UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

JULIANA BRAGA DE PAULA

**Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil:
Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico**

SÃO PAULO, 2017

JULIANA BRAGA DE PAULA

**Análise do ciclo de política do programa mais médicos no Brasil:
Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico**

Versão Original

**Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado de Saúde
Global e Sustentabilidade - Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Global e Sustentabilidade

Orientadora: Marcia Faria Westphal

SÃO PAULO, 2017

Paula, JB Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico. Paula/Juliana Braga de; orientadora, Marcia Faria Westphal – 2017. 226f: il.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017

Versão Original

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que haja citação da fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Nome: Paula, Juliana Braga de

Título: Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.Dr. Marco Akerman

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Profa.Dra. Marina Peduzzi

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof. Dr. Cipriano Maia

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Julgamento: _____

A única justificativa para minha ousadia de estar aqui é o fato de que o que une as disciplinas todas é o mundo. E o mundo se havendo tornado acessível a todos nós, neste fim de século, fez que a filosofia se colocasse à disposição dos não filósofos, abrindo espaço para que a filosofia produzida em cada campo do saber seja operacional.

Milton Santos

Aos meus filhos, Lara e Lucas. Por amor.

Agradecimentos

Tecendo a manhã

*Um galo sozinho não tece uma manhã
Ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
E o lance a outro; de um outro galo
Que apanhe o grito de um galo antes
E o lance a outro; e de outros galos
Que com muitos outros galos se cruzem
Os fios de sol de seus gritos de galo,
Para que a manhã, desde uma teia tênue,
Se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
Se erguendo tenda, onde entrem todos,
Se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
Que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

João Cabral de Melo Neto

À minha mãe, pela grande companhia de vida;

Ao Meu Pai, por despertar a preocupação pelo mundo;

Às minhas manas, pela amizade cotidiana; à pequena Lia por ser a companheira inseparável da Lara;

Aos meus cunhados, João Alfredo, Gustavo e Alexandre e a toda a família estendida pela grande torcida e pelo apoio com as crias;

À minha orientadora, Marcia Westphal, pelos anos de militância por uma outra saúde pública e por acreditar em mim, mesmo nos momentos de indisciplina;

Ao Carlos Henrique Westphal, por ser companheiro de orientação e pelos bons momentos passados juntos;

Ao Prof. Jean-louis Denis, por saber antes mesmo de mim que caminho eu devia seguir e pelas válidas contribuições ao longo dessa tese;

Ao querido Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, pelas parcerias em defesa do SUS e por ter aceitado ser meu co-orientador. Peço desculpas por não ter aproveitado melhor suas contribuições na elaboração da tese;

Ao amigo, professor e colega de trabalho Áquilas Mendes pelas gentis contribuições, leituras de textos e disponibilidade para me apoiar por toda essa trajetória;

À Professora Marina Peduzzi, um agradecimento especial pelo carinho e aceitar estar na minha banca de qualificação e depois na tese final;

Aos professores Marco Akerman e Cipriano Maia pelos caminhos trilhados no SUS e a honra de tê-los em minha banca final;

Às queridas professoras Dais Gonçalves Rocha e Luciana Fioroni por aceitarem também contribuir, como membro suplente da Banca;

Aos amigos e professores queridos Sylvio Gadelha, Patrícia Ribeiro, Magda Almeida, Christopher Millet, André Biscaia, Henrique Botelho, Oswaldo Tanaka, Rifat Atun, Eleonor Conill, Lenir Santos, Carlos Sobrinho (Cabeto), pelas conversas, incentivos e tudo mais importante que surgiu dos nossos diálogos;

Ao companheiro de trabalho Felix Rigoli, todo meu agradecimento pelo incentivo, pela compreensão e pela agradável companhia no doutorado e na OPAS;

A minha colega Sandra Costa de Oliveira, por me ajudar na burocracia institucional;

A Luiz Odorico Monteiro, com quem aprendi a valorizar os afetos acima das ideologias e a fazer do meu cotidiano no SUS uma eterna aventura na luta por um outro mundo possível. E à Ivana Barreto também parte dessa história;

Às minhas amigas e amigos de muitas horas, que sempre me ajudaram a ajeitar o prumo: Josiane Vasconcelos, Vlândia Jucá, Vanessa Picanço, Emylio Santos, Raimunda Félix; Ao Emylio também agradeço as transcrições das entrevistas; Ao Denilson Lopes, agradeço os esclarecimentos sobre a legislação;

À Neusinha, minha companheira de muitas jornadas, me apoiando incondicionalmente em todos os projetos e caminhos que decidi construir;

Ao Cristiano Pinho, por me lembrar das coisas belas que não tem explicação;

Ao fotógrafo Celso Oliveira que gentilmente cedeu suas fotos, tornando esse trabalho mais bonito e ao Henrique Silvestre pela imagem especial da casa do Sertão;

À Mariana Bertol por me apresentar o modelo de Ball, que passou a ser um dos orientadores desta investigação;

Ao Ivan Coelho e Anna Vicente, os dois amigos mais insistentes para que eu me envolvesse nessa aventura;

As amigas Bibi Sepag, Patrícia Rocha, Cintia Correa, Vivian Correa, Ivna Girão e Daniela Dumaresq e as pequenas Manu, Malu, Mariah, Livinha e o pequeno Bento por cuidarem da Lara na minha ausência;

Aos meus colegas, amigos de trabalho pela cumplicidade e ajuda em tempos difíceis, Julianio Silva, Mateus Andrade, Raquel Abrantes, Evelina Chapman, Vladyson Viana, Cristiane Rodrigues, Mara Adeodato, Fernanda Bravo, Fernanda Almeida, Marivand Pinto, Robertinha de Freitas; Daniel Nordi, Aline Nordi, Lara Paixão, Silvio Fernandes, Diita, Leila Ramos, Anderson Torreão, Letícia Pellegrini, Hercília, Adriene, Leila

Ramos , Gisela Mascarenhas, e todos que fazem da educação de adultos e gestão em saúde uma grande aventura;

À querida Vania, secretária do Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade, pela disponibilidade, prontidão e paciência com a minha dificuldade com as demandas institucionais;

A presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará, Mayra Pinheiro, pelas informações e disponibilidade;

Ao Departamento de Saúde Global e Sustentabilidade e à Faculdade de Saúde Pública da USP pela possibilidade de cursar esse doutorado;

À Organização Pan-americana de Saúde, em especial ao Joaquin Molina, Julio Suarez, Renato Tasca, Neyde Garrido e aos meus coordenadores e colegas pelo aprendizado e compreensão;

Ao Ministério da Saúde, principalmente ao Secretário André Bonifácio pela solidariedade com os tempos acadêmicos;

Ao prof. Paulo Fortes, in memoriam, que me acolheu no programa e me deu mais um exemplo de que simplicidade e sensibilidade são os melhores caminhos para construção de aprendizagem;

A todos os entrevistados que gentilmente se disponibilizaram a contribuir com esse estudo;

A todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, militantes do movimento social, estudantes e formuladores que, apesar do contexto em que vivemos, ainda acreditam que é possível transformar.

Foto: Henrique Silvestre

*Somos muitos Severinos
Iguais em tudo e na sina:
A de abrandar estas pedras
Suando-se muito em cima,
A de tentar despertar
Terra mais extinta,
A de querer arrancar
Algum roçado da cinza.
(trecho de Morte e Vida Severina
de João Cabral de Melo neto)*

Resumo

Análise do Ciclo da Política do Programa Mais Médicos: A Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico no Brasil

Juliana Braga de Paula

Orientação

Prof.^a Dr.^a Marcia Faria Westphal

Departamento de da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Departamento de do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

A formação e o provimento de profissionais de saúde são parte das estratégias que vêm sendo utilizadas pelos países para aumentar a capacidade de resposta dos seus sistemas de saúde e, assim, melhorar a qualidade de vida das suas populações. Recentemente, o governo brasileiro criou uma lei, instituindo um programa para melhorar a capacidade de resposta para escassez de médicos em áreas remotas, intitulado Programa Mais Médicos. Uma das ações polêmicas desse programa foi a importação de médicos cubanos, através de uma cooperação Cuba-Brasil, mediada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Trata-se de uma iniciativa de grande vulto que envolveu, de 2011 a 2015, um total de 18 mil e 24 mil médicos novos no SUS. Nesse sentido, ganha relevância a análise do Programa Mais Médicos como política recém-implantada em contexto brasileiro, que constitui o objeto deste projeto de pesquisa. Este estudo de caso focaliza o provimento, fundamentalmente na cooperação Cuba-Brasil. Para analisar o programa, adota-se a abordagem do Ciclo de Políticas (Howlett e Ramesh, 2003) que organiza o estudo da política em cinco fases: (a) preparação da agenda, (b) formulação da política, (c) tomada de decisão, (d) implementação e (e) avaliação, adaptado pela análise de contexto de Bowe & Ball, 1992 – que defende a análise de políticas a partir do seu campo de prática. Entrevistas com atores chaves, análise documental e estudo de caso foram desenvolvidos. Para o estudo de caso, focalizamos o PMM no Estado do Ceará e visitamos duas cidades no interior do Brasil neste mesmo estado. Os cenários de implementação do programa, as unidades com médicos cubanos e os espaços de supervisão foram os objetos de observação de campo da investigadora. O objetivo do estudo foi analisar os macro e micro efeitos da Cooperação Cuba- Brasil no trabalho médico brasileiro em APS, investigar seu potencial de inovação para o trabalho médico nas Américas e

acompanhar todo o ciclo da política em questão, desde a sua entrada na agenda governamental até os mecanismos de avaliação, incluindo a identificação de desdobramentos para as políticas locais dos casos estudados. Ademais, construir novos saberes no campo da análise de políticas, inovações e provimento de profissionais de saúde no mundo. Na dimensão macropolítica, as entrevistas mostram a prática e a educação médica voltada para a atenção especializada, orientada pelo mercado, com um uso exagerado de tecnologias de alta densidade, comparados aos médicos cubanos. Os médicos cubanos trazem uma nova perspectiva para os profissionais de saúde na forma de construir vínculos com os usuários e na maneira de lidar com a pobreza e a iniquidade. Na dimensão micropolítica, ambos, brasileiros e cubanos, se beneficiam de estratégias de educação permanente, supervisão em loco, cursos EAD, rodas de conversa para discussão de problemas, grupos de troca de experiência e compartilhamento de estratégias no planejamento local. Um dos principais problemas apontados no programa é que a estratégia de provisão é temporária, não está bem afinada com a corporação médica brasileira e as supervisões não são bem organizadas pelas Universidades. Demonstra também a fragilidade na articulação entre gestão local e nacional na organização do processo.

Palavras-chaves

Sistemas de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Análise de Políticas, Ciclo de Política, Gestão do Trabalho em Saúde, Atenção Primária.

Abstract:

“More Doctors” Program Policy cycle analysis: Brazil-Cuba cooperation and the possible effects on medical workforce management in primary care.

Abstract

The education and provision of health professionals are the main strategies to increase capacity and respond to health systems' needs among countries worldwide. Recently, the Brazilian government passed a law to create a national program, called the More Doctors Program, to improve the capacity to respond to the demand for doctors in underserved areas. The law was designed with three main axes: provision, education and infrastructure. The first, provision, would increase the provision of medical doctors through monetary and non-monetary incentives to attract national and foreign doctors to work in remote areas. The education axis was related to opening new Courses and Institutions to graduate new doctors in remote areas. The third axis was to improve primary care facilities. However, the most controversial aspect of this Program was the partnership between Cuba and Brazil, through an international cooperation mediated by the Pan-American Health Organization. It involved 18,240 new primary care physicians. Focusing on provision, mainly in the Brazil-Cuba international cooperation, a qualitative study was designed and conducted, analyzing the More Doctors policy cycle, using Howlet & Ramesh, 2003 as well as Ball, 1992 as a reference. This study examined the five stages of the policy cycle: agenda preparation, policy formulation, decision making, implementation and evaluation and context analysis and evaluation on the Ball cycle. Ball argues that policy has to be analyzed in the field. Interviews with stakeholders, document analysis and case studies were developed. As part of the case study, there were visits to three cities in the interior of Brazil; the researchers observed the locally managed education and program.

The objective of the study was to investigate the macro and micro effects of Brazilian and Cuban physicians' work processes in the Brazilian primary care units served by the program, as well as analyzing the policy as an innovation in health workforce management in the Americas and exploring the whole policy cycle and the implications for medical workforce management in Brazil. On the macro level, the interviews show that in Brazil medical education and practice are market oriented and focused on specialized care, with an overuse of high-technology resources, compared to Cuban doctors. All the Cuban physicians in Brazil were educated as General

Practitioners. In addition, there could be an influence of the Cuban socialist model. The Cuban doctors bring a new perspective to Brazilian health professionals on how to build linkages with the users and how to deal with poverty and inequity. On the micro level, both groups benefited from ongoing learning strategies, supervisions in locus, distance learning courses, round tables on the main health problems, group practice sharing, and the interchange on health local planning. The main problems involve the temporary nature of the provision strategy, which is not well resolved with the Brazilian medical corporations and professional bodies. Furthermore, the supervisions are not always well organized by the Universities. The study also shows the fragilities of federative integration regarding policy implementation and management.

