estudo realizado em 2003.

Minha mulher mesmo num gosta de se consultar com ela. [...] minha mulher outra vez que foi se consultar com ela, pediu um encaminhamento pra fazer fisioterapia, por que ela precisa, que ela tá com 65 anos. E ela não deu, não deu, passou medicamento. (Bernardo)

A gente pede a ela um exame, ela diz não, outra hora a gente passa aí não passa [...]. Eu disse a ela que eu queria fazer exame de cabeça, aí ela disse fica pra outra vez, aí a senhora vem e pega a ficha e fala comigo que eu faço. Mas ainda eu não consegui pegar a ficha. (Beatriz)

O estudo de Chehuen Neto *et al.* (2007), demonstrou que 55% dos indivíduos não acreditavam no diagnóstico médico baseado apenas na consulta e nos exames realizados no consultório e que 76,5% deles não retornariam a um profissional médico após uma consulta em que o mesmo não houvesse solicitado exames complementares. Para os entrevistados nessa pesquisa, o médico que solicita exames complementares é mais digno de confiança em relação aos que perguntam seguramente (33%) ou aos que os examinam no consultório (33,5%).

Esta situação está inserida numa racionalidade que supervaloriza exames e tratamentos farmacológicos (em detrimento de uma anamnese e um exame clínico bem feitos) (CHEHUEN NETO *et al.*, 2007) e evidencia a persistência de um modelo de atenção à saúde centrado no biológico e impulsionado pelo complexo médico-

industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde ao privilegiar as tecnologias duras na produção do cuidado (MATIONNI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011; MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003; SOUZA, 2014). Em um mundo globalizado e predominantemente capitalista, que atrela capacidade de consumo a status social, as expectativas das pessoas em relação aos profissionais de saúde que lhes consultam podem ser influenciadas na direção do desejo por exames, medicamentos e procedimentos.

O usuário como portador de necessidades de atenção curativa é representação comum entre os trabalhadores a respeito dos sujeitos que procuram os serviços de saúde (BREHMER; VERDI, 2010; MATIONNI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011). Este perfil de usuário, na verdade, é produto da historicidade social das concepções do processo saúde-doença e resulta das experiências dos próprios usuários em torno das práticas de saúde (BREHMER; VERDI, 2010; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). Se o modelo de atenção os desqualifica como protagonistas de sua saúde e os personifica apenas com características fisiopatológicas, destituídos de suas características subjetivas, esses sujeitos acabam reproduzindo os papéis a eles atribuídos (BREHMER; VERDI, 2010).

Por outro lado, a necessidade expressa de realizar exames ou consultar superespecialistas pode falar de um descrédito na prática médica de maneira geral e da falta de vínculo com aqueles de quem recebem assistência.

5.2 RELAÇÃO MÉDICO É PESSOA-QUE-BUSCA-ATENDIMENTO

5.2.1 Vínculo

5.2.1.1 Entre o reconhecimento e a desconfiança no cuidado

Segundo Jorge *et al.* (2011), formar vínculos favorece o cuidado integral por horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constroem laços afetivos, de confiança, respeito e a valorização dos saberes dos atores envolvidos. Trata-se de

uma ferramenta que envolve a construção de sujeitos autônomos e que, por isso mesmo, propicia o desenvolvimento da co-responsabilização sobre as ações em saúde, contribuindo para o aumento de sua eficácia (JORGE *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2010; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Durante o ato cuidador, o usuário tende a expressar seus problemas ao profissional de saúde em vários graus de profundidade, de acordo com o grau de confiança que nele possui (GOMES *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2010). O profissional, por sua vez, a partir de uma escuta qualificada, busca compreender os problemas e conceber respostas cabíveis para o caso. Essas orientações, entretanto, poderão ser ou não empreendidas pelo sujeito que procura ajuda, a depender do vínculo entre eles, ou seja, da credibilidade que dá ao profissional e da adequabilidade das recomendações, as quais mais acertadas serão quanto melhor for a capacidade de escuta (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

A indicação dos supervisores do Programa quanto às equipes cujas práticas médicas foram caracterizadas como mais e menos próximas da integralidade esteve em conformação com a presença e a extensão do atributo *vínculo*.

Na eSF A (melhor desempenho quanto à integralidade), os usuários demonstram confiança na profissional e reconhecem o papel desempenhado pela médica de família como coordenadora do cuidado, seja solicitando seu aval para tratamentos prescritos por outros especialistas, seja valorizando sua ciência sobre exames complementares realizados em outro nível de atenção.

Eu vou fazer um exame vascular e venho pra ela mostrar, tudo eu mostro a ela, exame de coração, tudo ela manda eu fazer e eu mostro a ela. Volto pra dizer, pra ela ver meus exames e o que eu fiz lá no especialista. [õ] ele [o especialista] me passou um remédio [õ]. Aí quando foi ontem eu disse que ele passou esse remédio e que tava tomando duas vezes. Ela disse que tá errado, disse que o remédio que ele passou é o bom, que ia passar ele mesmo, mas que tava errado a tomada, é um por dia, eu tava tomando dois. (Arthur)

Vim agora porque eu vim marcar o exame do menino e vou mostrar pra ela antes de mostrar pra minha pediatra, que eu tenho mais firmeza. (Ângela)

Pesquisando as tecnologias do cuidado no contexto da saúde mental, Jorge *et al.* (2011) encontraram que o vínculo se pautou na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores.

No presente estudo, também emergiram como indícios de uma vinculação adequada a certeza da disponibilidade da médica para a escuta em caso de necessidade e o desejo de que a profissional se aproprie ainda mais de seu contexto familiar, através de uma visita domiciliar, haja vista o potencial desta tecnologia em fortalecer o vínculo, como sugerem Corrêa *et al.* (2011).

Eu gostaria que ela visitasse a casa da gente, pelo menos uma vez. Só quem ela visita é hipertenso, pessoas de idade. Era bom que ela visitasse pra ver como é que tá a situação de saúde, porque ela vem acompanhando a gente, pra ver cada família como é que tá. (Ana)

Eu tenho certeza que se eu tiver e chegar aqui e contar que está acontecendo isso e isso, eu tenho certeza que eu vou ser atendida. Certeza mesmo. (Ângela)

A segurança sobre a capacidade técnica e a permanente atualização profissional foram citadas por Cunha e Giovanella (2011) como fatores essenciais para garantir o vínculo longitudinal entre médico e paciente. Na pesquisa de Brito (2014), com usuários atendidos por cubanos em Ceilândia-DF, 93% dos entrevistados revelaram que o médico transmitiu segurança profissional e 87% não duvidaram de sua competência técnica.

Nesta pesquisa atual, entre os usuários cujas falas indicam desconfiança sobre os conhecimentos e habilidades das médicas, prevalecem os da eSF B, apesar de estarem presentes nos dois cenários estudados. Além dessa insegurança, que parece surgir em decorrência da formação em outro contexto cultural e epidemiológico, outro elemento que influencia na manutenção de um vínculo ainda frágil, segundo os entrevistados, é o pouco tempo em que os profissionais estão atuando no território.

Num é como um médico que você realmente se consultava. Vamos supor, eu me consultava com um médico há 18 anos no Albert Sabin, né? Aí é outra coisa, né? Você tem uma confiança. Aí esse médico cubano eu *num* tenho confiança. [...] Mas acredito que seja um profissional né, mas eu *num* tenho confiança [õ]. É feito assim, vamos comparar, você tem um parente. Aí você tem um parente distante, e no caso chega pra morar com você. Você vai demorar a se adaptar com aquilo ali. A mesma coisa somos nós, quer dizer, eu da minha parte. Vai demorar muito pra eu pegar confiança nesse médico cubanoõ (Bernardo)

Ela escuta direitinho. Mas eu acho que ela sabe não, viu, os *pobrema* da gente. Acho que ela não entende, eu tenho certeza. [...] No olhar os exames da gente, pra mim tem mais coisa, mas ela diz que num tem. É porque num sabe, sei lá. [...] *num* dá porque ela num entende essas *doença* da gente aqui. (Beatriz)

Às vezes a gente pede um exame e a gente tá sentindo aquele problema e ela diz que não necessita passar. A gente pede, como no caso do menino, que precisava de raio x, ela disse que não precisaria. E as dores que ele tava também, não precisaria de uma ultra, por causa da idade dele. E às vezes, pra achar um problema, tem que fazer um exame, né? [...] Ela explica, mas às vezes eu sou bem persistente. Eu prefiro ver o bem estar do meu filho. [...] Se tá precisando, a gente tem que insistir, né? (Ana)

5.2.2 Olhar abrangente sobre o sujeito

5.2.2.1 Responsabilização e compromisso no cuidado

Viegas e Penna (2012, p.382) afirmam que vínculo implica em *responsabilização*, que significaria o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal+. A *co-responsabilização*, por sua vez, refere-se à parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, com vistas ao encontro de suas potencialidades na construção de atos terapêuticos e à melhoria da qualidade de vida do usuário (JORGE *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2012).

Usuários das duas equipes estudadas destacaram várias nuances positivas do compromisso que percebem na conduta das médicas cubanas, em relação à prática do cuidado ou ao trabalho que desempenham. Esse achado é similar ao da pesquisa de Brito (2014), em que 97% dos entrevistados atendidos por médicos

cubanos de Ceilândia-DF afirmaram perceber interesse do profissional em resolver suas demandas.

Segundo os usuários participantes neste trabalho, o senso de responsabilidade se estende desde o nível individual - as pessoas relatam sentir a preocupação da profissional em relação às decisões que tomam sobre sua saúde e quanto aos possíveis obstáculos que a divergência de línguas pode causar . até questões como assiduidade e pontualidade excelentes.

Uma vez eu cheguei aqui sem tomar o remédio, aí ela brigou comigo, que não era pra eu parar de tomar. %Saiu de casa, tome seu remédio, não deixe de tomar+. Ela cuida muito bem. Eu não tenho o que dizer dela. (Alice)

Quando eu não entendo, porque às vezes tem palavra que a gente não entende, ela pergunta três vezes: %entendeu?+. E se não entender ela chama a menina pra explicar, mas eu já estou tão acostumado com ela que ela fala comigo e eu já sei tudo. (Arthur)

[...] tá chegando no horário dela ir *simbora*, ela não deixa de atender aquele pessoal que tá pra ela, ela termina. [...] Ela só vai *simbora* quando termina o atendimento. (Bianca)

E é uma pessoa que passa todo o dia aqui na unidade, almoça aqui mesmo, fica aqui a tarde toda, atende no seu horário, não falta, é uma pessoa presente na unidade. Coisa que a gente não via com muitos médicos brasileiros, que vem aqui, atende, e depois vai embora pro seu consultório. (Bruno)

Documento base da Política Nacional de Humanização reforça a ideia de que para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde, garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores, reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de co-responsabilidade (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva de co-gestão, a preocupação em resolver a maioria dos problemas de saúde na atenção primária, utilizando os recursos disponíveis e encaminhando somente o necessário, também foi citada pelos entrevistados e demonstra a responsabilização das médicas com o bom funcionamento do sistema de saúde. Por outro lado, percebe-se que a capacidade de resolução de problemas e outras tantas potencialidades de um profissional bem formado podem ser subtraídas quando não estão disponíveis todas as tecnologias necessárias para o cuidado integral (SILVA *et al.*, 2013).

Ela passou um exame pra eu fazer, pediu pra eu marcar e disse: %Depois traga pra mim, pra eu ver+. Inclusive, quando eu passei por ela hoje, ela perguntou: %Trouxe o exame?+. [õ] Então, antes de ir pra um especialista, ela quer ver o exame, porque, às vezes, o problema pode ser resolvido aqui, com tratamento. Se não consegue ser tratado aqui, ela vai poder encaminhar. [õ] Inclusive, quando eu *tava* com um certo problema, ela quis, na hora, sair ligando pra o banco de leitos, pra tentar conseguir uma vaga pra mim. Aí eu até ri e falei pra ela: %Doutora, não é assim como você imagina. No Brasil, não é tão fácil. O paciente vir aqui, a senhora ver que ele *tá* numa situação difícil e tentar já conseguir um exame pra ele+. Não, aqui a gente tem que rebolar muito pra conseguir. (Bruno)

Alguns usuários usaram o termo "reclamar" para se referir ao que compreendem como manifestações de preocupação das médicas. Impossível afirmar se de fato a reprovação foi realizada em tom autoritário, acompanhada de uma prescrição sobre um suposto modo correto de proceder, do ponto de vista médico, ou se o termo foi usado em diferentes contextos enquanto simples maneira de expressão.

Ela reclama porque a gente não faz o pré-natal, quando tá atrasado, quando não faz exame de sangue. Ela se preocupa com os pacientes, porque geralmente as doutoras hoje em dia não querem nem se preocupar, mas ela se preocupa. Agradeço a ela. (Amanda)

Ela reclama às vezes porque eu venho só, porque eu não tenho mais idade de andar só. Eu disse: %Mas, doutora, é assim mesmo. Eu ainda saio pra trabalhar+. Aí ela fica reclamando que eu não tenho mais idade pra andar nessas condições. Ela é ótima pessoa. (Alice)

A experiência da autora como supervisora e avaliadora nos módulos de acolhimento do Programa Mais Médicos possibilita afirmar que não foram raros os momentos em que os médicos cubanos interviam de maneira prescritiva não-pactuada com a pessoa que busca atendimento. A fala abaixo ratifica essa impressão:

A doutora Maria [antecedeu a médica cubana] *mermo* dava um remédio que quando eu tomava a perna ficava era inchada, aí eu num tomo de jeito nenhum. E ainda continua dando aqui e eu digo que num quero, mas a doutora bota e eu levo. [...] %Mas tem que levar, mas tem que levar, tem que tomar+. Aí eu dizia: %Eu vou tomar um remédio que me prejudica? Como é que eu vou tomar um remédio que me prejudica?+(Beatriz)

Esse modo de conduta, entretanto, não parece ser exclusivo dos profissionais de Cuba. A exemplo, em seu estudo sobre as práticas dos médicos de família do município do Rio de Janeiro, Romano (2008) referiu a reprodução de um modelo de atenção tradicional, distante do paradigma da integralidade. Lopes e Ribeiro (2015) investigaram o domínio dos componentes do chamado *método clínico centrado na pessoa* em médicos de família integrantes de um serviço de referência em assistência e formação profissional em Porto Alegre e concluíram que as consultas realizadas não eram de fato centradas na pessoa. Esse método é apontado pela SBMFC e pelos autores acima citados como fundamental para o exercício de uma medicina de família de qualidade e sistematiza-se em seis passos, entre eles entender a experiência de cada pessoa com a doença, compreender a pessoa em sua complexidade biopsicossocial e construir com ela um plano de cuidado pactuado (SBMFC, 2015; LOPES; RIBEIRO, 2015).

Os autores enfatizam esse último componente, que corresponde ao terceiro passo do método, como fundamental para que se caracterize uma abordagem centrada na pessoa. Trata-se do entendimento conjunto entre o médico e a pessoa a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento. Segundo Lopes (2012), a partir da identificação dos papéis a serem assumidos por ambos os lados, o objetivo é a elaboração co-responsabilizada de um plano de manejo dos problemas.

Vasta produção acadêmica traz reflexões sobre a construção da integralidade no cuidado, questão que fundamenta a clínica ampliada e o método clínico centrado na pessoa, por exemplo, e que norteia as diretrizes curriculares na área da saúde e a formação de especialistas (SBMFC, 2015; BRASIL, 2014c). Entretanto, a despeito da afirmação de diversos autores a respeito da importância de construir um cuidado que promove autonomia, pautado nos pressupostos da integralidade e no respeito às decisões e contextos das pessoas que buscam atendimento, num país cuja história está marcada pelo paternalismo, é possível que as pessoas *sintam-se* cuidadas por médicos cuja prática está assentada num paradigma prescritivo e autoritário. Manter uma conduta que convida à co-gestão de riscos e compartilha a tomada de decisões torna-se, então, um grande desafio. A fala da usuária abaixo

ratifica o senso comum sobre o lugar que deve ser ocupado por ela mesma e pelo médico no processo de cuidar:

Se eu vou fazer uma consulta com ela, jamais eu vou trazer problema de casa pra ela porque ela é médica, ela tá ali para me atender e ver o grau da minha situação e não escutar minhas coisas. (Ângela)

5.2.2.2 Aproximações e distanciamentos da integralidade na consulta

Em ambas as unidades, a conduta das médicas foi elogiada quanto a outros aspectos relevantes na construção da integralidade do cuidado. As falas revelaram sua capacidade de incorporar prevenção e promoção da saúde em suas consultas ambulatoriais, um dos passos do método clínico centrado na pessoa, e de fazer desse encontro um momento de educação em saúde. Os usuários mostraram-se satisfeitos com a possibilidade de colocarem e obterem respostas às suas dúvidas, o que é novidade para alguns deles.

Se a gente traz um exame e quer saber mais um pouquinho sobre aquilo, ela vai, explica direito. Porque tem paciente que vai no médico e pede pra o médico explicar o exame e os remédios, quais são as reações e por quê. Se você chegar pra ela e perguntar, ela vai lhe explicar tudo direitinho e sem tá olhando no relógio porque tá na hora de sair. A gente não tinha nem acesso, tipo Dr. José* [antecedeu a médica na equipe] mesmo, se eu trouxer as coisas pra cá e pedir pra ele explicar, ele vai achar que é brincadeira. (Ângela)

Ela atende a gente bem, eu me sinto à vontade na sala ao lado dela, me sinto à vontade de fazer as perguntas que eu quero fazer... quando ela olha pra minha filha especial eu vejo que ela dá uma atenção [...] se eu tiver triste, com algum *pobrema*, alguma coisa que às vezes a gente quer desabafar na hora assim, eu vou falar [õ]. (Bárbara)

De fato, a literatura demonstra que não é raro que as consultas configurem encontros em que os anseios do usuário não são escutados. Mationni, Budó e Schimith (2011, p.268), em sua investigação sobre o exercício da integralidade numa equipe de saúde da família, referem que [õ] encontravam-se muitos usuários calados, receosos em manifestar suas dúvidas, desejos ou contraposições, em função do medo de represálias, ou de que lhes fosse negado atendimento+. Assis *et al.* (2010) também encontraram trabalhadores cujo olhar se restringia ao problema apresentado de pronto na consulta, sem considerar movimentos capazes de

identificar outras questões subjacentes, o que resultava em condutas pouco resolutivas e pautadas em procedimentos.

Os entrevistados nesta pesquisa, ao contrário, destacaram a capacidade de escuta qualificada das médicas cubanas, a adequada atenção a eles dispensada na consulta e o olhar ampliado sobre o sujeito, com propostas de intervenção que se estendem do nível individual à família. Esses resultados convergem com os da pesquisa de Brito (2014), em que 100% dos usuários atendidos por médicos cubanos entrevistados em Ceilândia-DF (243 pessoas) referiram profissionais gentis e respeitosos, 98% relataram liberdade para se expressarem na consulta, 89,7% tiveram suas dúvidas esclarecidas pelo médico, 67,1% referiram explicação por parte do profissional sobre o motivo da solicitação de exames, e 70,8% dos usuários relataram terem sido orientados sobre medicações prescritas.

O compartilhamento do cuidado com os demais membros da equipe também é um dado discordante dos resultados descritos nos estudos de Viegas e Penna (2013), Assis *et al.* (2010) e Romano (2008), os quais encontraram um trabalho em saúde ainda baseado em hierarquia e subordinação ao médico, cujas consultas ocupam lugar central entre as práticas de saúde.