Keywords

Health care systems; Health Human Resources; Policy analysis, Policy Cycle, Workforce management; Primary Care.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sífilis congênita e em gestantes por 1000 nascidos vivos 31

Gráfico 2: Tuberculose – percentual de óbitos, segundo raça/cor.....31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Médicos p/ 100 habitantes.....	37
Tabela 2: Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e grandes regiões – Brasil, 2014.....	38
Quadro 1: Síntese dos momentos, documentos, atores e métodos que orientaram a elaboração de instrumentos para a Coleta de dados.....	86
Quadro 2: Reflexões sobre os efeitos do PMM no trabalho médico.....	190

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual de difusão da inovação.....	77
Figura 2: Sistema de Adoção da Inovação por Atun.....	78
Figura 3: Diagrama de Ball adaptado pela pesquisadora - os contextos que atravessam à inovação.....	81
Figura 4: Categorias resultantes do campo de pesquisa.....	93
Figura 05: Etapas de construção da medida provisória 621/2013.....	102
Figura 06: Tipologia da Inovação do Programa Mais Médicos.....	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária da Saúde

APSUS – Atenção Primária do Sistema Único de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFM – Conselho Federal Medicina

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública do Ensino-Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DAB – Departamento de Atenção Básica

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DEM - Democratas

DIU – Dispositivo Intrauterino

EMBRAER – Empresa Brasileira Aeronáutica

ECG – Eletrocardiograma

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAB – Força Aérea Brasileira

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MEC – Ministério da Educação

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domiciliar

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SEGEPE – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SEGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação

SMSE – Sistema Municipal de Saúde Escola

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCA – Universidade Federal do Cariri

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1.0	SISTEMAS DE SAÚDE, O CONTEXTO BRASILEIRO E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PORQUE PRECISAMOS FALAR DE MÉDICOS	25
1.1	A falta de médicos como um problema global	26
1.2	O contexto brasileiro: A situação de saúde da população, O Sistema Único de Saúde e os recursos humanos para a saúde no país	29
1.3	A Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros e o trabalho médico	34
1.4	A distribuição de médicos pelo Brasil: emergência do Programa Mais Médicos	36
1.5	O problema e as questões de pesquisa	43
2.0	A CONCEPÇÃO DA PESQUISA	44
2.1	Pressupostos teóricos para o estudo das políticas (Policy and Polttics) de organização e gestão do trabalho médico no sistema de saúde brasileiro	45
2.2	A escolha de um modelo de análise de políticas	53
2.3	As dimensões do trabalho médico: as contribuições de Foucault, Donnangelo e Ricardo Bruno	60
3.0	ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	72
3.1	Definição do problema a luz da teoria	73
3.2	Os objetivos da pesquisa	75
3.3	Organização metodológica a partir do referencial de Ball	76
3.3.1	<i>Da inovação à invenção: percurso atravessado pelos contextos de Ball</i>	76
3.3.2	<i>Construindo um desenho de modelo analisador</i>	77
3.3.3	<i>Modelo analisador do Programa Mais Médicos, adaptado do diagrama de Ball</i>	83
3.4	Definindo categorias de análise	83

3.4.1	<i>Processo de trabalho</i>	83
3.4.2	<i>Inovação</i>	84
3.4.3	<i>Arranjos políticos</i>	84
3.5	Fases da coleta de dados	85
3.5.1	<i>Análise documental</i>	82
3.5.2	<i>As entrevistas com atores chaves na elaboração e implementação da PMM</i>	82
3.5.3	Olhar para o campo como um estudo de caso	87
	<i>Observação direta da estrutura do trabalho e da supervisão</i>	90
	<i>As entrevistas</i>	91
3.6	A análise dos dados	92
4.0	O QUE OS DADOS MOSTRAM SOBRE O CONTEXTO	96
4.1	Contexto da política ou por onde começa essa história ..	97
4.2	A Institucionalização do Programa Mais Médicos: a Medida Provisória e a Lei do Mais Médicos	102
4.3	A cooperação com o governo cubano: um elemento gerador de conflitos ou benéfico para a população?	107
4.3.1	<i>Os médicos cubanos e a reação da mídia</i>	114
4.3.2	A política, seus desenhos e seus caminhos orientados pelo contexto: parriséia ou o dizer verdadeiro	117
4.4	<i>A Cooperação Cuba – Brasil : entre o ideal pragmático e a solidariedade médica</i>	120
	<i>Atenção Primária: modelos de atenção e de formação distintos</i>	124
5.0	O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DO CEARÁ	134
5.1	Contexto de prática, conforme modelo de ball: contribuições do estudo de caso do ceará	135

5.1.1	Aproximando-se da realidade: o “Mais Médicos nas cidades de Parambu e Caucaia”	135
5.2	A realidade local	138
5.2.1	<i>Estrutura de saúde das cidades</i>	125
5.2.2	<i>Gestão da atenção à saúde</i>	141
5.3	Médicos cubanos e brasileiros: diferentes visões e perspectivas	145
5.3.1	<i>Cuba e Brasil em outro ângulo: a potência dos encontros</i>	152
5.3.2	<i>A clínica cubana, brasileira ou clínica do sujeito</i>	153
	A supervisão e a aprendizagem mútua	163
6.0	AFINAL O PROGRAMA MAIS MÉDICOS É UMA INOVAÇÃO?	174
6.1	Inovação, trabalho médico e um mosaico de possibilidades	175
6.2	Transformação	185
6.3	Inovação	189
6.4	Invenção	190
7.0	CONCLUSÕES INCONCLUSAS	197
	REFERÊNCIAS	201
	Apêndice 1: Códigos NVIVO	217
	Apêndice 2: Distribuição de Médicos do PMM no Distrito de Saúde Indígena	218
	Apêndice 3: Roteiros de Entrevistas	219
	Apêndice 4: TCLE	226
	Apêndice 5: Parecer do Comitê de Ética	228
	Apêndice 6: Roteiro de Observação	229

Apresentação

Existem várias maneiras de se apresentar um trabalho, assim como múltiplas são as possibilidades de condução de uma investigação. Para mim, apresentar uma tese é, antes de tudo, um movimento de auto apresentação; de apresentar ao público os caminhos pelos quais o sujeito percorreu para chegar até aqui. Às vezes, em um esforço de se mostrar, o sujeito descobre a si mesmo, ou pelo menos, as várias facetas de si. É também uma oportunidade de se justificar, em um movimento quase de oração, quando se pode até pedir desculpas pelo que não conseguiu fazer com a beleza do objeto que decidiu explorar. É também outro modo de falar da importância do objeto, sem que tenha que recorrer aos universitários, mas falar do que o objeto ressona em si, no canto esquerdo do espírito. Investigar o Programa Mais Médicos para mim tem muito significados, alguns deles remontam a uma infância cercada de livros marxistas, ainda em período de ditadura, e uma conversa ora sussurrada ora explícita de que vivíamos em um mundo injusto e que só a revolução comunista nos salvaria. Filha de um comunista histórico do “partidão”, aprendi muito cedo que a militância é parte importante da constituição de um sujeito. Olhar para um programa que procura levar médicos para as chamadas áreas remotas também me toca profundamente. Porque o que para os outros é remoto, para mim, que tenho origem sertaneja, é extensão de morada. Sou neta de agricultor analfabeto, que muitos anos atrás dizia que se só tivesse dinheiro para formar as filhas (uma delas minha mãe) ou os filhos, escolheria as filhas. Ele não queria que mulher dependesse de homem nenhum para ser feliz.

Outra parte importante da pesquisa tem relação com a minha entrada na saúde, pela educação de profissionais, na Escola de Saúde Pública do Ceará. Ali eu aprendi que existia um Sistema Único de Saúde, que a Atenção Primária deveria ser a porta de entrada nesse Sistema e que a Estratégia de Saúde da Família era uma grande iniciativa brasileira que deveria ser explorada e seus profissionais formados para ajudar a cumprir seus objetivos. Aprendi, ainda, que atenção primária não se faz só com médicos e que a Estratégia não seria o que se tornou se não tivesse incluído profissionais de enfermagem e os agentes de saúde. Foi ali também que me encantei com a ideia de que a saúde era muito mais do que a ausência de doenças e passei a percorrer o Brasil, aprendendo com os estudiosos da promoção da saúde que para produzir saúde era preciso ser criativo. E desde então, tenho tido oportunidade de

aprender com esse grupo, dentre eles, a minha orientadora, como se faz saúde dentro e fora da saúde, no cotidiano da vida.

A escolha do objeto foi difícil, a princípio. Pela minha inserção, à época na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), eu estava muito interessada em aprender mais sobre Saúde Global e Sistemas de Saúde Comparados. Como a minha função na organização era acompanhar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), minha primeira ideia foi investigar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que era o instrumento prioritário da regionalização. Na realidade, eu estava muito interessada em governança e inovação em políticas. Não era tanto no resultado da política propriamente dita, mas como se constrói uma política, como se implementa e quais são as forças de sedimentação. Na mesma instituição em que eu estava, me deparei com o Programa Mais Médicos que entrou na agenda nacional como um furacão. Os atores mais próximos, da própria OPAS, da SEGEPE, das Universidades todos se voltaram para o desenho, para a implementação e avaliação do programa a um só tempo. Acho que nunca tinha presenciado algo tão intenso e tão articulado entre as esferas de governo e da sociedade. O Programa Mais Médicos “bombou” na mídia, nos corredores, nas cidades e nas vielas do sertão. Foi criticado e defendido de forma visceral. Tinha eco nas manifestações de 2013. Foi aí que algo casou. Era uma política pública, era na atenção primária, envolvia formação, envolvia cubanos e poderia muito bem ser uma grande inovação. Na banca de qualificação as coisas estavam ainda muito confusas, se misturavam teorias da complexidade, inovação em política e faltava olhar para o trabalho médico. Com uma ajudinha dos universitários, aprendi que existiam várias abordagens de ciclo de política, várias formas de abordar as relações de poder e que estudar inovação e desenho de políticas poderia ser muito mais divertido do que eu poderia imaginar.

Fui a campo com as categorias pré-construídas e alguns preconceitos e me deparei com uma gama de possibilidades de olhares para esse programa. O meu objeto era a Cooperação Cuba-Brasil no Programa Mais Médicos, minha pergunta era se era uma inovação para o trabalho médico e quais seus possíveis efeitos. A metodologia era um Ciclo de Políticas adaptado por Bowe & Ball que se debruçavam em três contextos entrelaçados. O contexto da formulação da política, o contexto dos atores que influenciam a política e o contexto de prática. Foi por um lado, nos corredores do planalto, e por outro, no meio do sertão, andariça, acompanhando

supervisores e cubanos, médicos e não médicos, gestores e trabalhadores que me deparei com a beleza de uma política que, assim como a pesquisa, parte de um triângulo bem armado, mas se abre em um cristal de muitas dimensões quando mergulha no contexto da sua implementação. Em cada contexto a política é uma política diferente e cada objeto é uma mirada distinta nas mãos de quem a descreve.

O referencial da inovação não mais me servia. O espectro de mirada havia se expandido e tomado outros rumos. Tive que adaptar a minha tese a um reconhecimento de que a cooperação Cuba-Brasil, sim, tinha efeitos sobre o trabalho médico no Brasil, mas não porque atendia aos requisitos de uma inovação em serviços; não somente por ser uma política de governo que é adotada em grande escala e se institucionaliza através de uma lei. Não somente porque havia atores influentes no campo e no planalto que a defendiam, mas por todas essas dimensões juntas e por algo mais. Pelos efeitos sentidos em cada lugar, pela incorporação da política e a transformação dela. Por colocar em xeque a nossa forma de fazer saúde nesse país e a fragilidade da institucionalidade na mudança de governo por um lado e a força dos encontros que deixam marcas e perguntas e operam resistência.

Encontrei então duas dimensões da política na expedição científica: a dimensão da macro política e todos os efeitos de uma escolha social pelo neoliberalismo, a manutenção da luta de classes e o capitalismo, agora vista da perspectiva do trabalho médico no Brasil; e a dimensão micropolítica, onde se ancoram as resistências cotidianas de cada equipe, cada tutor, cada supervisor, cada estratégia de encontro entre cubanos e brasileiros, médicos e não médicos na tentativa de ampliar a capacidade de dar respostas aos que deles necessitam.

Encontrei médicos cubanos e brasileiros marcados por sua história e pela formação que receberam, pela influência dos modelos de sociedade que viveram e pela imposição, cada vez mais intensa, de um mundo que tenta nos transformar em moeda de troca. Por outro lado, me deparei em cada encontro de supervisão, cada modo singular de exercer a clínica, com uma inventividade, uma disposição para se transformar e mudar as estações clínicas e o processo de trabalho, que visivelmente faz dessa iniciativa, uma inovação.

Encontrei, ainda, uma mudança radical nas políticas públicas estratégicas do país. No meio do caminho tinha uma pedra e o nome dela era Temer. O cenário

mudou. A política que era uma vedete do governo se viu ameaçada. Os gestores apelaram e ela resiste, a política, mas a cooperação com cubanos tem sido minada a cada dia. O braço com o mercado ficou cada vez mais explícito e a entrega da saúde ao capital estrangeiro e o ataque ao SUS virou uma constante. Esse contexto só aumentou a nossa responsabilidade. De tornar explícito o que se esgueirava e de fazer valer os anos todos de construção do SUS e a luta pela sociedade que queremos e que merecemos.

Esta apresentação é, antes de tudo, um convite, para que com as lentes que procurei construir no percurso deste texto, possam ver e sentir parte do que vi e senti em contato com o campo e com a literatura.

Foto: Celso Oliveira

Capítulo 1 - Sistemas de saúde, o contexto brasileiro e o programa Mais Médicos: por que precisamos falar de médicos

Outro longo e mortal jogo começou. O conflito fundamental da primeira metade do século XXI não será opor religião à civilização. Será a oposição entre a liberal democracia e o capitalismo neoliberal, as regras do financeiro e as regras das pessoas, humanismo e niilismo. Capitalismo e liberal democracia triunfaram sobre o fascismo em 1945 e sobre o comunismo no início dos anos 90 quando a União Soviética colapsou. Com a dissolução da União Soviética e o advento da globalização, seus destinos foram desenlaçados. A grande distância entre democracia e capital é a nova ameaça à civilização. (ACHILLE MBEMBE, 2016 – The age of humanism is ending).¹

¹ Tradução da pesquisadora

1.1 A falta de médicos como um problema global

Os sistemas de saúde em todo mundo passam por mudanças importantes, decorrentes, em parte, das transições (a) demográfica: população envelhecendo, queda da natalidade, aumento da expectativa de vida; (b) transição epidemiológica: aumento das doenças crônicas não transmissíveis e, ao mesmo tempo, manutenção de algumas doenças infectocontagiosas, ocasionando a dupla carga de doenças, associada ao aumento da morbidade e mortalidade por causas externas, (c) transição nutricional com mudança do padrão alimentar e consumo de produtos industrializados em ascensão, aumentando a obesidade, inclusive a infantil; (d) aumento da incorporação tecnológica de drogas e equipamentos, em alguns casos, iatrogênicos (TEMPORÃO, 2014; BUSS, 2007).