Ela já marcou um exame de dentes pra mim, ela me examina direitinho, ela já sabe quantas consultas [de pré-natal] eu já tenho porque eu tava um pouco atrasada por conta de onde eu morava e aqui ela está legalizando tudo. Vacina dos meus filhos, que tava desorganizada e ela tentou organizar. [...] Eu não sabia nem com quantos meses que eu tava, sabe? Porque lá na Policlínica que eu tava fazendo não explicou nada direito. Quando eu vim pra ela, ela já disse na certa quantos meses eu tava, ela é uma doutora ótima. (Amanda)

Ela soube ouvir. Porque eu acho que um médico, além de prescrever um receituário, além de saber o seu problema e tentar arranjar uma solução, ele tem que ouvir o paciente. A gente já sabe que tem um sistema de saúde tão degradante, tão deficiente, na realidade, que quando a gente chega pra uma consulta, depois de meses pra marcar, a gente espera ser ouvido pelo médico também, ser escutado. (Bruno)

Segundo Bastos e Fasolo (2013), um maior tempo de consulta está associado à melhor qualidade do atendimento, incluindo melhor anamnese e melhor explicação sobre problema e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como à verificação do médico sobre a compreensão do paciente e à sua participação na

consulta. Gomes *et al.* (2012), por sua vez, encontraram correlação entre satisfação e maior duração da consulta.

No presente estudo, o tempo estendido de consulta em relação às experiências prévias dos usuários foi apontado como um diferencial, em comparação com outros estudos, os quais revelaram consultas extremamente rápidas que impossibilitavam considerar problemas subjacentes à queixa trazida de pronto (ASSIS *et al.*, 2010; ROMANO, 2008).

Os usuários de ambas as USF descreveram uma consulta em que escuta qualificada, exame físico e orientações são possíveis. Em sua pesquisa realizada com usuários atendidos por cubanos em Ceilândia-DF, Brito (2014) encontrou que 81% dos entrevistados referiram tempo de consulta maior ou igual a 15 minutos, tempo em que é possível realizar uma abordagem centrada na pessoa (GUSSO; POLI, 2012) e está de acordo com as regulamentações sobre tempo de consulta médica no Brasil, de 14 pacientes num período de 4h (CREMEPE, 2005; CREMERS, 2011). Na referida pesquisa, 95% dos usuários consideraram o tempo de consulta suficiente para seus objetivos.

%Calma+ e %paciência+ foram termos associados às médicas devido ao desenvolvimento de uma consulta com espaço para escuta, exame e orientações, ainda que estas configurem características essenciais no encontro de cuidado (LOPES, 2012). A associação da médica a uma *psicóloga* ratifica a representação social comum a respeito do profissional médico, como encontrado por Romano (2008) em seu estudo com médicos de família e comunidade no Rio de Janeiro: um profissional que não valoriza as subjetividades e normalmente não disponibiliza tempo para escutar os verdadeiros problemas que levam as pessoas a procurá-los.

Ela escuta a gente conversar com ela, falar os problemas da gente. Ela aconselha como é que a gente toma remédio. O que a gente tem de comer. Ela atende a gente bem. Não é só olhar e escrever não. (Alice)

Ela faz tudo isso, escuta, tira a pressão, pergunta como tá, como tá os remédios, como tá o seu alimento, tudo isso. Muito paciente, um tempo muito bom, não chega aqui correndo. [...] Tem gente no salão que fica reclamando, mas [...] eu já estou acostumado, eu sei que o tempo dela é longo, mas a gente sai bem atendido. Consulta tudo de primeira classe. (Arthur)

Quando eu sento no consultório dela pra conversar com ela, eu me sinto como se tivesse vendo uma psicóloga. O atendimento dela é assim, ela é muito calma, ela tá pronta pra responder qualquer pergunta que você faça, qualquer dúvida. (Ângela)

Ainda que a maioria dos usuários tenha relatado satisfação com as consultas realizadas pelas médicas cubanas, na USF B dois deles trouxeram pontos de vista diametralmente opostos aos relatados até agora. Rosa, Pelegrini e Schimith (2011) referem que a alta satisfação verificada por parte dos usuários, especialmente dos serviços públicos de saúde, poderia ser influenciada pela relutância em expressar opiniões negativas, tanto pelo medo de perder o acesso ao atendimento, quanto pela relação de dependência com os profissionais.

Você tem que pedir pra medir a pressão, tá entendendo? Aquela coisa toda, você tem que pedir um exame. Num é uma médica assim de dizer %az tempo que o senhor fez um exame?+q né? (Bernardo)

Ela afere pressão não, essa menina. Ela nunca mediu pressão minha não [...]. A gente tá sentada aqui, e ela aí. A gente vai dizendo e ela vai escrevendo ali, vai escrevendo e aí pronto. Ela vê ali o remédio que eu tomo, aí ela vai e passa o remédio só. [...] Ela vê o papel ali que a gente dá pra ela olhar, %eus exames tá tudo certo+. Aí entrega e a gente vai *simbora*. É assim. (Beatriz)

Paradoxalmente, os relatos desses dois usuários demonstraram uma capacidade de escuta deficiente, ainda que seu descontentamento esteja relacionado à frustração de uma expectativa mais positivista a respeito da consulta médica. De qualquer forma, conforme já discutido, a conduta prescritiva sem pactuação do plano terapêutico demonstra desrespeito à autonomia e à capacidade do sujeito de tomar decisões sobre sua própria vida. Silva *et al.* (2013) observam que, quando há desrespeito a esses pressupostos, é inevitável uma redução importante na resolutividade dos problemas de saúde.

5.2.2.3 Valorização do contexto familiar e comunitário

A influência do contexto social, incluindo família e comunidade, no processo saúde-doença já é ideia consolidada na saúde coletiva (CECILIO, 2009; SILVA;

SILVA; BOUSSO, 2011). Compreender o caráter *coletivo* desse processo significa apreender o indivíduo no seu universo estruturado de práticas sociais e reconhecê-lo como ser social que se transforma e é transformado continuamente, por meio das relações com os outros indivíduos e interações com o meio (BACKES *et al.*, 2012).

Para Silva, Silva e Bousso (2011), *saúde da família* é um conceito diferente de saúde dos membros da família. No modelo biomédico de atenção à saúde, o atendimento à família verifica-se em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, raramente sendo vista como unidade que necessita de avaliação e intervenção. Atuar tendo como objeto do cuidado a família, portanto, é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença para os referidos autores.

Segundo os usuários entrevistados, ambas as profissionais estendem o olhar do indivíduo à família e à comunidade. Reconhecem e orientam a respeito de ações intersetoriais (Bolsa Família) e manifestam interesse sobre a vida na comunidade.

Eu comecei a conversar com ela sobre minha situação que eu estava enfrentando, e ela começou a conversar sobre algumas coisas comigo, pra tentar tirar alguma coisa, de avaliar a formação familiar, o convívio social. [õ] Comecei a conversar sobre os trabalhos sociais da comunidade, ela começou a gostar, a fazer várias perguntas. Como eu já sou bem antigo na comunidade, de liderança na comunidade, ela começou a perguntar como era o trabalho aqui, a assistência que as pessoas dão. (Bruno)

Ela disse pra mim que se o cartão de vacina dos meus filhos não estivesse em dia, pra eu falar com ela. Eu acho que ela não cuida só de gestante, eu acho que ela deve ter cuidado em outras coisas com crianças. Ela me falou que meu filho era problemático e eu não sabia, aí ela marcou psicólogo pra ele e ele tá em acompanhamento. Ela também me explicou que no Bolsa Família, se eu não tivesse com as vacinas em dia, eu não receberia. Porque nos outros cantos não me explicaram nada disso. (Amanda)

Analisando documentos norteadores da ESF, Silva, Silva e Bousso (2011) encontraram que o conceito de família não é evidenciado. São descritas ações envolvendo a família, com enfoque para a orientação e vigilância à saúde, mas não se discutem as maneiras de abordá-la, a fim de atender a suas necessidades como sistema ou unidade de cuidado. Somado à falta de estudos que foquem na atenção familiar prestada pelas equipes de saúde da família no Brasil, isso pode justificar em parte a dificuldade de encontrar profissionais qualificados para realizar uma abordagem integral nesse quesito.

Neste estudo, em relação ao cuidado praticado pelas médicas cubanas, as entrevistas demonstraram que não parece haver restrição da assistência a nenhum grupo populacional específico. Em conformidade com o que Melo *et al.* (2014) encontraram em Minas Gerais . onde 87,6% e 76,4% dos médicos do Saúde da Família atendiam gestantes e puérperas, respectivamente. as cubanas realizam pré-natal e atenção a crianças em suas unidades, o que colabora na construção de um cuidado integral à família.

5.3 A RESPEITO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

5.3.1 Reflexões sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil

Dado o pouco tempo de instituição do Programa, foram escassos os estudos obtidos para oferecer suporte consistente à discussão nesse tema específico. Na revisão, foram encontrados diversos editoriais, artigos de opinião, entrevistas, documentos oficiais, reportagens, comunicações institucionais, porém poucos trabalhos acadêmicos. Entre os disponíveis, sobressaíram-se em quantidade os trabalhos de conclusão de curso de graduação ou especialização e algumas dissertações de mestrado do último ano, que podem não ter sido publicadas ainda considerando o fator tempo; em periódicos científicos, encontraram-se somente dois artigos que tratavam especificamente sobre o Programa.

Dentre as produções revisadas, a maioria era constituída de análises políticas sobre o Programa (conjuntura, formulação, implantação, impactos iniciais), mais algumas análises de discurso dos atores envolvidos e das representações midiáticas. Até o momento da redação final da dissertação, apenas uma referência incluía trabalho de campo, nesse caso envolvendo aqueles mais diretamente implicados com o Programa, os usuários.

5.3.1.1. Impressões controversas sobre a presença de médicos cubanos no Brasil

Em pesquisa realizada por Brito (2014), sobre satisfação dos usuários acompanhados por médicos cubanos em Ceilândia-DF, mais de 95% dos entrevistados demonstraram estar satisfeitos e se posicionaram a favor do Programa; 83% deles avaliaram o atendimento do médico cubano como excelente ou ótimo e 91% atribuíram nota oito ou maior à assistência recebida. Os três principais argumentos para ser a favor da presença de profissionais estrangeiros no Brasil, que somam juntos 58% dos motivos encontrados, relacionam-se à falta de médico e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Contrastando esses resultados com os dados da pesquisa Datafolha, de agosto de 2013, em que uma cifra de 54% dos mais de 2600 participantes se mostraram favoráveis à vinda de médicos estrangeiros ao país (em sua maioria homens jovens, com escolaridade até o nível fundamental e residentes na região Norte) (DATAFOLHA, 2013), pode-se inferir que o aumento na aprovação do Programa tenha justificativa na boa prática que vem sendo desempenhada pelos médicos aos olhos da população.