Para lidar com esse cenário, os estados-nação têm desenvolvido estratégias de cooperação bilaterais e multilaterais que potencializam os avanços científicos e tecnológicos e constroem alternativas para lidar com os problemas mais relevantes no campo da saúde. Essas estratégias de apoio interestatal, antes muito focadas nas áreas de segurança e comercial, nos últimos anos, têm se deslocado para políticas sociais, como é o caso da agenda da saúde e da política migratória de recursos humanos em países em um reconhecimento de que existem diversas maneiras de construir parcerias e de atacar os problemas complexos. Segundo Buss (2010), os Sistemas de Saúde da maioria dos países têm demonstrado pouca ou nenhuma capacidade de lidar com as necessidades de saúde da população, doenças emergentes e condições adversas ambientais e de risco, sem o apoio internacional. Fenômeno, este, que Buss atribui a uma globalização injusta e ao cenário desigual em que vivemos. Convivemos, ainda, com o apelo crescente de medicalização da vida, ampliando a cultura da doença estimulada pelo apelo de consumo das sociedades contemporâneas; o crescimento das corporações internacionais, definindo políticas e sobrepujando o poder dos Estados de tomar decisões sobre sua população, construindo *lobbies* e comprando autoridades e o apelo das novas tecnologias e dos avanços das ciências no prolongamento da vida, demandando dos sistemas de saúde um investimento financeiro e humano muito aquém, muitas vezes, de sua capacidade política e econômica.

O reconhecimento da saúde como um nicho de investimento capitalista, aumentou, por um lado, o controle sobre a vida nua (AGAMBEM, 2010), e, por outro, demandou um exército de profissionais de saúde, mais precisamente da área médica, para responder às necessidades de tratamento, a partir desse modelo medicalizante de organização social. Antes uma agenda secundária, o tema “saúde” passou a ocupar um lugar de destaque nos fóruns e iniciativas globais, em um crescente reconhecimento das implicações que o cuidado em saúde, ou a falta dele, tem para a qualidade de vida da população (KICKBUSH, 2010).

Esse quadro de transição, aliado à globalização e ao ajuste fiscal, promovido pelas políticas econômicas dos anos 1990, ocasionaram, segundo Dal Poz (2013), uma crise de recursos humanos na saúde, materializada pela migração internacional de médicos e enfermeiros na busca de oportunidades e segurança. Segundo Buss (2010), há escassez de profissionais médicos, má remuneração e má formação, ocasionando um *brain drain* dos países em desenvolvimento para os países ricos. Em decorrência de baixos salários e falta de oportunidades, os países pobres têm perdido seus quadros profissionais com facilidade, gerando na comunidade internacional uma preocupação crescente com o Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, *vis a vis*, a criação de um Pacto Global sobre o desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, pela Organização Mundial de Saúde em 2006 (BUSS, 2010).

Ainda nessa direção, o relatório final do encontro de 2013 da *Health Workforce Global Alliance* (OMS, 2013) afirma que para avançar na cobertura universal de saúde, é preciso direcionar o sistema de saúde para a atenção primária e para o cuidado de alta qualidade centrado no usuário, com profissionais bem treinados e alinhados com os objetivos nacionais de um sistema universal e equânime. Enfatiza ainda, que os gestores devem tomar medidas drásticas para assegurar a retenção de profissionais de saúde e um maior equilíbrio geográfico, nos diferentes níveis do sistema, tanto público como privado. Para organizar o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas, o relatório aponta cinco estratégias fundamentais, quais sejam: políticas de educação, incentivos monetários e não monetários, investimento nas habilidades e políticas regulatórias.

Em 2014, a OMS publica um relatório intitulado a Verdade Universal – não há saúde sem força de trabalho, estimando na agenda internacional das Metas do

Milênio pós-2015, um déficit global de 12,9 milhões de trabalhadores qualificados na saúde em 2035 (WHO,2014). Esse relatório chama a atenção de que não se trata somente em falar sobre a redução do número de trabalhadores disponíveis, mas de uma mudança de paradigma que leve em consideração a acessibilidade, a aceitação das diferenças, a qualidade e a produtividade, colocando a equidade no centro da agenda da saúde. Afirma, ainda, que há um reconhecimento crescente da importância dos trabalhadores da saúde como agentes de mudança e de reorientação dos serviços para uma atenção primária que considere os determinantes sociais da saúde. Aponta problemas de envelhecimento dos trabalhadores sem reposição, de insuficiência de oferta em áreas remotas, de educação permanente, de avaliação de desempenho e de planejamento de recursos humanos baseado em necessidade. Para dar conta do *hiato* entre a necessidade de saúde e a oferta de trabalhadores qualificados, o relatório propõe várias ações estratégicas, dentre elas: repensar o modelo tradicional de educação, as formas de emprego e remuneração dos profissionais, a construção de um sistema de acompanhamento e valorização de longo prazo, a construção de estratégias de educação permanente e incentivo a organizações de saúde que aprendem².

Em 2007, o relatório da OMS sobre os trabalhadores na Índia, intitulado *Not enough here and too many there*, chama a atenção para a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde no território. Dentre as muitas estratégias de recrutamento e retenção de profissionais em áreas remotas, o relatório aponta a reintrodução do serviço obrigatório nas faculdades de medicina, a oferta de cursos de pós-graduação, os incentivos financeiros, e espaço para educação dos filhos dos contratados (OMS,2007).

Na literatura, há menção a várias iniciativas para a atração e a fixação de profissionais de saúde em áreas carentes. Barrer e Wood (1997, *apud* RODRIGUES *et al*, 2010) classificam essas iniciativas em educativas, regulatórias, financeiras e *laissez-faire*. Como exemplos, podem ser citados: estratégias de educação permanente dirigidas a todos os profissionais de saúde, ampliação da rotatividade de alunos na graduação nas clínicas e serviços em zonas rurais, aumento da interação

² Learning organizations é um conceito que tem origem na teoria das organizações, cujo pressuposto fundamental é que para que uma organização floresça e atinja seu potencial de qualidade e responsividade, precisa se transformar em um cenário de aprendizagem permanente e de valorização da produção do conhecimento em loco (ARGYRIS, 1992)

de profissionais, diminuição da distância entre as escolas e os locais de trabalho. Muitas têm sido as iniciativas de interiorização da ação médica no Brasil e no mundo que têm sofrido críticas no que se refere à capacidade de se tornarem estratégias permanentes e causarem impacto na saúde da população.

No Canadá, apenas 10% dos médicos se concentram nas áreas rurais, sendo que 21% de sua população vive nessas áreas. Nos Estados Unidos, 54 milhões de pessoas vivem em comunidades e regiões consideradas áreas de escassez de profissionais de saúde (CAMPOS *et al*, 2009). Na América do Sul, o Chile possui 18 médicos por 10 mil habitantes, mas 73% concentram-se na capital, chegando a 12 médicos por 10 mil no sul do país. No Peru, 47,7% dos trabalhadores do país se concentram em Lima, na capital, enquanto Ayacucho tem apenas 5 médicos por 10 mil habitantes. (TASCA, 2014).

Os governos do Japão (193 med/100 mil habitantes, da Índia (115 med/100 mil habitantes) e o governo canadense têm desenvolvido uma série de iniciativas para lidar com o problema da falta de médicos em áreas remotas. Segundo Campos (2009), o Japão lançou um programa federal para fixação de médicos, o governo da Índia passou a reconhecer de forma automática os diplomas de médicos expedidos por grandes escolas médicas internacionais e o Canadá, com a liderança das províncias mais abastadas, como a de Ontário, vem construindo estratégias de fixação médica em áreas distantes. Uma das iniciativas consistia em tentar implantar um programa semelhante à Estratégia de Saúde da Família do Brasil, que não foi apoiada pela Ontario Medical Association.

1.2 O Contexto Brasileiro: A situação de Saúde, o Sistema Único de Saúde e a gestão do trabalho em saúde no país

O problema do planejamento e da organização de recursos humanos no Brasil não é novo. Segundo Maciel Filho, (2007), desde de 1950 a OPAS tem desenvolvido estratégias para estimular a organização da força de trabalho no país, mas os desafios não têm sido enfrentados de forma desejável. Existe, segundo o mesmo autor, um hiato entre o que se produz e se formula em termos acadêmicos e o que concretamente se logra realizar em termos de política. O autor descreve, ainda, uma análise das várias iniciativas brasileiras de lidar com a má distribuição de

recursos humanos no país e a falta de profissionais de saúde nas áreas que mais necessitam. Ao analisar as estratégias de provimento do país, o autor descreve iniciativas, que datam do período de ditadura militar, como o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS- e continua com o Programa de Implantação de Unidades de Pronto Atendimento de Saúde – PISUS - e o Programa de Interiorização de Trabalhadores em Saúde – PITS - que foi desativado no início do Governo Lula. Todas essas iniciativas, com diferenças de escopo e de visão política, procuravam, de alguma maneira, achar alternativas de solução para a questão da falta de profissionais de saúde em áreas menos desenvolvidas econômica e socialmente. No entanto, por várias razões, o problema da má distribuição e da concentração de mão de obra em grandes centros urbanos continuou, por muitos anos, sem respostas condizentes com o arsenal de produções teóricas sobre o campo.

O Brasil, como um país de proporções continentais, tem apresentado uma grande desigualdade entre os ricos e os pobres e a riqueza natural não reflete a situação social da população. A mortalidade infantil, embora tenha decrescido bastante nos últimos anos, ainda está em 15/1000 (quinze mil nascidos vivos) e, entre os adultos, ainda convivem as doenças transmissíveis não erradicadas com uma nova carga de doenças, ocasionada pelo envelhecimento da população. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD (BRASIL, 2014), a esperança de vida ao nascer no país aumentou de 69,8 anos de vida em 2004 para 74,8 anos, em 2013. No entanto, ainda sofremos com a ocorrência de várias enfermidades que poderiam ter sido erradicadas, relacionadas à desigualdade social e sua consequente iniquidade no acesso aos serviços de saúde, as fragilidades da organização do sistema de saúde brasileiro e também a influência cada vez maior do mercado na tomada de decisão sobre o investimento em saúde.

Poderíamos tomar como exemplo, o aumento da incidência de sífilis congênita no Brasil (Gráfico 1), apesar da existência de antibiótico para eliminá-la no período da gestação. Esse dado fala de acesso, fala de cuidado com a gestante, mas fala do fenômeno global de desabastecimento de uma droga no mercado por ser mais barata (Sífilis..., 2017), mas que obviamente se agrava em países mais pobres, como o Brasil, com mulheres de baixa escolaridade. Há uma grande concentração de população nas áreas urbanas, acumulando problemas adicionais relacionados à

violência, falta e más condições de higiene e de habitação, emprego, condições que favorecem a ocorrência de doenças como a tuberculose, que incide e mata principalmente pessoas pardas e negras e que já deveria ter sido, senão eliminada, pelo menos controlada em nosso país, dado que também existem medicamentos eficientes para o tratamento (Gráfico 2).

Gráfico 1: Sífilis congênita e em gestantes por 1000 nascidos vivos(SAGE, 2017)

Gráfico 2: Tuberculose – percentual de óbitos, segundo raça/cor(SAGE, 2017)

A situação política atual, com a crise financeira de 2008 e os problemas de corrupção e instabilidade dos governos, mostram uma realidade preocupante, pois o país está empobrecendo. Segundo Francisco Menezes, um economista brasileiro em entrevista ao jornal britânico The Guardian, “o país saiu do mapa da fome em 2014 e corre o risco de retornar”. As medidas de austeridade adotadas pelo atual governo vão empobrecer ainda mais a população e não vão resolver o problema, diz o economista (PHILIPS, 19/07/2017).

Outros autores vêm chamando atenção para o agravamento da crise brasileira.

Segundo Mendes, 2016:

Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo os direitos sociais trabalhistas, prejudicando, ainda, o financiamento da seguridade social. Destacamos: a aprovação da Lei nº. 13.135/2015, que altera regras para prejudicar o acesso à pensão por morte e auxílio-doença ao trabalhador; a aprovação da Lei nº. 13.134/2015, que muda as regras para dificultar o acesso ao seguro-desemprego e ao abono salarial; a aprovação da Lei nº. 13.183/2015, que dispõe sobre a nova regra mais restritiva referente ao cálculo das aposentadorias, fórmula 85/95 (em alternativa ao fator previdenciário); a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a aprovação da EC 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos; e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com corte de recursos significativos para as áreas da seguridade social(p.1).

Com essas medidas de austeridade, a crise que é mundial (Stuckler et al, 2009, Lalilots et al, 2016, Regidor et al, 2016) se agrava no país e o sistema de saúde brasileiro enfrenta um dos seus maiores testes de sobrevivência desde sua criação em 1988. A Constituição de 88 garante que a saúde é um direito de todo o cidadão e dever do Estado e que o cuidado em saúde deve ser integral e igualitário. No entanto, observa-se um hiato entre o que gostaríamos de produzir como saúde e o que concretamente conseguimos, como sociedade e governo. Nos governos de Luiz Ignácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, a partir do processo de inclusão social promovido pelas políticas de transferência de renda, o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, a garantia de benefícios sociais e o aumento do salário mínimo, o SUS passou a demandar maior número de profissionais de saúde qualificados e melhor distribuídos em território nacional. A categoria médica, principalmente, foi alvo de reivindicações nas manifestações de rua que aconteceram em 2013, obrigando ao governo repensar seu investimento na área de saúde. Essas conquistas têm sido ameaçadas, no entanto, a partir de 2016 com a entrada de Michel Temer no poder (LIMA ET AL, 2016).