Embora não tenham sido questionados objetivamente a respeito de sua posição sobre o Programa ou Projeto Mais Médicos, os usuários participantes do presente estudo muito frequentemente trouxeram suas análises espontâneas. Em ambas as USF, a maioria dos que o fizeram relataram a boa surpresa que tiveram com as médicas cubanas, apesar do receio inicial em serem atendidos por um profissional estrangeiro.

No começo, eu até tive um receio. Pensei: %Boxa, vou ser atendido por um médico cubano, não conheço, não sei a índole, a forma que eles trabalham+. Já vi várias entrevistas, várias reportagens, na mídia aí fora. Aí fiquei meio receoso, né? Mas aí quebrei aquele gelo e na primeira vez que fui marcado pra ela, fui bem atendido, bem recebido por ela. [õ] vi que era totalmente diferente do que eu tava imaginando. [...] pra você ver a vontade dela fazer o serviço. Ela vir do país dela pra uma terra estranha prestar um serviço de qualidade. (Bruno)

É cubana né? Aí eu até pensei que num desse certo, fosse assim uma médica diferente e num atendesse a gente direito. Mas ela atende muito bem, ela é muito, muito boa. Quando a gente entra na sala, ela escuta a gente, atende direitinho, tem paciência, *explica* como é... (Bárbara)

As entrevistas também evidenciaram uma leitura crítica a respeito dos alardes da grande mídia sobre o provimento com médicos cubanos. Além do

reconhecimento, nos médicos brasileiros, de uma formação elitizada e distante da realidade e necessidades das pessoas, apareceram elementos de reflexão acerca da xenofobia e intenção de reserva de mercado demonstrada por alguns grupos da categoria médica, como Souza (2014) discutiu em sua análise sobre o discurso da corporação médica veiculado pelo *site* Portal Médico do Conselho Federal de Medicina.

[...] eles trabalham com vontade, eles gostam da profissão deles. [...] É porque assim, só porque os coitados são cubanos que o povo quer agitar e dizer que eles vieram pra tirar a vaga. [õ] Eu vou dizer que não presta só porque é cubano? [õ] e pra colocar uma médica pra empinar o nariz e não olhar na sua cara, não, né? Eu não sou invisível. [õ] Eu acho que o jeito que eles são com um, eles são com todos, independente de como vem vestido, com o menino gritando e cheirando a cocô [...] A gente mora em córrego, em morro, a gente é muito discriminado. Se chegar uma pessoa aqui de carro, bem vestido, *sai* todos os médicos para atender, e ela [a médica cubana] não, ela atende todo mundo, o atendimento é o mesmo. (Ângela)

Ainda que a comparação entre atendimentos por médicos brasileiros e cubanos não tenha constituído um dos objetivos desta pesquisa, em diversas oportunidades os usuários que apoiavam o Programa Mais Médicos registraram sua insatisfação com a assistência que outrora recebiam por profissionais locais. Pouco tempo para investigação do problema trazido à consulta, escuta desqualificada, assiduidade e pontualidade comprometidas e baixa empatia foram algumas questões identificadas no atendimento dos profissionais brasileiros que levaram ao descontentamento dos usuários.

A gente chega numa unidade, o médico olha e já diz o que você tem. Infelizmente, é isso que a gente vê aí hoje em dia... (Bruno)

[...] o atendimento era muito mau, a gente chegava, se sentava e já tava se levantando, não dava atenção, não escutava a gente, não furava um dedo pra saber diabetes õ (Arthur)

[...] porque o atendimento dos outros médicos que tinha aqui era só com má vontade, a gente só saía chateado, faltavam muito. O pior de tudo era o quanto *faltava*, ninguém nem sabia se *tava* de férias, o que tava acontecendo. E os cubanos pra mim é um exemplo. [...] pra ficar no que era, eu prefiro que não coloquem não. Eu acho que a maioria da população não ia querer não. O atendimento que tinha, pelo amor de Deusõ [...] é muito raro você achar um médico de posto que atenda e tenha respeito pelos pacientes. Eles são muito nariz empinado, eles não olham pra sua cara... (Ângela)

Na referida pesquisa realizada por Brito (2014), ainda que 70% dos usuários atendidos por cubanos em Ceilândia-DF tenham afirmado não ter preferência entre

ser atendido por um médico brasileiro ou estrangeiro (sinalizando que o mais importante é haver atendimento médico de qualidade, independentemente da nacionalidade do profissional), paradoxalmente, 75% deles relataram existir diferenças entre o atendimento realizado por médicos do Programa e por médicos brasileiros. A autora registrou 470 menções favoráveis aos médicos cubanos (incluindo maior atenção, interesse, interação com o paciente; maior tempo de consulta; melhor exame físico e esclarecimento na consulta, entre outros) e somente 15 aos brasileiros (incluindo a preferência por já conhecerem os profissionais / acompanhamento prévio e a comodidade devido ao uso do português).

Médicos latino-americanos atuantes em Portugal, entrevistados por Masanet, Hernández-Plaza e Padilla (2012) relataram perceber que seus pacientes os identificavam como profissionais com maior empatia, humildade e sensibilidade, e que tal conjunto de qualidades os diferenciava de seus colegas portugueses, descritos como profissionais que mantinham atitude de superioridade e menos flexível. Os entrevistados atribuíram seu trabalho qualificado à formação diferenciada na faculdade e à experiência de trabalho em contextos de exclusão social.

No presente trabalho, além da larga aceitação da presença de médicos cubanos relatada, também houve manifestações críticas ou contrárias aos profissionais estrangeiros em território brasileiro, todas colocadas por usuários cadastrados na eSF B. Diversos fatores foram indicados como justificativas ao repúdio, entre eles a impressão dos usuários de que os cubanos não compreendem bem o português e, portanto, suas necessidades; a preferência por médicos locais, que conhecem melhor o contexto cultural e epidemiológico em que a população está inserida; a ideia de que estrangeiros podem trazer doenças ao país; e o volume de recursos que o poder público está dirigindo ao Programa, o qual, segundo o entrevistado, deveria ser investido na formação de médicos no próprio país.

Ela chama as agentes de saúde pra falar pra gente, né? Para ver, explicar o que ela tá dizendo. Porque ela não sabe mermo. Essas *cubanaera* para ser nos *hospital* delas, não aqui. Nos postos delas lá onde ela mora. Mas aqui? [...] sinto que ela num deve ficar aqui não. Botar gente daqui mermo, não de longe. (Beatriz)

Pernambuco mesmo está precisando dos médicos daqui mesmo. Não só aqui nos postos, mas nos hospitais. [...] brasileiro eu acho que já conhece Pernambuco, já conhece o Brasil, já sabe da doença, *né?* E às vezes quando a pessoa vem de fora,

aí traz doença, né? [õ] Cubano, quando ele vem pra cá, é uma dificuldade, tem que o governo ensinar. Tem que botar umas pessoa pra trazer. Aí eu acho que já é gasto de dinheiro pra resolver outras coisas. [...] se investisse mais em Pernambuco, sobre médico, sobre pegar vocês mesmo daqui e levar pra estudar, tá entendendo? (Bento)

Os usuários entrevistados deram sinais de que não compreendem de fato as prerrogativas do Projeto, muito menos do Programa Mais Médicos. Mais grave, Fonseca *et al.* (2012) apontam que inúmeros estudos evidenciam a falta de conhecimento da população sobre o que significa o próprio SUS, seus princípios e diretrizes. Na pesquisa conduzida por essas autoras no Rio Grande do Norte, por exemplo, os usuários reconheceram o SUS como %o cartãozinho dado para as pessoas pobres que não podem pagar uma consulta médica+ (FONSECA *et al.*, 2012, p.458).

Nesse mesmo sentido, a fala abaixo demonstra desconhecimento sobre a atenção primária e seu papel na rede de assistência à saúde, sobre a lógica da territorialização e sobre a distribuição dos serviços de saúde em níveis ascendentes de complexidade no que se refere a tecnologia dura.

[...] porque antes dessa mudança do prefeito, você se consultava em qualquer posto. Aí hoje eles diz %mais médicos para sua casa+. Você é obrigado a passar por aqui. [...] Se você quer outro médico de outra especialidade, um ortopedista, e outros e outros, urologista e etc., não tem, aí você tem que passar por aqui pra pegar um encaminhamento, pra você aguardar um mês, até dois meses, até três meses. [...] você tem que se consultar aqui no posto, você tem que morrer aqui! [õ] eu moro aqui há 30 anos, eu vim, vim me consultar nesse posto agora há pouco depois dessa mudança que houve, desses medicovim pra cá, entendeu, depois desse %mais médico perto da sua residência+. (Bernardo)

Assim como os argumentos levantados pelos usuários que preferiam ser atendidos por médicos brasileiros na pesquisa de Brito (2014) (quais sejam: costume, convívio, acompanhamento prévio e conhecimento por parte do médico sobre o histórico do paciente), a insatisfação que o usuário acima citado atribui ao Programa, por não conhecer seus pressupostos, não tem raízes em problemas no atendimento com a médica. Na verdade, trata-se de uma indignação que parece estar mais relacionada aos problemas no processo de trabalho da USF, à organização do próprio sistema de saúde (territorialização, hierarquização, APS como porta de entrada) e às dificuldades da rede de assistência.

Duas reflexões emergem desta constatação. A primeira é que, apesar de as médicas terem formação específica em medicina general integral, com boa avaliação por quase a totalidade dos entrevistados quanto à capacidade de dedicar um olhar abrangente aos sujeitos sob seus cuidados, elas pouco puderam interferir no processo de trabalho das eSF em que se inseriram. Por exemplo, praticamente não houve mudança na acessibilidade ao serviço . a garantia de acesso às médicas, especificamente, se dá por vias que não resultaram da reflexão e amadurecimento da equipe sobre a necessidade de ampliá-lo.