O Sistema de Saúde brasileiro é um sistema tripartite, que segue um modelo segmentado, dividido entre: público, suplementar e pagamento direto. O SUS cobre aproximadamente 70% da população e sofreu um fenômeno de descentralização para os municípios aumentando as iniquidades em saúde.

Rondinelli et al (1983) afirma que há quatro tipos de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização. O primeiro tipo ocorre quando se distribuem responsabilidades para níveis mais baixos na hierarquia sem a

transferência de poder de decisão; devolução significa o fortalecimento ou a criação de níveis de governo subnacionais, operando com autonomia; delegação é a transferência de responsabilidades do estado para a sociedade civil através de ONGS, mantendo o financiamento e a regulação como papel do estado e privatização é a transferência das instituições do estado para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado (MENDES, 2001).

Segundo Leite *et al* (2012), a descentralização brasileira é de devolução, transferindo sobremaneira a responsabilidade de financiar as políticas locais aos municípios, mas a autonomia não foi totalmente garantida, pois uma parte significativa dos repasses esteve constantemente sob controle das regras e acompanhamento feito pelo governo federal. Esses autores denunciam, ainda, que há um crescente desfinanciamento das políticas pela União, a partir da descentralização, mas não há a consequente transferência de poder à medida que a responsabilidade financeira é devolvida. A descentralização aqui descrita é importante para entender as implicações para a capacidade dos municípios de coordenar a gestão do trabalho no Brasil, considerando as dificuldades dos governos locais de contratar profissionais de saúde, fundamentalmente, o profissional médico.

Mendes, já em 2001 criticava esse modelo de descentralização brasileira que ele chama de municipalização autárquica, arguindo que era problemática no que concerne à equidade, acessibilidade e pulverização dos recursos públicos.

Giovanella (2012), aponta os problemas da integração dos serviços, da distância entre o que o gestor deseja e o que é realizado efetivamente, da falta de coordenação do cuidado pelas equipes de APS, da dificuldade de regulação do atendimento, das filas de esperas e outros, embora seu estudo sinalize-que há um avanço na capacidade reguladora do atendimento à população.

Para além dos aspectos de falta de coordenação e integração dos serviços, uma descentralização que não resolve o problema da desigualdade e pulveriza recursos, há que se observar que o planejamento de recursos humanos em saúde não tem sido uma prioridade dos governos. Na criação da Lei Orgânica da Saúde 8080, o então presidente da república Fernando Collor de Melo vetou todos os itens relacionados à organização de recursos humanos do SUS: plano de cargos e salários e carreira, piso salarial único, etc. A não priorização da força de trabalho em saúde

está na gênese do processo democrático brasileiro. Embora com a Constituinte de 88, as forças progressistas tenham conseguido construir um texto constitucional extremamente avançado para os padrões internacionais, no que concerne a defesa de direitos e proteção social, o jogo de forças políticas se manteve presente e muitas concessões foram feitas para que o texto fosse aprovado. A valorização dos trabalhadores com carreiras, planos de cargos e salários bem definidos atingiria de forma contundente os grupos liberais em jogo. Outro aspecto importante nesse jogo de forças, foi a aprovação ainda no texto constitucional da existência do subsistema privado para atenção à saúde no Brasil. Segundo Scheffer:

O setor privado de saúde em mercados emergentes oferece retornos atrativos para os investidores. Em contrapartida, investimentos estrangeiros em estruturas privadas de saúde de países de renda média e baixa melhoraram pontualmente a qualidade dos serviços hospitalares altamente especializados acessíveis à clientela restrita, mas também foram responsáveis pela disputa predatória por recursos humanos, agravando a falta de médicos e de outros profissionais de saúde nos estabelecimentos públicos e nas áreas remotas. No Brasil, os padrões atuais já sugerem que o uso excessivo do setor privado promove concorrência desleal com o setor público, demandando serviços, recursos humanos e financeiros do SUS. (SCHEFFER, 2015, p.664)

A partir de Scheffer, podemos compreender que o processo de privatização da saúde, que no governo atual do presidente Michel Temer tem se intensificado de forma avassaladora, tem implicações severas no ordenamento dos recursos humanos em saúde, tornando quase impossível para as prefeituras assumir essa conta sozinhas.

1.3 A Estratégia de Saúde da Família no Brasil e o Trabalho Médico

No início do processo de redemocratização do país, o Brasil investiu no redirecionamento do modelo de saúde que favorecia as agendas mais solidárias e inclusivas. O melhor exemplo disto foi a opção dos primeiros dirigentes do SUS por um desenho de Atenção Primária como ordenadora do sistema, materializado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com mais de 20 anos desde o início de sua implantação, a ESF tem se destacado como referência de inovação fundamentalmente por seu caráter de territorialidade, com enfoque em equipes multidisciplinares e em uma clínica compartilhada com os sujeitos a ela vinculados.

No entanto, essa implementação foi permeada por um governo liberal que respondia as demandas das agências internacionais de fomento por políticas focalizadas e não estruturantes. A Estratégia de Saúde da Família acabou por se tornar estruturante, mas com efeito indutivo e desordenado como afirma Campos e Pereira Jr (2016). Cada município aderiu à Estratégia no seu tempo e à sua maneira, sem a participação significativa dos Estados na coordenação do processo e o governo federal não assumiu o provimento de Recursos Humanos, sobrecarregando os municípios com o ordenamento da força de trabalho e seu consequente processo de formação. Campos e Pereira Junior (2016) afirmam que, em razão dessa ausência de planejamento e omissão das esferas federais e estaduais na organização da força de trabalho, a implementação da Atenção Básica ocorreu de forma muito heterogênea, ocasionando diferenças de salários, modelos de contratação, dificuldades de atração e fixação de profissionais para alguns lugares e um reconhecimento de que os municípios sozinhos, não conseguiam fazer a gestão do trabalho médico na atenção básica. Segundo eles, existem ainda problemas na formação médica, coordenação de serviços e lógica de mercado:

A Atenção Primária depende de radicais mudanças na formação em saúde e na educação médica, em particular, tradicionalmente voltadas para as especialidades. Implica em redefinir o papel dos hospitais e serviços especializados, instituir uso mais racional de medicamentos e procedimentos, além de induzir a população a utilizar o sistema de saúde segundo uma lógica diferente da tradicional em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe da Atenção Primária (CAMPOS E PEREIRA JR, 2016, p.2656).

Outra dimensão a ser observada é que apesar dos esforços de atores e do governo em transformar a atenção primária como ordenadora do sistema, na verdade o sistema brasileiro ainda é muito voltado para a assistência hospitalar, com o foco em especialidades médicas e o predomínio da cultura medicalizante, agravada por uma não organização da formação baseadas nas necessidades de saúde e de serviço. Países que melhoraram seu sistema de saúde a partir da atenção primária formam profissionais de saúde da família e o remuneram de forma condizente com a demanda requerida. No Reino Unido, um médico de família ganha mais do que boa parte dos especialistas e é uma profissão extremamente valorizada pela categoria. O Brasil, ao contrário, não investiu na formação da medicina de família e comunidade de forma massiva até pouco tempo. Dentre as muitas razões, está o poder da categoria médica nas negociações do processo formador, cujos Conselhos e Associações da categoria

assumiam quase integralmente a regulação e a ordenação da formação com critérios de mercado.

Apesar dos problemas, a Estratégia de Saúde da Família brasileira foi destaque pelo impacto nos indicadores de saúde da população e pela reestruturação do modelo de atenção à saúde, considerando a dinâmica familiar e comunitária como espaços privilegiados de intervenção. As informações da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS apresentam um percentual de cobertura da população pela equipe de saúde da família, em 2017, de 59,74% o que corresponde a cerca de 123.126.175 milhões pessoas (BRASIL, 2017).

As pesquisas de avaliação da estratégia apontam, ainda, para uma significativa melhoria nos indicadores de saúde relacionados à cobertura vacinal, mortalidade infantil e materna, doenças cardiovasculares, internações e outros (RASELLA ET AL, 2014, VICTORA, 2011, RASELLA ET AL, 2010).

No entanto, mesmo com a melhoria dos indicadores apontados, se observava uma dificuldade no acesso à ESF, fundamentalmente ocasionado, entre outros fatores, pela concentração de equipes em pequenas cidades e na periferia das médias, com pouco acesso das famílias da zona rural das regiões Norte e Nordeste; pelas equipes sem médicos, pelo baixo tempo de permanência dos médicos na equipe, pela carga horária reduzida desse profissional e pela insatisfação com relação aos modos de contratação (SOUSA ET AL, 2014).

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família também se encontra em xeque devido a reformulação da política de APS pelo Ministério da Saúde que flexibiliza o investimento nesta área e abre o campo para que se transfira recursos que teriam que ser obrigatoriamente aplicados na ESF para outras modalidades de serviço, incluindo atenção especializada (ABRASCO, 2017).

1.4 A distribuição de médicos pelas regiões do país: emergência do Programa Mais Médicos

Segundo Buchan et al (2011), o Brasil pode ser reconhecido por uma boa combinação entre a orientação para a atenção primária e uma liderança na construção de políticas de gestão do trabalho integradas ao sistema de saúde. A pesquisa realizada por esses autores revelou que houve um aumento significativo da força de

trabalho entre 1999 e 2005, representando um acréscimo de 100% de trabalhadores da saúde entre médicos, dentistas e enfermeiros. Revelou ainda que 52% dos profissionais foram absorvidos pelo setor público e, desse montante, 68% pelos municípios. O referido estudo, mostra ainda, que apesar do significativo crescimento numérico, o desequilíbrio na distribuição geográfica permanece. Outro aspecto revelado pela pesquisa de Buchan e demais autores foi que os profissionais de saúde são pouco qualificados e têm acesso limitado à formação.

Uma pesquisa de Campos et al publicada em 2009, mostrava que o Brasil tinha de 150 a 190 médicos para cada 100 mil habitantes, o Canadá tem 210, o Japão, 193 e os Estados Unidos, 264. No entanto, a distribuição geográfica de médicos no Brasil apontava para grande dificuldade de oferta de profissionais no mundo: a desigualdade entre regiões que privilegia os grandes centros mais favorecidos economicamente

Segundo Girardi et al, 2016, há evidências de que havia escassez de médicos no país na APS, má distribuição da força de trabalho disponível, uma clara dificuldade de fixação de médicos nas áreas mais remotas e que essa escassez era percebida pelo conjunto da população e entidades de saúde.

A tabela abaixo demonstra a distribuição internacional de médicos por mil habitantes antes do PMM. Vemos que o Brasil não estava muito aquém de países com sistemas mais desenvolvidos:

Tabela 1: Médicos /1000 habitantes	
Brasil	1,8
Argentina	3,2
Uruguai	3,7
Espanha	4
Reino Unido	2,7

Fonte: Painel de Indicadores do SUS /Gestão do Trabalho e Educação, 2015

Abaixo, na tabela 2, apresentamos a distribuição de médicos segundo unidades de federação e grandes regiões de acordo com o relatório de Demografia Médica, 2015. O quadro 3, abaixo, apresenta sob a forma de gráfico a distribuição dos diversos profissionais que compõe as equipes de saúde por região. É possível visualizar que os profissionais de enfermagem são mais numerosos nas equipes em todas as regiões em número maior do que os médicos clínicos gerais.

Tabela 2: Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e grandes regiões – Brasil, 2014

UF/Região	Médicos			População			Médicos/ 1.000 habitante
	Número	% Brasil	% Região	Número	% Brasil	% Região	
Rondônia	2.288	0,5	12,4	1.728.214	0,9	10,2	1,32
Acre	881	0,2	4,8	776.463	0,4	4,6	1,13
Amazonas	4.362	1,0	23,6	3.807.921	1,9	22,4	1,15
Roraima	728	0,2	3,9	488.072	0,2	2,9	1,49
Pará	7.281	1,7	39,3	7.969.654	4,0	46,9	0,91
Amapá	742	0,2	4,0	734.996	0,4	4,3	1,01
Tocantins	2.230	0,5	12,0	1.478.164	0,7	8,7	1,51
Região Norte	18.512	4,4	100,0	16.983.484	8,4	100,0	1,09
Maranhão	5.396	1,3	7,4	6.794.301	3,4	12,2	0,79
Piauí	3.737	0,9	5,1	3.184.166	1,6	5,7	1,17
Ceará	11.043	2,6	15,2	8.778.576	4,4	15,7	1,26
Rio Grande do Norte	5.050	1,2	7,0	3.373.959	1,7	6,0	1,50
Paraíba	5.925	1,4	8,1	3.914.421	1,9	7,0	1,51
Pernambuco	15.116	3,6	20,8	9.208.550	4,6	16,5	1,64
Alagoas	4.221	1,0	5,8	3.300.935	1,6	5,9	1,28
Sergipe	3.382	0,8	4,6	2.195.662	1,1	4,0	1,54
Bahia	18.924	4,5	26,0	15.044.137	7,5	27,0	1,26
Região Nordeste	72.794	17,4	100,0	55.794.707	27,8	100,0	1,30

Minas Gerais	44.258	10,6	19,1	20.593.356	10,2	24,4	2,15
Espírito Santo	8.581	2,0	3,7	3.839.366	1,9	4,5	2,24
Rio de Janeiro	61.346	14,6	26,4	16.369.179	8,1	19,4	3,75
São Paulo	117.995	28,1	50,8	43.663.669	21,7	51,7	2,70
Região Sudeste	232.180	55,3	100,0	84.465.570	42,0	100,0	2,75
Paraná	21.546	5,1	34,4	10.997.465	5,5	38,2	1,96
Santa Catarina	13.738	3,3	21,9	6.634.254	3,3	23,0	2,07
Rio Grande do Sul	27.419	6,5	43,7	11.164.043	5,6	38,8	2,46
Região Sul	62.703	15,0	100,0	28.795.762	14,3	100,0	2,18
Mato Grosso	4.513	1,1	13,6	3.182.113	1,6	21,2	1,42
Mato Grosso do Sul	4.776	1,1	14,5	2.587.269	1,3	17,3	1,85
Goiás	11.795	2,8	35,7	6.434.048	3,2	42,9	1,83
Distrito Federal	11.951	2,9	36,2	2.789.761	1,4	18,6	4,28
Região Centro-Oeste	33.035	7,9	100,0	14.993.191	7,5	100,0	2,20
Brasil	419.224	100,0	–	201.032.714	100,0	–	2,09

Fonte: Scheffer M, Demografia Médica, 2015, p.48

Esse processo de distribuição desigual de profissionais de saúde e a dificuldade cada vez mais presente de prefeituras assumirem as despesas com o pessoal, gerou um movimento no país na busca de soluções para essas iniquidades. Havia, por um lado, a busca de sedimentação de um sistema que fosse acessível e universal e coordenado pela atenção primária e uma situação emergencial de gestores municipais que não conseguiam garantir a oferta de recursos humanos em cenários mais distantes e empobrecidos do país, por outro. Em 2013, o governo federal iniciou um processo de regionalização, que procurava, dentre outras coisas, minimizar a iniquidade e a pulverização de recursos, aumentando a acessibilidade do cidadão aos recursos humanos e estruturais e aumentando a resolubilidade dos serviços de saúde. Esse processo tem idas e vindas e ainda não se definiram os mecanismos pelos quais a regionalização deva se instalar no país. O Contrato Organizativo de Ação Pública foi uma tentativa do Ministério da Saúde de fortalecer as negociações entre as esferas de governo e diminuir a iniquidade entre municípios.