A segunda reflexão, que decorre da primeira, aponta para o fato de que o provimento de médicos, isoladamente, tem impacto limitado na melhoria da assistência à saúde da população, seja devido à deficiência na formação dos demais profissionais de saúde (graduação, pós-graduação, educação permanente, etc.), seja pela própria restrição da resolutividade do médico em função da inexistência de uma rede de referências robusta e da dificuldade de acesso a exames complementares e recursos terapêuticos.

5.3.1.2 Eficiência no diálogo entre médicos e usuários: comunicação para além da língua falada.

Diversas evidências apontam a importância de uma boa comunicação entre médico e pessoa que busca atendimento para a produção de um cuidado integral e para a satisfação do usuário (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; DOHMS, 2011; MASANET; HERNÁNDEZ-PLAZA; PADILLA, 2012; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; LOPES, 2012).

Segundo Dohms (2011), para uma boa prática assistencial, é imprescindível a coleta adequada da história clínica . com exploração da vivência, dos modelos explicativos, dos itinerários terapêuticos . e o reconhecimento da agenda dos usuários, com intenção de elaborar um plano terapêutico compartilhado. Para isso, é preciso saber escutar e ceder, estar aberto para acordar e evitar uma relação de superioridade. Comunicar-se bem, portanto, constitui-se num grande desafio a ser vencido por profissionais de saúde, de acordo com a autora.

A divergência de idiomas falados por médico e paciente pode ser mais um complicador para o êxito da boa comunicação. A Organização Mundial de Saúde destaca as barreiras linguísticas como um dos maiores obstáculos para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade. Um nível de proficiência linguística suficiente para permitir que uma pessoa passe bem em situações cotidianas pode não ser suficiente para atender às demandas de uma consulta clínica (OMS, 2010b).

Em seu estudo sobre a competência cultural de médicos latino-americanos na prestação de cuidados de saúde em Portugal, Masanet, Hernández-Plaza e Padilla (2012) entrevistaram médicos uruguaios, cubanos e colombianos a fim de analisar suas representações e percepções sobre a própria prática profissional em relação às competências, funções e relações com os usuários. A barreira da língua foi uma das principais dificuldades referidas pelos participantes para o atendimento de certos grupos de imigrantes; segundo eles, entretanto, a atitude empática ajuda a ultrapassar esta barreira, por meio da maior disposição e esforço na comunicação não-verbal, como através de gestos e desenhos.

No mesmo sentido, Caramelli (2013) relatou três trabalhos em que a barreira da língua foi associada a piores desfechos em saúde: i) o estudo de Todd *et al.* (*The Journal of American Medical Association* . *JAMA*, 1993), que demonstrou que brancos hispânicos com fraturas de ossos longos tinham o dobro de chance de não receber analgésicos num centro de emergência, em relação a brancos não-hispânicos; ii) a pesquisa de Manson (*Medical Care*, 1988), que relatou menor aderência ao tratamento e o triplo de faltas às consultas de seguimento nos casos de pacientes de língua estrangeira com asma; iii) e, finalmente, o estudo de David e Rhee (*The Mount Sinai Journal of Medicine*, 1998), em que se observou menos explicações sobre efeitos colaterais de medicações e menor satisfação com o cuidado médico, para usuários com pouco domínio do idioma inglês.

Entretanto, no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil, nesta pesquisa, a maioria dos usuários de ambas as USF estudadas referiu uma comunicação eficiente com as médicas cubanas. Negaram problemas para compreender as orientações e sentiram a profissional realmente preocupada em se fazer entender, o que causa a impressão de compromisso das médicas com o cuidado.

[...] porque quando ela vai falar alguma coisa pra gente, que às vezes fala um pouco rápido, por causa da língua dela, aí ela diz assim: 'compreende?'. Então, ela pergunta novamente, porque ela não quer o paciente sair da mesma forma que entrou, com as mesmas dúvidas que entrou... (Bruno)

Você vê, eles são cubanos, mas assim, a diferença deles é só a fala que é um pouquinho diferente. Que a gente sabe que eles não são daqui por causa da voz, mas dá pra gente entender direitinho. Não tem dificuldade nenhuma de entender. (Ângela)

Os resultados encontrados por Brito (2014) foram semelhantes, e mostram que para 82% dos usuários entrevistados a linguagem usada pelo médico foi compreensível; para 92% deles, o idioma não influenciou na consulta e para 85%, que a divergência na língua não incomodou. De maneira semelhante ao encontrado no presente estudo, esses participantes também relataram a preocupação do médico em ter-se feito entender pelos pacientes, perguntando repetidas vezes sobre sua compreensão.

Ademais, em ambas as equipes estudadas, usuários destacaram a capacidade de adaptação e a dedicação em aprender as minúcias da língua e o contexto cultural local por parte das médicas cubanas.

Pra mim ela não teve diferença nenhuma dos médicos daqui. Em relação à língua, diferença não tem, eu achei que antes dela vir pra cá, ela já estava em algum outro hospital por aqui. Por causa do jeito dela de falar, até do jeito brasileiro da gente. O estudo dela em relação às comidas, a tudo. (Ângela)

Eu pude ver que eles estudaram bem a nossa linguagem e a forma de tratamento. No início, eu pensei que ia ser muito complicado. Poxa, vou falar com um cubano, não vou ter um estudo sobre as outras línguas e tal. Mas assim, eles falam um português, talvez até um portunhol, não sei, mas a forma com que eles falam é bem nítido. Eu consigo entender. (Bruno)

Entre todos os entrevistados nesta pesquisa, somente uma usuária revelou dificuldade na comunicação com a profissional, o que atribuiu ao seu baixo grau de escolaridade. Ainda que os usuários participantes da pesquisa sejam moradores de comunidades com baixos índices socioeconômico e de desenvolvimento humano no Recife, é sabido que os índices de analfabetismo são maiores no interior que na capital e na população idosa, de cor parda/negra e do sexo feminino (PERES, 2011).

É possível supor, portanto, que em regiões mais afastadas dos grandes centros, principalmente nesse recorte populacional, a comunicação entre médicos cubanos e usuários não se dê com a mesma eficiência que foi encontrada neste estudo. No estudo de Brito (2014), os usuários idosos foram os que mais relataram dificuldades na compreensão da linguagem do médico.

Ela trata a gente bem. Se eu disser que ela trata a gente mal, eu tô mentindo, né? Só que ela não entende muito a fala da gente [...] Tem esse povo que sabe ler, né? *Mai* eu num sei ler. *Mai* quem sabe, entende um pouquinho; *mai* quem num sabe, num entende nada. (Beatriz)

Miranda, Feliciano e Sampaio (2014), atentam para o fato de que a dificuldade de comunicação com usuários com baixo grau de instrução também é realidade nas situações em que não há conflitos relacionados ao idioma. Em seu estudo em hospital-escola no Recife, essas autoras observaram que os médicos possuíam dificuldades na comunicação relacional com pacientes de baixo nível de escolaridade, prejudicando o vínculo entre ambos, particularmente quando o encontro estabelecido é do tipo *de curto prazo*. Nesses casos, as autoras observaram que os médicos podem assumir gestos formais e distantes, pouco receptivos, facilmente percebidos pelos pacientes como descaso, contribuindo para a dificuldade na obtenção de informações e, conseqüentemente, levando a um diálogo mal-sucedido.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou trazer elementos à compreensão da percepção dos usuários acerca da integralidade do cuidado praticado pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no cotidiano dos serviços da Estratégia Saúde da Família em que estão inseridos. A abordagem qualitativa possibilitou, com profundidade e riqueza de detalhes, a caracterização do encontro entre os sujeitos protagonistas do cuidado, a análise do processo de trabalho nos serviços, segundo os atores em questão, e a aproximação das representações sociais produzidas por esses usuários em torno da figura do médico cubano.

A metodologia empregada buscou evidenciar as principais diferenças entre uma equipe cujo trabalho médico estivesse calcado nos pressupostos da integralidade (eSF A) e uma equipe cujas práticas deles se distanciassem (eSF B), segundo o olhar de informantes-chave, com o objetivo de sinalizar quais os nós críticos para o desempenho de uma práxis que se aproximasse do cuidado integral. Foi possível perceber que os critérios intrínsecos utilizados pelos informantes convergiram com os pressupostos discutidos neste trabalho como indicativos de integralidade, pois ainda que os relatos dos usuários cadastrados em ambas as equipes tenham sido convergentes em boa parte das categorias de análise, quando houve dissenso nos dois cenários, as avaliações positivas referiram-se à eSF A e as desfavoráveis, à eSF B. Tais discrepâncias surgiram quanto aos seguintes aspectos: impressão do acolhimento como espaço de assistência (percepção dos usuários da eSF B), condutas díspares adotadas pelas médicas sobre a solicitação de exames e encaminhamento a outros especialistas, consultas com características divergentes dos pressupostos da integralidade na eSF B, confiança e reconhecimento da coordenação do cuidado como elementos de destaque somente na eSF A e ideias de oposição ao PMM apenas entre entrevistados na USF B.

A respeito do acolhimento na eSF B, os usuários pareceram concebê-lo como um espaço de assistência médica voltado a situações agudas. Essa situação indicou uma tendência medicalizante das práticas de saúde no serviço, aproximando acolhimento e pronto-atendimento e determinando um baixo grau de afiliação à

unidade, com drenagem de situações de baixa complexidade para serviços destinados a outro fim. Em ambas as USF, usuários queixaram-se da dificuldade de acessar as consultas médicas, principalmente devido à limitação do próprio sistema de agendamento, desatrelado das necessidades de saúde das pessoas, e à insuficiência do número de vagas em relação à população que demanda assistência. Entretanto, a despeito do processo de trabalho predominantemente excludente, com difícil acessibilidade aos serviços ofertados nas USF pelas vias instituídas, verificou-se que as profissionais cubanas garantiram junto a si o acesso dos usuários não-agendados em caso de necessidade, aproximando sua conduta dos pressupostos da integralidade.