Infelizmente, essa iniciativa não vingou e tem prevalecido mais recentemente a ideia de retorno aos consórcios intermunicipais.

Uma das queixas mais prevalentes de iniquidades pelos municípios era a falta de médicos ou a má distribuição dos mesmos em território nacional. As cidades que tinham melhor estrutura, melhores recursos e melhores oportunidades concentravam os médicos disponíveis na região, obrigando ao secretário a fazer todo tipo de acordo para manter um profissional disponível por algumas horas semanais para atender seus usuários. A Frente Nacional de Prefeitos produziu um documento intitulado “Cadê o médico? ”, com petição eletrônica e participação da sociedade que mobilizou uma série de atores sociais, fundamentalmente os gestores solicitando apoio do governo federal para que esse problema fosse minimizado. Desde 2011, o governo brasileiro, juntamente com a Organização Pan-americana de Saúde organizava debates e visitas para construir uma possível saída para a questão da força de trabalho no país, fundamentalmente a ausência de médicos. Em 2013, a população brasileira foi às ruas, reivindicando políticas públicas de qualidade e uma das pautas mais significativas era a melhoria do sistema de saúde brasileiro, o SUS. Com as manifestações de 2013, o governo se viu obrigado a dar uma resposta à população sobre as várias demandas que levaram as pessoas às ruas, dentre elas um sistema de saúde que não respondia aos anseios e necessidades de seus usuários. Com o projeto já desenvolvido, o governo lançou a ideia do programa Mais Médicos e se fortaleceu para os vários embates que se sucederam até a criação da Lei dos Mais Médicos que foi uma das grandes vitórias do governo Dilma nesse processo.

O governo brasileiro resolveu organizar uma estratégia de atração e fixação de médicos, combinando inovações já experimentadas por outros países - o programa Mais Médicos. O governo cubano foi parceiro desde o início pela sua história de exportação da mão de obra médica para países em situações de guerra ou grande necessidade como é o caso das experiências desenvolvidas na Venezuela e no Haiti. Cuba assinou um acordo de cooperação como o Brasil, através da Organização Pan-americana de Saúde, para a contratação temporária de cerca de 10 mil médicos cubanos por cerca de 3 anos, sujeita a renovação se houver acordo entre as partes. O governo inglês há muitos anos forma e incentiva a contratação de médicos dos países que adotam também a língua inglesa como idioma de trabalho como os

paquistaneses, indianos e australianos. O governo canadense, por seu histórico de iniciativas no campo da formação para criação de sua força de trabalho também tem sido exemplo para o Brasil. Cuba é, ao contrário de muitos países pobres, um país que a formação médica para a atenção primária é uma prioridade. Com uma estatística de 6 médicos por mil habitantes, a estratégia de educação de médicos é estendida aos países parceiros e funciona como moeda de troca para garantir a subsistência do país, já que tem poucas reservas naturais e sofre embargo dos Estados Unidos da América em decorrência de seu regime de governo. É um dos países com uma população com uma expectativa de vida maior do que muitos países desenvolvidos, 80 anos para mulheres e 76 para homens; baixa taxa de natalidade e tem mais de 2 mil pessoas que chegaram aos 100 anos (LA TINTA, 2017).

No Brasil, houve o repúdio da mídia e da corporação médica, mas contou com o apoio de gestores e de boa parte da população. Por meio de uma negociação tripartite a partir da lei nº 12.871, aprovada pelo Congresso nacional e sancionada pela presidente em 22 de outubro de 2013, foi criado o Programa Mais Médicos. O foco dessa lei é diminuir as iniquidades no acesso à saúde, principalmente entre os grupos em situação de maior vulnerabilidade como os indígenas, os menos abastados economicamente e os moradores de periferias e zonas pobres das grandes cidades.

O programa se divide em três eixos fundamentais: (a) distribuição de médicos, (b) investimento na infraestrutura da atenção básica e (c) formação, que envolve mudança nas grades curriculares e investimento para implantação de novos cursos de medicina em lugares sem médicos (PEGO, 2013). Os objetivos desse programa, definidos pela Lei dos Mais Médicos (BRASIL, 2013) são:

1. Aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;
2. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira;
3. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino e serviço, por meio da educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

4. Promover a troca de conhecimentos entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
5. Aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013).

Este programa já tem 4 anos e já existem muitas avaliações publicadas sobre ele. Ao todo, no Portal da OPAS que concentra as pesquisas sobre o PMM, apresentam-se mais de 50 pesquisas, dentre as quais, avaliações de impacto, de efetividade da política na resposta da atenção primária, pesquisas avaliativas do projeto como um todo para subsidiar os passos do Ministério da Saúde, estudos vem sendo realizados pelas Universidades envolvidas no programa desde seu início. As revistas *Interface* (2015) e *Ciência e Saúde Coletiva* (2016) destinaram números especiais à avaliação desse programa, bem como foram produzidas pesquisas financiadas pelo CNPQ e pela Organização Pan-americana de Saúde, teses de mestrado e doutorado em andamento, um relatório do TCU (2014) e artigos de opinião nos jornais e revistas de maior circulação do país. Os principais estudos se dividem nas seguintes temáticas de análise: relação de contribuição do PMM para a política de Recursos Humanos ou para a melhoria da APS, com o foco no provimento e na redução de iniquidades (GIRARDI et al, 2016, PINTO et al, 2016, CARVALHO et al, 2016, OLIVEIRA et al, 2016), acesso, infraestrutura, produção e efeitos e APS (MIRANDA et al, 2016, GIOVANELLA et al, 2016, GONÇALVES et al, 2016, LIMA et al, 2016, LIMA et al, 2016), formação e tutoria (THUMÉ et al, 2016, LIMA et al, 2016,) e gestão e planejamento local de recursos humanos e arranjos institucionais (CAMPOS e PEREIRA JR, 2016, LOTTA e tal, 2016) e demais trabalhos de análise crítica e opinião que constam nesses números especiais acima descritos. A cooperação Cuba- Brasil foi mencionada por alguns autores (CAMPOS 2015, CAMPOS e PEREIRA JR, 2016, PINTO et al, 2016, OLIVEIRA et al, 2016, RÓVERE, 2015, SCHEFFER, 2015), mas as dimensões de efeito dessa cooperação no trabalho médico, ou mesmo as dimensões de troca e de aprendizagem mútua que são geradas nesses encontros permanecem pouco exploradas, com uma ressalva do documentário *Aprendizados e Legados – Mais Médicos* (DOMPIERI e AKERMAN, 2017).

1.5. As questões a que esta pesquisa se propõe a responder

Embora a tentativa de fixar profissionais em áreas remotas não seja nova, a cooperação técnica entre países com a absorção de profissionais estrangeiros, intermediada por uma agência das Nações Unidas, faz dessa política um campo de possibilidades de inovação no contexto de gestão do trabalho em saúde no Brasil? Entender qual a contribuição da cooperação Cuba Brasil para a política de gestão de trabalho em saúde no Brasil e no mundo é o foco central desta pesquisa que procura responder as seguintes questões: por que o Brasil precisou apostar em importação de médicos para lidar com as iniquidades na distribuição de médicos no país? Quais os efeitos da cooperação Cuba- Brasil na gestão do trabalho médico? Quais as estratégias de fomento à aprendizagem mútua entre cubanos e brasileiros a partir desse programa? O Programa Mais Médicos lança luz às políticas de recursos humanos no Brasil? Quais as implicações para a carreira médica de medicina de família e comunidade no Brasil? Quais os problemas e as vantagens dessa cooperação?

Foto: Celso Oliveira

Khôra (khorá ou Chora; em grego antigo: χώρα) era o território da polis fora da cidade propriamente dita. O termo foi utilizado em filosofia por Platão para designar um receptáculo, um espaço ou um intervalo no seu diálogo *Timeu*. Jacques Derrida usa khorá para nomear uma alteridade (otherness) radical que “proporciona lugar” para o ser. Platão propõe que a chora se localiza entre o sensível e o inteligível, através da qual tudo passa, mas na qual nada é retido. Martin Heidegger a designa como uma clareira na qual o ser acontece ou tem lugar. (Wandelli, 2000)

Capítulo 2. A Concepção da Pesquisa

2.1 Pressupostos teóricos para o estudo das Políticas (Policy and Politics) de Organização e Gestão do trabalho médico no Sistema de saúde brasileiro : projeto de poder e o trabalho médico

Descrever o ciclo de uma política, em um contexto mutante, atravessado por uma grande crise capitalista global, pode ser um desafio para qualquer pesquisador. Tentar descrever um percurso de desenhos e elaboração de política já traz em si uma complexidade característica de processos humanos e sociais, independente das nuances contextuais que hoje vivemos. Mas tentar analisá-la, considerando as influências de uma crise internacional do capitalismo em seu contexto, as mudanças próprias de um país em colapso, a ameaça a um sistema de saúde que se avizinha e o mosaico de atores que atravessam essa política é quase impensável com as ferramentas metodológicas que hoje dispomos. Por outro lado, é enriquecedor tentá-lo. Pois se não chegarmos a conclusões definitivas, nos modificamos ao longo do caminho.

Podemos definir política de diversas formas, desde seu sentido mais amplo, constituído a partir da criação da polis, na ligação com o Estado, a partir de Maquiavel, já como um fenômeno mais autônomo, até o desenho de programas que entendemos hoje como política públicas, que são fortemente atreladas ao Estado, com grande influência de múltiplos atores. Segundo Sartori, “o caminho complexo e tortuoso da ideia de política ultrapassa a cada instante, e em mil aspectos, a palavra correspondente. ” (SARTORI,1924). É esse caminho tortuoso e complexo da política de saúde brasileira, mais especificamente espelhada no Programa Mais Médicos, que pretendemos percorrer. Do global ao local, pretendo percorrer os meandros da política, pois entendo, como Milton Santos, que “cada lugar é, ao mesmo tempo, o objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente” (SANTOS, 2008, p. 339).

Segundo Sartori, a duplicidade político-social não existia no pensamento grego. Essas distinções política e social, estado e sociedade só viriam a aparecer no séc. XIX. Aristóteles se preocupava com o homem e não com a política e esse homem vivia na polis e a polis vivia nele. Nesse período, não havia associação entre política e poder, comando ou Estado. A partir de Maquiavel é que observamos uma política que tem autonomia e especificidade, ela aparece com leis próprias, foi o primeiro a empregar o termo Estado associado a política. A associação entre poder e política

também surge aí. Ainda discutindo o Estado, os economistas do sec. XVIII e XIX afirmam que a realidade social é capaz de autorregular-se e que as sociedades deveriam ser constituídas livres de interferências políticas e dos impactos do direito.

Para além das teorias de Estado, existem os autores que tematizam a sociedade a partir das condições de existência dos sujeitos. Segundo Hannah Arendt, é na relevância do discurso que o homem se faz um ser político e tudo que o homem faz, sabe ou experimenta só tem sentido à medida que pode ser discutido. (ARENDT, 1999). Para a autora, das três dimensões da condição de existência humana, trabalho, labor e ação, a ação é a atividade exercida entre os homens sem a mediação das coisas, é onde nos entendemos plurais, é onde estabelecemos a condição precípua de toda a vida política. A polis proporciona aos sujeitos a emergência de uma outra vida, para além de sua vida privada, a experiência da vida pública, do exercício do bios político. Para Aristóteles, a ação e o discurso eram os elementos essenciais do bios político, e com o surgimento da polis eles se transformaram em duas instâncias distintas. Discurso, aí entendido, como meio de persuasão, negociação, substituindo a guerra ou a violência. Nos escritos de Aristóteles, segundo Arendt, observamos a exclusão ou a marginalização de grupos sociais já na constituição da polis, quando Arendt afirma que Aristóteles defendia que todos que viviam fora da polis estavam destituídos da vida política, ou seja, de um modo de viver em que só o discurso tinha sentido.

Arendt comenta, ainda, que nesse período emerge um dos primeiros conceitos de sociedade, atribuindo o seu desenho a um conjunto de famílias que se aglomera para formar uma grande família sobre-humana que seria a nação. Nas discussões mais modernas³ temos uma visão distinta de política e de sociedade. A política constituída como um dos elementos da vida em sociedade, cuja categoria de trabalho é a sua grande dimensão constitutiva. Aparece aqui em Arendt também a dimensão do espaço para o exercício da política, a abertura que a sociedade tem que ofertar para que essa se expresse. Segundo Arendt, *nenhuma atividade pode tornar-se excelente se o mundo não proporciona o espaço para o seu exercício. Nem a educação, nem a engenhosidade, nem o talento pode substituir os elementos*

³ Período caracterizado pelas ideias iluministas, quando emergem razão e ciência como os vetores para o conhecimento, nasce com a Revolução Francesa do século XVII e se mantém em disputa até hoje, não sendo completamente superada pela filosofia contemporânea.

constitutivos da esfera pública, que fazem dele o local adequado para a excelência humana.