Nos dois cenários estudados, a atuação das profissionais pareceu estar pautada no compromisso e na responsabilização pelo cuidado, e diversos relatos expressaram confiança e reconhecimento de seu papel na coordenação da atenção. Os usuários revelaram a capacidade das médicas cubanas em realizar uma escuta qualificada, incorporar prevenção e promoção de saúde às consultas e fazer desses encontros momentos de educação em saúde. Além da satisfação do usuário com um maior tempo de consulta, constataram-se também, na atitude das médicas, o olhar ampliado sobre o sujeito e o reconhecimento dos determinantes sociais no processo de saúde e adoecimento dos indivíduos.

Alguns relatos demonstraram vínculo ainda frágil com as profissionais, evidenciado pelo sentimento de desconfiança sobre a competência das médicas, haja vista a formação em outro contexto cultural e epidemiológico, e justificado também pelo pouco tempo em que atuam no território. Ainda que a maioria dos usuários tenha referido satisfação com as consultas realizadas pelas médicas cubanas, houve relatos que demonstraram escuta deficiente centrada na doença, com conduta prescritiva e sem pactuação do plano terapêutico, que indicam baixo investimento na promoção de autonomia do sujeito.

Apesar do receio inicial em serem atendidos por um profissional estrangeiro, a maioria dos usuários considerou a comunicação eficiente. As entrevistas evidenciaram reflexões críticas a respeito do discurso da grande mídia sobre o provimento com médicos cubanos, incluindo os temas de xenofobia e intenção de reserva de mercado demonstrada por alguns grupos da corporação médica. A

formação dos médicos brasileiros foi identificada como elitizada e distante da realidade e necessidades das pessoas, e alguns usuários registraram a insatisfação com a assistência que recebiam outrora por profissionais locais, justificada pelo tempo muito rápido de consulta, escuta desqualificada, assiduidade e pontualidade comprometidas e baixa empatia.

Também houve manifestações contrárias à presença dos profissionais cubanos em território brasileiro, justificadas na impressão de que os cubanos não compreendem bem o português e, portanto, suas necessidades; na preferência por médicos locais, que conhecem melhor o contexto cultural e epidemiológico em que a população está inserida; na ideia de que estrangeiros podem trazer doenças ao país; e no volume de recursos que o poder público está dirigindo ao Programa, o qual poderia ser investido na formação de médicos no próprio país.

Ainda que os médicos cubanos pareçam se utilizar de dispositivos de tecnologia leve para construir um cuidado alinhado à integralidade no âmbito restrito das consultas, experiência que precisa ser observada e replicada no Brasil, é possível perceber que o provimento de médicos, isoladamente, tem impacto limitado na melhoria da assistência à saúde da população. Para o futuro, com vistas à construção de um cuidado mais próximo do integral, é importante observar outros condicionantes, como a necessidade de uma rede de referências robusta, acesso a exames complementares e recursos terapêuticos e, principalmente, investir na mudança na formação de todas as categorias profissionais de saúde (graduação, pós-graduação, educação permanente, etc), considerando que a integralidade do cuidado só pode ser de fato alcançada ao reunir o olhar multiprofissional num agir transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ALCÁZAR, VRH; LABRADOR, MCP; ESPERÓN, J.M.T; DÍAZ, IEF; DELGADO, DAM; LUBIÁN, MCM. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. **Rev Cubana de Med Gen Integr**, v. 30, n. 3, p. 364. 374, 2014. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi10314.htm Acesso em: 02/05/2015
- ALCOLEA, E.G; CABRALES, R. L. Influencia de la Misión Milagro en la salud visual latinoamericana. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 36, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14/02/2014
- ALMEIDA, P. F. de; GÉRVAS, J.; FREIRE, J.M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada : paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 400. 415, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf> Acesso em: 20/03/2015
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E.D de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v.8, 1 ed., p. 61. 67, 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf> Acesso em: 28/03/2015
- ANDERSON, M.; RODRIGUES, R. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Rev bras med fam comunidade**, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/246/195> Acesso em: 12/02/2015
- ANDRADE, SR de; MELLO, ALSF de; LOCKS, MTR; MATTIA, D de; HOELLER, F; ERDMANN, AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc Anna Nery Rev Enf**, v. 17, n. 4, p. 620-627, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400620&script=sci_arttext Acesso em: 13/01/2015
- ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: A ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300003 Acesso em: 15/01/2015
- ASSIS, MMA; LIMA, WCMB; NASCIMENTO, MAA; FRANCO, TB; PEREIRA, MJB; JORGE, MSB. Produção do cuidado no programa saúde da família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, MMA *et al.* orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010, p 39-58. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xjcw9/03> Acesso em: 17/02/2015

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16. 29, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003escript=sci_arttext
Acesso em: 15/01/2015

BACKES, DS; BACKES, MS; ERDMANN, AL; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde : da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17 (1), p. 223. 230, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024
Acesso em: 03/06/2015

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 2a reimp. da 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, GAN; FASOLO, LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**. 16(1): 114-24, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0114.pdf> Acesso em: 23/05/2015

BRASIL. **Atendimentos a pacientes com diabetes crescem 13% no estado de São Paulo**. [Internet]. 2014 (b). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/14111-atendimentos-a-pacientes-com-diabetes-crescem-13-no-estado-de-sao-paulo>. Acesso em 12/05/2015

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24/03/2014

_____. Lei n. 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**, DF, 23 out. 2013 (e). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acesso em: 12/02/2014.

_____. Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 9 jul. 2013 (d). Seção1, p. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf Acesso em: 17/04/2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diagnóstico da Realidade Médica no País** Brasília, 2013 (a). 21 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/MinSaude/diagnostico-da-realidade-mdica-no-pas>. Acesso em: 02/04/2014

_____. Ministério da Saúde. **Diagnóstico da Saúde no Brasil**, 2013 (c). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais->

medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil Acesso em: 22/03/2014

_____. Ministério da Saúde. **Novos cursos de medicina serão abertos em 49 municípios**. Brasília, 2013 (f). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/8357-novos-cursos-de-medicina-serao-abertos-em-49-municipios>. Acesso em: 30/03/2014

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Saúde - Mais hospitais e unidades de saúde, Mais Médicos, Mais Formação**. 2013 (b). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>. Acesso em: 16/04/2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 15/01/2015

_____. **Procurador-geral confirma legalidade do Mais Médicos** [Internet]. 2014 (a). Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/procurador-geral-confirma-legalidade-do-mais-medicos>. Acesso em 12/05/2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Caderno de textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 157p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf Acesso em: 24/04/2014

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Interministerial n. 2, de 24 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 pág. 2014 (c). p. 43. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/poc0002_24_01_2014.html Acesso em: 04/03/2014

BREHMER, L. C. DE F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569. 3578, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032 Acesso em: 02/06/2015

BRITO, L. M. de. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. 2014. Monografia (Conclusão de Curso . graduação em Saúde Coletiva) -

Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10286/1/2014_LusmairMartinsdeBrito.pdf Acesso em: 24/05/2015

BRITO-SILVA, K. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: usoda condição marcadora em um estudo misto**. 2013. 142 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) . Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12042013-111803/en.php> Acesso em: 20/12/2014

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, AFB; TANAKA, OY. Direito à saúde e integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1414-32832012000100019 Acesso em: 18/03/2015

CAMPOS, FE; AGUIAR, RAT; OLIVEIRA, VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 47. 58, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-73312002000100004 Acesso: 18/03/2015

CARAMELLI, B. Editorial: Os médicos estrangeiros: a questão da língua. In: **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 59 n. 5, p. 407-408, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a01.pdf> Acesso em: 24/05/2015

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**; 16:507-15, 2000. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0102-311X2000000200021eIng=pt. Acesso em: 20/02/2014

CASTRO, RCL.; KNAUTH, DR; HARZHEIM, E; HAUSER, L; DUNCAN, BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772. 1784, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf> Acesso em: 24/04/2015

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Rev Bras Educ Méd**, v. 33, n. 2, p. 198. 204, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/06.pdf> Acesso em: 12/04/2015

CECILIO, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: MATTOS, RA; PINHIRO, R. (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO. 8 ed. 2009, p. 117-130.

CHAPLE, E. B. La salud pública en Cuba y su experiencia internacional (1959-2005). **História, Ciências, Saúde Ë Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 709-16, July-Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n3/07.pdf> Acesso em: 06/04/2014

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M.T.; ROCHA, F.R.S.; SOUZA, C.F. de; PEREIRA, F.S. Confiabilidade no médico relacionada ao pedido de exame complementar. **HU rev**, v.33, p. 75. 80, jul./set. 2007. Disponível em: hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/download/62/47 Acesso em: 24/05/2015

CHOMSKY, A. *The Threat of a Good Example: Health and Revolution in Cuba*. In: KIN, JY; MILLEN, J.V.; IRWIN, A; GERSHAM, J. (ed.). **Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor**. 2000. Disponível em: <http://www3.uakron.edu/worldciv/pascher/cuba.html> Acesso em: 05/04/2014

CHRISTIANSEN, I.Z. **Improving public health care: an examination of the nature of Cuban government assistance to the Ghanaian public health care system**. Ames, Iowa, EUA: Iowa State University. [*Graduatethesis*], 2010. Disponível em: <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2318&context=etd> Acesso em: 07/02/2014

CORRÊA, ACP; FERREIRA, F; CRUZ, GSP; PEDROSA, ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm(Online)**, v. 32, n. 3, p. 451. 457, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300003&script=sci_arttext Acesso em: 17/04/2015

COUTO ROSA, M.V.F.P.; ARNOLDI, M.A.G.C. Investigação Qualitativa . Caracterização. In: _____. **A entrevista na pesquisa qualitativa É mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 29-68

CREMEPE. Resolução nº 001, de 22 de junho de 2005. Determina os parâmetros a serem obedecidos, como limites máximos de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os realizados em serviço de terapia intensiva, entre outros. Recife, 2005. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/download/resolucao072011.pdf> Acesso em: 02/06/2015

CREMERS. Resolução nº 007, de 6 de setembro de 2011. Dispõe sobre a relação do número de pacientes que devem ser atendidos por médicos nas áreas de emergência e urgência, conforme classificação de risco. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/download/resolucao072011.pdf> Acesso em: 02/06/2015

CREMESP. **Médicos cubanos: CFM considera a imigração anunciada pelo Ministério da Saúde como medida eleitoreira e irresponsável** [Internet]. 26/08/2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasCeid=2988> Acesso em 2/3/2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa É métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029. 1042, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473036.pdf> Acesso em: 22/03/2015

CURCIO, P. Evaluación de la Misión Barrio Adentro (2003-2009). **Revista Politeia**, n.48, v. 35: 205-249, 2012. Disponível em: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_pol/article/view/4069/3891 Acesso: 23/03/2014.

CYRINO, EG; PINTO, HA; OLIVEIRA, FP; FIGUEIREDO, AM. Editorial: El Programa **Mais Médicos** y la formación en y para SUS: ¿por qué la mudanza? In: **Esc Anna Nery Rev Enf**. v. 19, n. 1, p. 9-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/es_1414-8145-ean-19-01-0005.pdf Acesso em: 24/05/2015

DATAFOLHA. Opinião sobre projeto dos médicos estrangeiros - PO 813694 . 07 a 09/08/2013. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/08/12/opiniao-projeto-medicos-estrangeiros.pdf> Acesso em: 17/02/2015

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa É teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-47.

DIAS, H.S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. 18 (6): 1613-1624, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf> Acesso em: 18/03/2015

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 868. 876, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/05.pdf> Acesso em: 21/01/2015

DOHMS, M. C. **Ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente, na percepção de estudantes, em uma escola brasileira e duas europeias: desafios e perspectivas para a educação médica brasileira**. 2011. 94 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/94830/300048.pdf?sequence=1> Acesso em: 12/01/2015

DONABEDIAN, A. Formulating criteria and standards. In: _____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FEINSILVER, J. *Cuba's Health Politics at Home and Abroad*. In: PANITCH, L.; LEYS, C. **Morbid Symptoms: Health under Capitalism**. Londres: Merlin Press, 2009, p.

216-239. Disponível em: <http://www.coha.org/cuba%E2%80%99s-health-politics-at-home-and-abroad/> Acesso em: 05/03/2014.

_____. Oil-For Doctors: Cuban Medical Diplomacy Gets a Little Help From a Venezuelan Friend. **Nueva Sociedad**. n. 216, julho-agosto 2008. Disponível em: http://www.nuso.org/upload/articulos/3537_2.pdf Acesso em: 12/03/2014.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, JJN; REGO, S. (org). **EDUCAÇÃO MÉDICA - gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p 99-113.

FONSECA, G. D. S.; PAULINO T.S.C.; MORAIS, I.F.; VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz-RN. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n. 4, p. 455-461, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2548/pdf> Acesso em: 21/01/2015

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J. TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf> Acesso em: 22/03/2014

FRANCO, M.; KENNELLY, J.; COOPER, R.; ORDÚNEZ-GARCÍA. La salud en Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. **Pan Am J Public Health** 21(4), 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/07.pdf> Acesso em: 12/03/2014

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 21/04/2014

GARCÍA, G.D. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. **EducMed Super**. Havana, 18(1): 2004. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007&lng=es. Acesso em: 23/02/2014

GÉRVAS, J; STARFIELD, B.; MINUÉ, S., VIOLAN, C., SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia -contra el descrédito del héroe. **Atención Primaria**, v. 39, n. 11, p. 615-618, 2007. Disponível em: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/descredito-del-heroe-2007.pdf> Acesso em: 24/04/2015

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, 2 ed., p.490-498, mar/abr 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf> Acesso em: 18/03/2015

GÓIS, PS; LOPES JÚNIOR, E.; MEDEIROS, SM; UCHOA, SAC. Integralidade e capital social : reflexões no cenário do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica Inter-Legere**, v.7, p. 99. 112, 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/07/pdf/07es06.pdf> Acesso em: 12/01/2015

GOMES, A.M.A.; CAPRARA, A.; LANDIM, L.O.P.; VASCONCELOS, M.G.F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v.22, n.3, p. 1101. 1119, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-73312012000300014 Acesso em: 09/02/2015

GÓMEZ, M.P.; FLORES, L.A.; GARCÍA, M.O. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. **EducMedSuper**, Havana, v. 15, n. 1, abr. 2001 . Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0864-21412001000100002&lng=es&nr=iso>. Acesso em: 06/04/2014

GONÇALVES, RJ; SOARES, RA; TROLL, T; CYRINO, EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev Bras Educ Méd**, v. 33, n. 3, p. 393 . 403, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf> Acesso em: 15/01/2015

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de Integralidade da saúde - norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, 3 ed., p. 757-762, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18>>. Acesso em: 24/05/2015.

GUIZZO B.S., KRZIMINSKI C.O., OLIVEIRA D.L.L.C. O *Software* QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1): 53-60. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23510/000397047.pdf> Acesso em: 23/02/2015

GUSSO, G.; POLI, P. Gestão da clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. I. Porto Alegre: Artmed, 2012. pp. 159-166.

HADDAD, AE; BRENELLI, SL; MICHEL, JLM; NUNES, MPT; BUCCI, MPD; CAMPOS, FE. A educação médica no contexto da Política Nacional de Educação na Saúde. In: MARINS, JJN; REGO, S. (org). **EDUCAÇÃO MÉDICA - gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p 99-11319-41.

HENRIQUE, F; DA ROS, MA; GORONZI, TA; SOARES, GB; GAMA, LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, *Misión Barrio Adentro I: 2003-2006*. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 305-326, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a06v12n2.pdf> Acesso em: 12/02/2015

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 173. 191, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a10.pdf> Acesso em: 20/12/2014

JORGE, MSB; PINTO, DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO, AGA; SOUSA, FSP; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051. 3060, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf> Acesso em: 12/03/2015

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. dos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I . A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(3):623-628, jul-set, 1998.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n3/0100.pdf> Acesso em: 09/04/2014

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saúde MaternInfant**, v. 11, n. 3, p. 323. 334, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf> Acesso em: 23/04/2015

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 514. 522, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf> Acesso em: 12/03/2015

LIMA, R.L.B. Número de MFC titulados por ano e total de especialistas em MFC no Brasil. [mensagem pessoal da diretoria da SBMFC]. Mensagem recebida de <rblima@gmail.com>. Acesso em: 4 jun. 2015.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v. 10, n. 34, p. 1. 13, 2015.

Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/870> Acesso em: 12/03/2015

LOPES, JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. I. Porto Alegre: Artmed, 2012. pp. 113-123.

LUIZ, R. R.; BAHIA, L. Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 689. 698, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000045escript=sci_arttext Acesso em: 17/02/2015

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Tese (doutorado). . Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

http://cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf
Acesso em: 07/03/2014

MAGALHÃES JR., H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS . CEPESC . IMS/UERJ, 2006. p. 51-64. Disponível em: http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/GEST%C3%83O-EM-REDES_RS.pdf Acesso em: 23/03/2015

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 14, n. 34, p. 593. 605, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf> Acesso em: 12/03/2015

MASANET, E.; HERNÁNDEZ-PLAZA, S.; PADILLA, B. A competência cultural dos(as) médicos(as) latino- americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: Algumas notas preliminares. In: **Immigration e Maternity - Rev Iberoamericana Salud y Ciudadanía**. v. I, n. 1, p. 6-18, 2012. Disponível em: http://www.iohc-pt.org/RevistaIOHC_Vol1.pdf#page=7 Acesso em: 19/05/2015

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. O Exercício Da Integralidade Em Uma Equipe Da Estratégia Saúde Da Família : Saberes E Práticas. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 263. 271, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200007escript=sci_arttext Acesso em: 23/01/2015

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad.Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411. 1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf> Acesso em: 23/01/2015

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, RA; PINHIRO, R. (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO. 8 ed. 2009, p. 43-68.

MEJÍAS, L. A. C.; LABRADOR, C. P. La Medicina General Integral - una especialidad clínica conunverdadero enfoque biopsicosocial de lasalud de lapoblación. **Rev Cubana MedGenIntegr**, v. 29, n. 3, p. 379. 386, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000400011escript=sci_arttext Acesso em: 17/05/2015

MELLO, G. A.; VIANA, A.L.d. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219. 1240, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702012000400007escript=sci_arttext Acesso em: 12/01/2015

MELLO, GA; MATTOS, ATR de; SOUTO, BGA; FONTANELLA, BJB; DEMARZO, MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta

carreira. **RevBras de Educ Médica**, v. 33, n. 3, p. 475. 482, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/17.pdf> Acesso em: 12/12/2014

MELO, VH; RIO, SMP; BONITO, RF; LODI, CTC; FONSECA, MTM; AMARAL, E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **RevBrasMedFam Comunidade**. 9 (30): 3-12, 2014. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/550> Acesso em: 19/04/2015

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. 2003. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/prof_essores/merhy/indexados-11.pdf Acesso em: 13/03/2015

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** **É textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013 (b), p. 68-94.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** **É textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013 (a), p. 19-67.

_____. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS . CEPESC . IMS/UERJ, 2006. p. 97-109. Disponível em: http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/GEST%C3%83O-EM-REDES_RS.pdf Acesso em: 12/02/2015

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** **É pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CNS n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: 23 de junho de 2014, seção 1, pp. 8-11. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/rces003_14%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/rces003_14%20(1).pdf) Acesso em: 19/01/2015

MIRANDA, A. C. A.; FELICIANO, K. V. DE O.; SAMPAIO, M. A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. **RevBras Saúde MaternInfant**, v. 14, n. 3, p. 251. 260, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292014000300251escript=sci_arttext Acesso em: 22/05/2015

NASCIMENTO, M. A. A. DO *et al.* Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, MMA *et al.*orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em**

diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010, p.113-125. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xjcw9/07> Acesso em: 17/02/2015

NASSIF, A. C. N. (coord.) **Escolas Médicas do Brasil** [Internet]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br> Acesso em: 21/03/2014

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. Análise dos dados qualitativos. In: NAVARRETE, M.L.V. *et al.* **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Recife: Impip, 2009. p. 97-110.