Reproduzo aqui a descrição de Arendt quando discute as três dimensões da vida: labor, trabalho e ação. Nos ajuda a entender muitos elementos do que contemporaneamente conhecemos como trabalho e como a política, que segundo a autora, poderia ser descrita pela dimensão da ação.

Labor: processo biológico do corpo humano, cujo crescimento espontâneo, metabolismo e eventual declínio tem a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo de vida. A condição humana do labor é a própria vida. Trabalho: É a atividade que corresponde ao artificialismo da existência humana, a existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie e cuja mortalidade não é compensada por este último. O trabalho produz um mundo artificial de coisas, nitidamente diferente de qualquer ambiente natural. Dentro de suas fronteiras habita cada vida individual, embora esse mundo se destine a sobreviver e a transcender as vidas individuais; a condição humana do trabalho é a mundanidade. Ação: é a única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo. Todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política: mas esta pluralidade é especificamente a condição não apenas a *conditio sine qua non*, mas a *conditio per quam* de toda a vida política. A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir. ...A ação, na medida em que se empenha em fundar ou preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança, ou seja, para a história. (ARENDT, 1999, p. 15)

Alguns autores afirmam que a visão de política grega era mais libertária e igualitária e que a visão de Maquiavel substitui essa visão pela ênfase nas relações de poder e na dominação como constitutivas da política. Nesta perspectiva, Reis argumenta que:

Política é antes de tudo poder, e, portanto, tem a ver com relações assimétricas ou de desigualdade. Os fins da ação do Estado em qualquer campo não são dados, mas derivam antes da confrontação e do embate político que nascem precisamente da coexistência de uma pluralidade de objetivos ou interesses diversos em qualquer momento de vida de uma sociedade. Em torno desses interesses diversos, identidades coletivas, parciais de natureza variada – classes sociais, etnias, religiões, grupos de diferentes tipos – tratam de afirmar-se e consolidar-se como foco na ação política, e eventualmente de mobilizar a seu favor a máquina do Estado. A consequência óbvia é que dependendo dos resultados mais ou menos permanentes ou circunstanciais dessa confrontação, a eficácia da ação do estado na promoção de determinados fins pode representar não apenas a

frustração de outros fins tópicos ou ocasionais de certos agentes do processo, mas mesmo, eventualmente a negação cabal da possibilidade de que determinados focos latentes de interesse ou agentes políticos potenciais venham sequer a constituir-se como identidades coletivas efetivas – redundando, assim, em eliminar radicalmente do jogo político os interesses ou objetivos correspondentes. (REYS, 2010, p.22)

Ao estudar a literatura de Ciência Política, um dos personagens mais marcantes na discussão de um Estado interventor na economia, que assume a tarefa de garantia de direitos é JM Keynes, precursor da ideia do Estado de Bem-Estar Social, ao lado do grande mentor, também inglês, desse Estado, Willian Beveridge (ESPING-ANDERSEN, 1991). Keynes defendia uma maior intervenção do Estado nas forças de mercado, garantindo emprego, educação, moradia e controlando as forças da especulação e do capital para que a sociedade se mantivesse em equilíbrio. Ele defendia um Estado ao mesmo tempo democrático e interventor. Defendia a evolução do mercado, mas com garantia de proteção social. No entanto, há muitas críticas à visão de Keynes que achava que era possível construir políticas protetivas e um Estado moderado em um regime capitalista. Para Keynes, o pleno emprego seria garantido com a evolução do mercado, com o crescimento econômico e evolução capitalista.

Segundo Carchedi & Roberts (2013), para entender o capitalismo moderno há que se entender a taxa de lucro e há um reconhecimento do fracasso da produção capitalista para gerar o lucro desejado pelo capital investido. Os Keynesianos, por sua vez, segundo esses autores, não reconhecem o lucro como uma variável significativa, pondo suas fichas no consumo e no investimento. Reconhecem, no Estado, um ponto chave no estímulo à demanda. Para os Keynesianos, o capitalismo pode ser salvo por mais consumo e não menos, que para Carchedi & Roberts seria o contrário - quanto mais o trabalhador gasta, pior será a crise.

Karl Marx e os teóricos (Marx & Engels, 1999) que subsidiaram a revolução socialista, defendiam um mundo mais horizontal, tomado pela classe trabalhadora e longe do domínio das relações capitalistas. Denunciaram a barbárie ocasionada pela luta de classes e a exploração dos trabalhadores pela mais valia. À época, o fenômeno da industrialização era o foco das críticas anti-capitalistas, na transformação do homem em mercadoria, na construção de linhas de produção onde os sujeitos perdiam sua capacidade de intervir na totalidade da formação do produto e de pensar sobre ele. Muito atual, as teorias marxistas se adaptam na discussão da dominância

do capital financeiro no movimento contemporâneo do capitalismo (Callinicos, 2010) e a demonstração que o crescimento capitalista tem gerado mais danos do que soluções e que o capital industrial que outrora gerava crescimento e gerava bens comuns, agora fica mais prejudicado. Os direitos sociais são reduzidos sem uma contrapartida na vida das pessoas de crescimento econômico ou social.

A crítica aos marxistas se dá pela falta de exemplos concretos de países que conseguiram estabelecer um regime socialista. A União Soviética foi uma tentativa de implementação desse modelo, mas sem sucesso, juntamente com Alemanha Oriental e Albânia. Somente Cuba, persiste, mesmo com a morte de sua figura mais proeminente, Fidel Castro, com um regime de sociedade que restringe consumo desmedido, como também a liberdade comercial de seus cidadãos.

Muitos outros teóricos vieram, dos Marxistas, dos economistas neoliberais aos pós-modernos. Mas para efeito desse estudo, vamos tentar explorar essas teorias políticas materializadas nas políticas de saúde latino americanas, mais precisamente na realidade brasileira. Marx, Foucault e os autores que tentam fazer uma leitura da realidade a partir de seus escritos, nos ajudam a pensar o contexto em que surge o Sistema de Saúde do Brasil, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) suas políticas estruturantes e políticas pós-reformas como o Mais Médicos que funcionam como um disparador para uma discussão macro política do contexto que vivemos, por um lado, e dos efeitos micro políticos por outro.

Muito influenciadas pelas teorias marxistas, as reformas sociais da América latina tentavam desconstruir um Estado totalitário através de movimentos sociais e revoluções que ecoaram pelo continente e que foi, de certa maneira, capturada pela cooptação partidária a partir dos anos 80. O neoliberalismo que tem seu apogeu na América Latina na década de 90⁴, aproveitando-se do vácuo criado pelo desmoronamento das experiências ditas socialistas, se fortalece em uma nova roupagem de dinamismo e criatividade. Onde democracia era sinônimo de liberdade comercial. Na Europa, o neoliberalismo já era uma realidade no início dos anos 80, mas a experiência mais emblemática foi a da Inglaterra com o governo Thatcher.

⁴ Segundo Anderson as ideias neoliberais nascem logo após a II Guerra Mundial em um ataque contra o Estado de Bem-Estar Social europeu. A obra de referência é *O Caminho da Servidão* de Friedrich Hayek de 1944. Atinge seu apogeu, no entanto, com o Governo Thatcher na Inglaterra e o governo Reagan nos Estados Unidos nos anos 80. (ANDERSON, 1995)

O que fizeram, na prática, os governos neoliberais deste período? O modelo inglês foi, ao mesmo tempo, o pioneiro e o mais puro. Os governos Thatcher contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. E, finalmente – esta foi uma medida surpreendentemente tardia –, se lançaram num amplo programa de privatização, começando por habitação pública e passando em seguida a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água. Esse pacote de medidas é o mais sistemático e ambicioso de todas as experiências neoliberais em países de capitalismo avançado. (ANDERSON, 1995, pg.3)

A América Latina se manteve em um quadro de ambiguidade entre a construção de políticas públicas revolucionárias como a criação do SUS no Brasil e a incorporação dos ideais liberais na privatização das riquezas nacionais como o caso da Vale do Rio Doce, das telefonias e das companhias energéticas do país no governo Fernando Henrique Cardoso. As reformas de saúde, fundamentalmente a construção do SUS brasileiro, se destacam como estratégias de inovação e de manutenção da proteção social, apesar dos problemas estruturais de valorização e contratação de mão de obra e adoção da focalização em muitas iniciativas governamentais. A Constituição brasileira de 1988 foi um marco na história do país na defesa de direitos sociais e de definição de um novo modo de construir políticas públicas no país. Esta Carta Magna tem sido considerada tão avançada quanto as dos países mais desenvolvidos em políticas sociais do mundo. A educação e a saúde se destacam pela visão de cobertura universal gratuita e pelo reconhecimento dos determinantes sociais da saúde já no seu texto. Com as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde tripartites, o sistema de saúde foi se consolidando como uma das maiores inovações brasileiras no campo dos arranjos institucionais da proteção social. O Sistema Único de Saúde nasce no centro da reforma democrática brasileira e se estabelece nessa disputa. A disputa de classes permanece fora e dentro do sistema.

O Sistema de Saúde brasileiro é um reflexo de sua sociedade e as diferenças de classes e de direitos que até hoje se mantém. Pós 88, o Brasil viveu os anos 90 sob a égide de um governo neoliberal que implementou uma série de políticas privatistas por um lado, mas consolidou a democracia e as instâncias de participação da sociedade no jogo político por outro, que culminou na chegada da esquerda trabalhista ao poder em 2003, junto com a Argentina, Venezuela, Bolívia e o Uruguai. No entanto, houve, segundo Cunha (2017) uma dissociação entre o resultado eleitoral

que ocorreu em países como Argentina, Brasil e Venezuela e a resposta nas políticas sociais esperadas com a esquerda no poder. No caso do Brasil, por exemplo, se misturaram ações de política social de transferências monetárias, como o Bolsa Família, e medidas econômicas neoliberais como a abertura do sistema de saúde para a especulação do capital estrangeiro, a desoneração fiscal para usuários de planos de saúde privados, a não taxação das grandes fortunas, o chamado Robin Hood às avessas, retirando dos pobres para dar aos ricos.

No caso brasileiro, havia uma aposta: o **Brasil** é tão desigual que seria possível melhorar alguma coisa sem mexer na estrutura dos problemas. Então, para dizer de modo sintético, apostou-se na reforma como um caminho para diminuir as contradições dessa sociedade apartada, que é o Brasil. Esse foi o fundamento do modo lulista de regulação do conflito social, que consistia, por um lado, em pequenos ganhos dos patamares inferiores da pirâmide social brasileira, seja por meio de renda condicionada com o **Programa Bolsa Família**, seja por uma discreta evolução do salário mínimo e, por outro lado, mantendo os negócios intocados – e quem sempre ganhou dinheiro no país continuou ganhando dinheiro como nunca. Nesse acerto houve uma relativa pacificação social. Essa aposta funcionou bem no período de crescimento econômico e do **boom das commodities**, mas começou a ter problemas por conta da conjunção de escândalos políticos e da recessão econômica. Isso ficou claro em junho de 2013, quando esse modelo perdeu a sua funcionalidade e a sua margem de manobra de dar para os pobres sem tirar dos ricos. Num contexto de crise, perdeu-se o espaço para essa proposta. (CUNHA, 2017, online)

Como resultado dessa ambiguidade, fruto da coalizão de governo, mesmo sob o comando dos governos de esquerda, as políticas neoliberais em curso apontaram para a continuação de altos níveis de pobreza, indigência, desindustrialização, perda de emprego formal, aumento do trabalho informal e desigualdade social crescente.

Com os governos dos partidos dos trabalhadores, originalmente de esquerda, cujos líderes foram Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, o Brasil viveu um momento de crescimento econômico e social com políticas distributivas a exemplo do bolsa família, mas manteve a agenda política proposta pelos bancos mundiais e agências internacionais que favoreciam uma ampliação da participação do mercado internacional nas decisões nacionais. No final dos anos 90, autores como Navarro (2002) já faziam a denúncia que o processo de globalização da economia era um mecanismo que intimidava e regulava os países periféricos, manipulando suas estratégias políticas e desmontando sua soberania.

Globalização do comércio, investimentos e finanças se transformara nas grandes forças por detrás das políticas públicas, incluindo as políticas de saúde. O poder dos governos para moldar as políticas nacionais está sendo

consideravelmente reduzido e limitado pela crescente economia internacional competitiva. A única alternativa dos governos é se agregar a esses grupos e facilitar o processo de abertura de seus países à globalização, sob pena de serem penalizados se houver resistência. De acordo com documento da Organização Mundial de Saúde, países que resistirem à globalização “se encontrarão marginalizados da comunidade e da economia mundial” (NAVARRO, 2002)⁵

Essa agenda de que falava Navarro nos anos 90, se fortalece agora com a crise do capital financeiro em 2008, e amplia seu escopo com uma guinada à direita de países importantes no cenário mundial. A América Latina com Macri na Argentina, Temer no Brasil e a morte de Chávez deixa de ser uma alternativa de mudança do que Boaventura de Souza Santos (2006) chama de a transformação a partir do Sul. O atual governo brasileiro (2016-2017), com um projeto político que não foi escolhido pela população brasileira, amplia o hiato entre ricos e pobres, afirmando iniciativas que privilegiam uma certa classe social em detrimento de outra, congelando os investimentos nas áreas sociais por 20 anos, reformando a previdência a favor do empregador e as leis trabalhistas, retirando direitos e aumentando a desvantagem entre os que trabalham e os que exploram a mão de obra do trabalhador no país.