NERI, MC (coord.). **Escassez de médicos**. Rio de Janeiro: FGV, 2009. Disponível em: <http://www3.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm> Acesso em: 07/03/2015

NÓBREGA-TERRIEN, SM; SOUZA, PMM; PINHEIRO, FMC; CASTRO, VS. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. **Rev Bras Educ Méd**, v. 39, n. 1, p. 112. 118, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/14.pdf> Acesso em: 12/05/2015

OCHOA, F.R. Teoría y práctica de la Medicina Social. In: _____. **Salud Pública È Medicina Social**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009, p. 73-97.

OLIVEIRA, FP; VANNI, T; PINTO, HA; SANTOS, JTR; ARAÚJO, SQ; MATOS, MFM; CYRINO, EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**; 19 (54), 623-634, 2015. Disponível em: http://issuu.com/nielilima/docs/mais_m_dicos_um_programa_brasileir Acesso em: 13/07/2015

OLIVEIRA, FP. **Residência de MFC e o desafio das vagas ociosas**. Belém: 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2013. 31 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: http://sbmfc.org.br/media/Palestras/Palestras%20do%20dia%2031.05.2013/SALA%20C/Tarde/16h00%20as%2018h00_Felipe%20Proen%C3%A7o_Resid%C3%Aancia%20de%20MFC%20e%20o%20desafio%20das%20vagas%20ociosas.pdf Acesso em: 25/04/2015

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43. 50, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100006escript=sci_arttext Acesso em: 20/02/2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (b). Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf Acesso em: 12/04/2015

_____. **The WHO global code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel**. 2010 (a). Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1. Acesso em: 21/03/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-BRASIL/Ministério da Saúde. **4º termo de ajuste ao Acordo de Cooperação Técnica para ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica em saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/19/4TA-OPAS-SGTES.pdf>. Acesso em: 05/03/2014

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Regional health observatory. Selected Health Indicators, Cuba. 2011**. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentview=article&id=6127&Itemid=2408&lang=pt Acesso em: 16/03/2014

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 1ª reimp. 356 p.

PEREA, RS; MAINEGRA, AS. La educación médica cubana - su estado actual. **Rev Docencia Universitaria**, v. 10, p. 293. 326, 2012. Disponível em: <http://red-u.net/redu/index.php/REDU/article/view/477> Acesso em: 04/03/2015

PERES, MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Rev Sociedade e Estado**. v. 26. n. 3, p. 631-661, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000300011 Acesso em: 20/05/2015

PÉREZ, A. M. S.; VICTORIA, C. I. P. La medicina general integral y su enfoque social y humanista. **EducMedSuper**, v. 26, n. 2, p. 294. 306, La Habana, 2012. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412012000200011&script=sci_arttext Acesso em: 04/03/2015

PINTO, HA; SALES, MJT; OLIVEIRA, FP; BRIZOLARA, R; FIGUEIREDO, AM; SANTOS, JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 51, p. 145-160, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf> Acesso em: 13/04/2015

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555. 1564, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/04.pdf> Acesso em: 12/03/14

RECIFE. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife**, 2005. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2005/mapas.html> Acesso em: 23/02/2014

_____. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção Básica. **Recife em Defesa da Vida**. Recife: VI Seminário Internacional de Atenção Básica, 2012. 16 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/01/sala12/2_modelacao.pdf Acesso em: 15/04/2015

_____. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 É 2017**. 1ª. Ed. Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p

REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 65. 2013. Recife, PE. **Mais saúde! Mais SUS!** Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1423 Acesso em: 22/02/2014

ROMANO, V. F. A Busca de uma identidade para o médico de família. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 13. 25, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100002escript=sci_arttext Acesso em: 10/01/2015

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. da S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm (Online)**, v. 32, n. 2, p. 345. 351, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a19v32n2.pdf> Acesso em: 23/05/2015

SACASAS, J.A. F. El principio rector de la Educación Médica cubana - unreconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. **EducMedSuperv**. 27, n. 2, p. 239. 248, La Habana, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412013000200011escript=sci_arttext Acesso em: 04/03/2015

SALA, A; LUPPI, CG; SIMÕES, O; MARSIGLIA, RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde : avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc São Paulo**, v.20, n.4, p. 948. 960, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf> Acesso em: 20/04/2015

SANCHEZ, Y.M.; MACHADO, O. J.D.; FERNANDEZ, A.M.T. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. **EducMedSuper**, Havana, v. 24, n. 1, março 2010. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100009&lng=es&rm=iso. Acesso em: 08/04/2014

SANTOS, M.J.F.S. Desenhos de estudos e desenhos amostrais em pesquisa Qualitativa. In: NAVARRETE, M.L.V. *et al.* **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada à saúde**. Recife: Imp, 2009 pg. 31- 50.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia Médica no Brasil É dados gerais e descrições de desigualdades**. v. 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf Acesso em: 12/02/2014

_____. **Demografia Médica no Brasil É cenários e indicadores de distribuição**. v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf> Acesso em: 12/02/2014

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487. 1494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf> Acesso em: 09/04/2014

SILVA, R. M. M. da; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.G. de O.; NEVES, E.T.; RODRIGUES, R.M. Resolutividade na atenção à saúde da criança : percepção de pais e cuidadores. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 4, p. 382. 388, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400013escript=sci_arttext Acesso em: 12/04/2015

SILVA; MCLSR; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **RevEscEnferm USP**, 45(5): 1250-5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf> Acesso em: 09/03/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade.** [Internet]. 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf) Acesso em: 12/05/2015

SOUZA, ECF; VILAR, RSA; NSPD; UCHOA, AC; ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup1:S100-S110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf> . Acesso em: 21/04/14

SOUZA, L. **Representações do Í Programa Mais Médicos Í pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina.** 2014. 144 p. Dissertação (Mestrado em Linguística) . Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17786/1/2014_LeonardoSouza.pdf Acesso em: 25/05/2015

STARFIELD, B. Responsabilidade na Atenção Primária (seção III). In: _____ . **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 207-418.

TESSER, CD; POLI NETO; P; CAMPOS, GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3):3615-3624, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-81232010000900036 Acesso em: 20/02/2015.

UNICEF. **Cuba: statistics**[Internet]. Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/cuba_statistics.html. Acesso em: 22/03/2014

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1497. 1504, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-81232011000700085

Acesso em: 12/03/2015

VIDOR, A. **Diagnóstico da adequação da distribuição do trabalho médico por especialidades no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Tese (doutorado) .

Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2012.

Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56683/000859600.pdf?sequence=1>

Acesso em: 01/03/2014

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery RevEnf**, v. 17, n. 1, p. 133.

141, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1414-81452013000100019

Acesso em: 23/02/2015

_____. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev da Rede de Enf do Nordeste**. v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027981014> Acesso em: 23/02/2015

VIEIRA, R.S.; SERVO, L. M. S. Escassez de Médicos no Brasil : análise de alguns indicadores econômicos. **Radar**, n.32, p. 7-18, Brasília: Ipea, 2014. Disponível em:

http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/radar/140508_radar32_cap1

Acesso em: 12/03/2015

YIN, R. K. **Estudo de Caso É Planejamento e Métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010, 248p.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Conte-me como é sua relação com o médico Dr. Xxx

Explorar:

- Escuta/Acolhimento (tempo e disponibilidade para escuta, importância que dá a seus problemas e interesse que tem neles, grau de entendimento mútuo/comunicação, sentimento diante do médico)

- Resolutividade (em que grau os problemas são resolvidos).

- Atividades desenvolvidas pelo médico: grupos, atividades extra USF, consultas, etc (promoção, prevenção, reabilitação).

- Dificuldades ou facilidades de acesso ao médico (para agendar consulta . como é?, para ser atendido sem hora marcada - se ficar doente)

- Vínculo (confiança no médico . diagnóstico e tratamento, Afiliação - acesso de primeiro contato, longitudinalidade . conhecer como pessoa/família/vida)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *Integralidade do cuidado praticado pelos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários*. Este estudo faz parte da construção da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva de Lara Ximenes Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação Integrado de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Um dos procedimentos que serão utilizados na coleta de dados é a entrevista, cujo conteúdo será gravado, cabendo à pesquisadora a responsabilidade sobre os registros de voz.

A pesquisa em questão pode trazer riscos aos participantes, no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Está garantido ao participante o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Por sua vez, a participação na pesquisa também trará benefícios, na medida em que coloca o entrevistado como protagonista do processo e considera sua contribuição para a construção de um trabalho que poderá gerar referências para mudanças e melhorias no Programa em questão.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo para o entrevistado e é essencialmente voluntária.

Será de responsabilidade da pesquisadora esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir sobre o estudo e, após o registro de informações, resguardar a identificação do entrevistado. A publicação dos dados da pesquisa será feita sob a forma de dissertação ou em artigos publicados em veículos científicos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizo, de livre e espontânea vontade, minha participação no estudo como voluntário, assinando este termo em duas vias.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura de testemunha: _____

Assinatura de testemunha: _____

Data: ____/____/____

Atesto que guardarei com sigilo, no meu domicílio, os registros de voz das entrevistas e suas transcrições por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Nome da pesquisadora responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Data: ____/____/____

Contatos:

Pesquisadora: Lara Ximenes Santos

Av. Prof. Moraes Rego s/n . Hospital das Clínicas . Bloco E 4º andar. Cidade Universitária .
CEP 50670-901 - Recife/PE - Fone/Fax 2126 3766/ 2126-8552

E-mail: lara.xis@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE:

Av. da Engenheiras s/n, Cidade Universitária, Recife-PE - CEP: 50740-600. Fone: (81) 2126

ANEXO

CARTA DE ANUÊNCIA - PREFEITURA DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Lara Ximenes Santos** pesquisadora de saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na USF Tia Regina do Distrito Sanitário II e na USF Córrego da Bica do Distrito Sanitário VII da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Integralidade do cuidado praticado pelos médicos cubanos do programa mais médicos: a perspectiva dos usuários.", sendo orientada por **Adriana Falangola Benjamim Bezerra**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

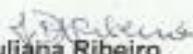
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de novembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DE/SEGTES/SESAÚDE
Recife, PE, 2014