No Brasil dos contrastes, convivem, portanto, políticas inovadoras como o programa antirretroviral para o tratamento da AIDS, a quebra da patente dos medicamentos, a criação da estratégia de saúde da família, com os agentes comunitários de saúde como centro do cuidado em muitas regiões e o trabalho de equipe multiprofissional e por outro, a dificuldade de acesso a serviços essenciais, um alto índice de mortalidade materna, a permanência de doenças erradicáveis como a hanseníase e leishmaniose, e uma população envelhecendo e demandando novas estratégias de cuidado. A judicialização da saúde é outro fenômeno contemporâneo importante, que onerou cofres públicos, não resolveu o problema do acesso, gerando instabilidade na gestão pública e dificultando a tomada de decisão baseada em necessidades coletivas.

A atenção primária, apesar de ter se desenvolvido nos últimos anos a partir da implementação da estratégia de saúde da família, não atingiu seus objetivos como em outros países porque a distribuição de equipes era concentrada em pequenas cidades e periferia das médias, pouco acesso das famílias da zona rural das regiões

⁵ Tradução da pesquisadora

norte e nordeste; financiamento concentrado nas ações de alta e média complexidade, equipes sem médicos, baixo tempo de permanência dos médicos na equipe, carga horária reduzida desse profissional e insatisfação com relação aos modos de contratação (SOUZA et al, 2014). Ademais, não houve um investimento em carreiras nacionais de medicina ou na formação desse profissional. Em outras palavras, o país não assumiu verdadeiramente a atenção primária como coordenadora do cuidado e investimento na formação de profissionais de saúde da família não condiziam com a estruturação do serviço para esse fim.

É nesse contexto que surge o programa Mais Médicos. Nesse terreno de disputa, no contexto da descentralização do Estado, cuja gestão das políticas está na mão de pequenos municípios que não tem como arcar com o aparato e complexidade das necessidades de saúde. Por outro lado, se reinventa e busca soluções inovadoras no cotidiano de pequenas e grandes cidades.

2.2 A escolha de um modelo de análise de políticas

Para analisar o programa Mais Médicos como uma política pública, temos que enveredar pelo terreno da análise de políticas que inicia com Laswell (1956, 1970) e Parsons(1995), o modelo de fluxos políticos de Kingdon (2011), o Improved Model de Howlett(2003) e os vários autores nacionais que se debruçam pelo terreno complexo das políticas. Segundo Rodrigues (2016), os modelos de análise de políticas públicas se dividem em modelo sequencial ou do ciclo político, modelo dos fluxos múltiplos, modelo do equilíbrio interrompido e quadro teórico das coligações de causas ou de interesse. Os modelos apresentam diferenças significativas na maneira de analisar uma política, desde as estratégias mais sequenciadas e de fases como o ciclo político de Laswell e Howlett, ao modelo que considera os interesses e o poder de influência dos grupos como o de Kingdon e o modelo incrementalista de Lindblom. Segundo a autora, no entanto, os modelos se caracterizam de forma semelhante por:

São orientados por problemas políticos que ocorram em contextos específicos; são multidisciplinares; são orientados por valores, ethos democrático e a dignidade humana; afirmam a possibilidade de, nas sociedades democráticas, a ação ou inação das decisões políticas serem analisadas cientificamente por cientistas independentes. (Rodrigues, 2016, p.17)

Alguns autores criticam a noção de política pública como uma verdadeira política, pois afirmam que está sempre atrelada ao Estado e para os Marxistas o

Estado é o fiador do capital. Ao produzir estratégias de manutenção do pacto social e da ordem monetária, o Estado se torna um ente indispensável para a manutenção do capitalismo. Segundo Orione (2015, p. 63)

A ordem monetária é indissociável da soberania do Estado, e sua sobrevivência pressupõe que os proprietários privados acatem a moeda como uma convenção necessária para a reiteração dos processos de circulação das mercadorias, de liquidação das dívidas e avaliação das riquezas.

Apesar de reconhecer a crítica marxista como uma importante reflexão sobre o papel do Estado na manutenção dos modelos de sociedade que temos hoje, para efeito dessa pesquisa consideraremos a política pública um importante vetor de transformação da sociedade e do próprio Estado, a partir do momento que é um importante disparador de inovações e de tentativa de dar respostas aos problemas que se apresentam ao conjunto dos atores no seu contexto de vida. A pesquisa se filia ao conjunto dos autores (Foucault, 1984, Deleuze, 2010, Ball 1990, 2004, 2005, 2006) que afirmam que é no território da imanência que ocorrem as transformações e é dessa maneira, lançando o olhar sobre o território que a política se organiza e ganha concretude, que resolvemos construir nossa análise investigativa.

Nesse sentido e antes disto, o primeiro olhar que lançamos sobre esse programa Mais Médicos seria para sua formalização, afinal de contas entre as várias características de uma política pública é que ela se institucionaliza no aparato jurídico-institucional como lei, norma ou decreto. Toda análise de política pública tem que passar pelo seu lado formal, legal e institucional. Muitos autores apontam a necessidade de se buscar o enunciado oficial e o que vem por trás dela. Mas compreende-se que esse aspecto formal é só um dos elementos da política, as negociações, os conflitos, o mapa de atores, todas essas dimensões formatam uma política pública. Para compreendê-la também temos que ir aos seus efeitos cotidianos, onde ela se materializa, onde se torna mundana. A pluralidade a que se refere Arendt, quando descreve a ação como uma das dimensões da condição humana pode ser melhor visualizada no campo de prática, no contexto. Uma política pública há que considerar como se torna um problema reconhecido, validado pelo Estado, o jogo de lutas e interesses, o processo de disputa, o exercício de poder, seus efeitos, como é formulada, quem decide sobre essa e nas várias roupagens que esta adquire quando

se materializa em um lugar, em uma determinada localidade ou população. É nesse jogo de forças que temos que lançar nosso olhar para entender como se constitui uma política, nos espaços de confrontação e nas relações de poder estabelecidas. A política pública nasce dessa forte influência do Estado na vida das pessoas. As instituições conformam o desenho da cidade, definem a vida, o movimento dos corpos e as escolhas cotidianas que fazemos. Mas não é só dos aparelhos institucionais que vivemos. Os sujeitos resistem a cada dia. E é nessa capacidade de resistência e de construir vias de fuga que estamos interessados.

Outra dimensão importante para o entendimento de uma política é a dimensão da burocracia estatal e das instituições. Dialogando com as teorias institucionalistas para entender a burocracia partidária e a construção de políticas, Lima et al (2011) fazem uma revisão dos institucionalistas explicando que há quatro vertentes do institucionalismo. Segundo os autores, o conceito de instituição é amplo incluindo os aspectos formais e informais da política, desde as leis ou regras informalmente pactuadas até os aspectos culturais que definem modos de convivência e definição de condutas socialmente aceitas. Essa visão institucionalista nos ajuda a pensar os caminhos da política porque o jogo de tomada de decisão e de formulação é influenciado pelas regras organizacionais, pela estrutura das instituições de governo e pelo aparato do Estado e a posição dos atores em cada instituição.

Para Lima et al, pode-se argumentar que:

A formulação das representações sobre a política e a possibilidade de sucesso nas demandas é medida pela formação histórica do Estado e suas instituições políticas. Os grupos de interesse se formam e produzem suas agendas em diálogo com estruturas organizacionais e as agências estatais existentes. As instituições políticas mediam as relações entre as estratégias de atores e implantação de determinadas políticas públicas, permitindo que demandas similares tenham resultados totalmente diversos. (Lima et al, 2011. Online)

Para entender o Mais Médicos, temos que entender a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que a partir do fenômeno da descentralização se localizou essencialmente nos municípios e no governo federal, guardando uma parcela menor de coordenação para os Estados. Isso em tese, porque em Estados

como o Ceará, objeto e campo desta nossa pesquisa, pela pobreza e carência de recursos dos municípios menores e a deficiente capacidade instalada dos municípios maiores que os impede de dar apoio aos menores, o Estado desempenha um papel fundamental de coordenação e direcionamento da política. O desenho tripartite de tomada de decisão do SUS, com a participação dos Conselhos paritários entre usuários, gestores e prestadores é uma engenharia inovadora se os processos de tomada de decisão não fossem burlados pela captura dos governos locais pela lógica de indução de políticas a partir de incentivos do governo federal e pela cooptação político-partidária de lideranças desses conselhos, assumindo, muitas vezes, a voz instituída como se fosse de seus pares ou a de uma oposição cega e sem fundamentos. Obviamente, isso não inviabiliza a força que muitos desses aparatos sociais assumiram na governança da saúde no Brasil, trazendo para a cena política a voz de múltiplos atores. O legislativo e a burocracia dos ministérios são outros espaços institucionais que definem as políticas de saúde hoje, influenciados por financiamentos de campanha de grandes corporações estrangeiras, que dominam a cena pública no país, com eleição de deputados, senadores e membros do executivo com a incumbência de flexibilizar a máquina pública brasileira, para um “novo momento”, a exemplo dos planos de saúde privados populares defendidos pelo Ministro da Saúde (2016/2017) e a abertura do SUS para o capital estrangeiro ainda aprovada no governo Dilma.

A terceira dimensão de compreensão da política é da governamentalidade⁶ e de que forma as pessoas se veem nesse aparato político e de que maneira tem ressonância na vida de cada um e de que modo faz sentido para elas. Segundo Hardt e Negri (2016)

As políticas neoliberais de governo em todo o mundo têm buscado nas últimas décadas privatizar o comum, transformando os produtos culturais –

⁶ Por governamentalidade Foucault entende o conjunto constituído de instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bastante específica que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por governamentalidade entende a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de ‘governo’ sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado (e por outro lado), o desenvolvimento de toda uma série de saberes. (COSTA, 2009, p.174)

por exemplo, a informação, as ideias e até espécies de animais e plantas em propriedade privada. (p.8)

A visão padronizada da política estabelece um antagonismo entre público e privado e olha somente para o que pode ou não, deve ou não ser regulado pelo Estado. Como se o bem comum estivesse somente nessa seara. Mas segundo esses autores, a estatística, os indicadores sociais, as mudanças nos mapas de doenças ou renda não esgotam as diversas formas de vida, as manifestações, linguagens e movimentos que escapam a dimensão dos que resistem, que sobrevivem. A visão padronizada, contudo, parte do princípio de que a única alternativa ao privado é o público, ou seja, aquilo que é gerido e regulado pelo Estado e por outras autoridades governamentais como se o comum fosse irrelevante ou estivesse extinto.

Embora o nosso olhar capture melhor o que está institucionalizado, é na prática da vida como ela se expressa pelos cidadãos que experimentam a política e que esta se materializa da maneira mais crua e mais verdadeira.

A forma de soberania contemporânea dominante – se ainda quisermos chamar assim – está completamente incrustada em sistemas jurídicos e instituições de governança e é por elas apoiada, uma forma republicana caracterizada não só pelo Império das leis, mas também, igualmente, pelo domínio da propriedade. Em outras palavras, o político não é um terreno autônomo, está completamente mergulhado nas estruturas econômicas e jurídicas. (HARDT E NEGRI, 2016, p. 19-20)

O quarto aspecto que quero abordar nesse capítulo, é a dimensão do patrimonialismo ou de um certo colonialismo que, para alguns autores caracterizaria a sociedade brasileira hoje. Uma certa matriz explicativa das razões pelas quais vivemos do modo em que vivemos (HOLANDA, 1956, DAMATTA, 1978, FREYRE, 1936). A dimensão da nossa história, que passa por uma visão de que somos uma sociedade cordial, que agimos como seres intuitivos, a afetividade nos move e por esse *modus operandi* nos constituiríamos como uma sociedade mais inclusiva e mais parcimoniosa, conviveríamos com mais naturalidade com o fosso social que nos abate. Essa dimensão é importante para analisar a política Mais Médicos e quais os efeitos de uma cooperação com um país de *modus vivendi* tão distinto do nosso.

Jessé de Souza nos convida, ainda, com seu *Ralé Brasileira* (2009) a nos fazer refletir sobre a questão da desigualdade social no país, fenômeno já reconhecido, que segundo os grandes nomes da sociologia remonta do nosso período escravocrata e está incorporado na cultura nacional. Segundo o autor, essa visão é uma violência simbólica, que se expressa na naturalização da desigualdade, atribuindo aos problemas sociais, a uma ineficiência de gerir recursos, típica de um sujeito que não foi acostumado a usar a razão. Pois, denuncia o autor, “nós brasileiros somos o povo da alegria, do calor humano, da hospitalidade e do sexo – o mito nacional”.

Souza alerta para a percepção da política apenas pelo componente econômico, mas deixa-se de observar que muitas das definições das políticas guardam relações com valores e ideias que se difundem socialmente.

Segundo Souza,

a política não é feita como muitos imaginam, pelos burocratas da política, pelos jornalistas da política ou, menos ainda, pelos políticos profissionais da política. A atenção a esse elemento mezinheiro do dia a dia das lutas políticas nos cega em relação ao principal: o conjunto de ideias e valores e interesses ligados a essas ideias) e dos consensos sociais que se criam a partir delas, que são estipulados e o limite de qualquer ação política. Como essa ligação entre ideias e práticas políticas é quase sempre tornada invisível, por bons motivos para todos que precisam esquecer a gênese de suas práticas cotidianas, ela só “aparece” aos nossos olhos nos seus “efeitos” ou seja, como mera “prática sem autor”, no cotidiano dos rituais da vida política. (SOUZA, 2009, versão online)

Essa dimensão da cultura é fundamental para que se perceba as nuances de uma política que se inicia como uma resposta às demandas de prefeitos, cobrados por uma população desassistida, mas também para que possamos entender como essa resposta se desenha, seus desfechos e como a interação entre um exército de médicos cubanos, oriundos de um modelo diferente de sociedade se dá com a “cordialidade” brasileira e seus desdobramentos para o trabalho médico no Brasil.

A política de saúde brasileira está hoje atravessada pelas várias dimensões acima referidas e outras tantas que não foram privilegiadas pela investigadora. Estamos olhando para um Sistema de Saúde ameaçado na sua universalidade e na sua integralidade por um conjunto de medidas mundiais relacionadas ao capitalismo contemporâneo portador de juro e a crise das tentativas

estatais de aplacar o seu impacto na vida das pessoas. De modo recorrente, a agenda neoliberal que hoje está incorporada na agenda cotidiana dos sujeitos, que permeia as relações de trabalho, que transforma o profissional em empreendedor de si mesmo e define comportamentos, tendo o mercado como o grande marcador do modo pelo qual se organizam relações, fenômenos sociais e comportamentos. Essa agenda se capilariza através de várias tecnologias de governo, poderíamos citar como exemplo o conceito de capital humano originada pela Escola de Chicago, muito difundido ultimamente nas escolas de economia política, como um modelo a ser imitado e disseminado pelos governos e sociedade como aperfeiçoamento da força de trabalho. A ideia seria de que cada sujeito acumula destrezas e habilidades para o seu empreendimento, que é a venda dele mesmo como commodity (COSTA, 2016).

Segundo Costa (2016)

Para a Escola de Chicago não faria muito sentido pensar o indivíduo e o capital como exteriores um ao outro – pois, sob a sua ótica, as competências, as habilidades e as aptidões de um indivíduo qualquer consistem elas mesmas, pelo menos virtualmente e relativamente independente da classe social a que ele pertence, seu capital; mais que isso, é esse mesmo indivíduo que se vê induzido, sob essa lógica, a formar a si mesmo como (e com outros) uma relação no geral ele o reconhece (e aos outros) como uma microempresa; e, portanto, nessa condição, a ver-se como entidade que funciona sob o imperativo permanente de fazer investimentos em si mesmo – ou que retornem, a médio e/ou longo prazo, em seu benefício – e a produzir fluxos de renda. (p.177)

Ou seja, um sujeito em busca de si mesmo a partir de regras definidas pelo mercado. Por outro lado, se avizinha uma sociedade cada vez mais desigual em todas as suas dimensões. Formas de habitar, de vestir, modos de vida que se definem por uma lógica da massificação de hábitos, corpos e consumos, por um lado e pela intolerância à diferença, por outro. Ocasionalmente um fosso nas relações de trabalho e de convivência.

A policy (política pública) nasce nesse contexto da política, é formada por ela, por esses atores que a atravessam. E ora funciona como dispositivo de ruptura de processos, ora funciona capturada por essa imagem de mundo em que cultura, capitalismo e governo de si se digladiam ou se confluem dando forma e contexto para a política pública pensada. Ao olhar para o ciclo que desenha essa política, seus vários contextos e as mudanças sofridas pela situação de governo no país, o investigador consegue transitar pelos fenômenos da macro e da micropolítica em um pêndulo de

conceitos, capturas e inovações. Não encontramos instrumento melhor para olhar para esse pêndulo entre cooptação e resistência do que as dimensões do trabalho médico.

No contexto da globalização, Kickbush, 2010 afirma que as negociações multilaterais da saúde afetam aos interesses nacionais e econômicos que refletem a tensão entre a soberania dos países e ação coletiva global e os interesses comerciais e a proteção dos povos, afirmando que não há mais sentido essa divisão entre doméstico e estrangeiro, hard e soft, alto e baixo, policy e politics.

Nesse sentido, esse trabalho transita entre as macro influencias e as micro, o campo de prática e de formulação da política, na gênese dos problemas estruturais do SUS e nas pequenas conquistas. Transita entre o programa e a política. E para efeito dessa tese, analisaremos o Mais Médicos usando Programa, Projeto e Política como sinônimos.

2.3 As dimensões do trabalho médico: as contribuições de Foucault, Donnagelo, Ricardo Bruno e outros

A escolha de olhar para o trabalho médico e seu campo de prática para uma pesquisadora psicóloga pode parecer reducionista ou rendição aos domínios da medicina. Em pesquisa realizada em 2008, quando a pesquisadora era professora temporária na UFC, desenvolveu um estudo junto com a professora Vlândia Jucá sobre a clínica psicológica nos CAPS de Fortaleza. Um dos vários achados, foi a dificuldade de valorização do saber psicológico na realização de diagnósticos e intervenções iniciais, deixando nas mãos dos médicos a chamada “estabilização” do paciente para que, então, pudesse exercer sua clínica psicológica. Defender uma tese que, em essência discute as dimensões da política de saúde a partir do processo de trabalho médico como disparador, soa no mínimo estranho. No entanto, há de se reconhecer que na história da saúde mundial, a categoria médica sempre ocupou um lugar central na construção da rede de conceitos, normas de conduta e práticas sociais. A partir do objeto de trabalho da medicina também é possível lançar um olhar sobre a sociedade brasileira e os caminhos tortuosos e complexos que a política tomou, com efeitos devastadores no campo da saúde.

Segundo Donnangelo,

O trabalho médico representa apenas um dos componentes do processo de produção dos serviços de saúde, mas que ofereciam um ângulo estratégico para analisar as formas de organização desse setor como se insere na estrutura da sociedade. (DONNANGELO apud MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 127)

Para discutir processo de trabalho médico, práticas de saúde e seus caminhos e descaminhos em uma sociedade capitalista nos ancoraremos em Ricardo Bruno, Maria Cecília Donnangelo e Michel Foucault e seus comentadores. Há um caminho essencialmente marxista nos dois primeiros autores, e um olhar desconstrucionista do último que apoiar a pesquisadora para ampliar o que parece sedimentado na visão sócio crítica da medicina dos anos 70 e 80 e que tem ramificações até hoje.

Para Weller, a sociologia médica foi extremamente influenciada por uma visão neo-marxista e que, no capitalismo, saúde se transformou em uma commodity⁷ e que a oferta de saúde está enquadrada pelo lucro, resultado e eficiência. Infelizmente, apesar de Navarro ter apontado isso no final dos anos 70, essa realidade se atualiza da mesma maneira no sec. XXI.

A sociologia médica foi profundamente influenciada nos anos 70 e 80 pela sociologia Neomarxista e pela perspectiva da economia política. O argumento fundamental dessas abordagens foi que a morbidade e a mortalidade, características das sociedades contemporânea, poderiam ser explicadas primariamente pela natureza da produção capitalista. ...porque, no capitalismo, saúde se torna uma commodity como outras no Mercado, a oferta de saúde é moldada pelos requisitos de lucro, resultado e eficiência. Em geral, portanto, há uma tensão permanente entre as exigências da economia e os requisitos para uma existência saudável.

WELLER, 1977,p.167

A ideia de trabalho, com inspiração marxista, de Ricardo Bruno surge com as ideias iniciais de energia e transformação. Para esse autor, o trabalho seria um processo que se inicia com um ponto de partida, uma energia de transformação e a

⁷ Termo da economia política de difícil tradução que se refere a um produto primário que funciona como uma mercadoria de grande valor comercial.

definição de onde se quer chegar. Ele afirma que todos os elementos são importantes, se não se sabe para onde se quer ir não há transformação, se não há energia também não e se não se parte de algo concreto, também não há mudança.

A atividade coordenada intelectual mecânica de consumo de energia conforme o fim buscado se chama trabalho. MENDES-GONÇALVES, 2017, p.321

Depois o autor evolui no seu raciocínio e insere as categorias de carecimento ou que depois chama de necessidade e de objeto de trabalho. Mas, para efeito desse trabalho de pesquisa, o mais importante é que o autor deixa claro que o trabalho tem que ser delimitado, recortado por uma ação humana, reconhecendo o peso que essas transformações têm sobre o sujeito que trabalha.

No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, ao qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade. (MARX, 1968, p.202 apud MENDES-GONÇALVES, 2017, p.321

Essa visão de que a matéria é transformada e transforma o sujeito que age sobre ela é fundamental para entender o duplo papel que o médico tem exercido na sociedade contemporânea. O médico, ora pertence ao grupo elitizado que define, formula os projetos sociais, ora é o trabalhador dominado pelas relações do capitalismo contemporâneo (AYRES, 2017). Esse médico, ora transforma o processo de trabalho, ora é transformado por ele. Mas o equívoco apontado por Bruno-Gonçalves se dá quando a medicina é retirada de sua condição de trabalho para se transformar em ciência, assumindo uma aparente superioridade sobre quem trabalha. É como se fosse possível visualizar um objeto da medicina que fosse natural, isolado de outras variáveis de contexto para sua intervenção. Na realidade, segundo Bruno-Gonçalves, 2017,

Na medida em que objeto e necessidade se confundem em um mesmo corpo, não é “natural” o objeto que a medicina toma para o trabalho, mas carregado já de todas as determinações que marcam o corpo em sua existência social. (MENDES-GONÇALVES, p.66)

E é o que vem se observando na medicina na atualidade, uma tentativa constante de desvincular a doença do contexto, ampliando um olhar da técnica pela

técnica, como se o aparato tecnológico pudesse falar mais sobre o sujeito do que ele mesmo e sua história.

Toda apreciação do objeto do trabalho médico que se detenha no corpo anatomofisiológico equivoca-se, portanto, do despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social, pois essa imediatez se manifesta precisamente no fato de que esse objeto se superpõe a uma necessidade que o antecede. (MENDES-GONÇALVES, 2017, p.72)

Essa visão de que a técnica responde pela prática médica e o crescimento da dependência dos diagnósticos da tecnologia, dentre outros, estão articulados com uma medicina que reproduz as relações de dominação do capital. O médico se vê nesse emaranhado de papéis que tem que desempenhar e se perde, muitas vezes, nessa relação dominante – dominado, aquele que formula e aquele que executa, como se fossem dois campos distintos e não duas faces de um mesmo processo. Por outro lado, como afirmou Donnangelo, 1976

existem análises que buscam superar essa perspectiva de desenvolvimento linear de um campo cientificamente fundamentado, procuram, ao mesmo tempo, pensar a medicina como um campo estruturado de prática nas quais a aplicação científica e tecnológica ocupa um lugar privilegiado, porém não exclusivo ou mesmo dominante, quer como campo articulado ao conjunto das práticas sociais. P.15

O processo de trabalho médico tem que levar em consideração todo esse jogo de forças que são previamente definidas, mas que podem ser transformadas se o sujeito resolver construir vias de resistência. Às vezes, o Estado faz esse papel de contra hegemonia, criando políticas públicas que procuram dar voz e vez aos sujeitos assujeitados, apesar do que já foi dito do papel do Estado na manutenção do capitalismo contemporâneo.

Navarro faz uma distinção entre políticas alocativas e políticas produtivas do Estado. Sob a noção de intervenções alocativas, nota-se a importância do papel do Estado na influência e direcionamento de uma variedade de atividades sociais que são importantes para acumulação do capital. Tais como...

Sob as intervenções produtivas, Navarro se refere aos processos pelos quais o Estado participa diretamente na produção de recursos sociais, tais como a provisão de educação médica através das Universidades Públicas, cursos, desenvolvimento de pesquisas e medicamentos, assistência financeira as indústrias de medicamentos, a gestão do Sistema de hospitais públicos e a promoção de pesquisas médicas através de formas de assistência financeira'. . (WELLER, 1977 p.170)

Um Estado que pode ser um estado reprodutor, de políticas alocativas ou um estado que pode produzir políticas que funcionam como invenções de um processo de resistência. Foi com esse olhar, com este referencial que analisamos a

implementação e as práticas dos médicos cubanos envolvidos no Programa Mais Médicos.

Dos vários equívocos do trabalho médico, segundo Bruno-Gonçalves, um dos que mais se apresenta é dar um peso maior as dimensões intelectuais do trabalho do que as dimensões manuais e a associação de seu produto e valores a manutenção das sociedades capitalistas e uma determinada posição social hierárquica que o médico ocupa na sociedade que se diferencia de outros agentes sociais. Com o crescimento do capitalismo financeiro e o processo de trabalho cada vez mais voltado para o resultado, o lucro e a eficiência, há uma crescente proletarização da força de trabalho médica, retirando do médico paulatinamente esse status de superioridade financeira e social. Já nos anos 70 os autores marxistas da economia política observavam esse fenômeno com criticidade,

Navarro também aponta uma crescente proletarização da população médica como trabalhadores e profissionais de saúde que são transferidos de unidades de empreendimento independentes para corporações médicas como trabalhadores assalariados. Tem havido também uma concentração de propriedade e riqueza no Sistema médico onde os interesses privados têm ganhado espaço significativo na provisão dos serviços médicos primários e secundários.

WELLER, 1977, P.170

Para entender todos esses elementos descritos por Navarro, temos que reconhecer que essa relação de exploração está nas bases do sistema capitalista, cujo pressuposto é que quem não tem acesso ao trabalho está excluído, pois o sujeito para ser considerado por esse sistema tem que produzir mais valia. Esses autores dos anos 70 se referem a transição do processo fordista/taylorista para o paradigma industrial e tecnológico e novas modalidades de organização do trabalho, mas no momento estamos vivendo uma outra transição; a do capitalismo industrial para o capitalismo financeiro portador de juros. Antes falávamos de uma reestruturação do padrão produtivo, agora falamos de incorporação das relações capitalistas no cotidiano das pessoas, nas suas práticas, no que vai além do processo de trabalho como nós o conhecemos até então. Nos dias de hoje, com o crescimento da lógica empresarial do trabalho médico, surgem as estratégias de ranqueamento de performance médica, avaliação do trabalho pelos pares e pelos planos de saúde, agenda compartilhada ou controlada pelo seguro de saúde, ranqueamento a partir de maior número de solicitações médicas ou de menor número, dependendo se o plano

de saúde lucra ou não com a solicitação dos exames. O médico Gold, Silver ou Bronze não é mais dono e senhor da sua prática clínica e não é a clínica que define seu processo de trabalho, mas a posição na cadeia competitiva e de benefícios que quer ocupar no plano de saúde.

Segundo Róvere (2015), as escolhas de formação de médicos voltados para o mercado na América Latina não é por acaso

Por que nuestros países latino-americanos com innumerables e importantes escuelas de medicinas em prestigiosas universidades públicas – es decir, financiadas por todos los ciudadanos de um país, incluso por aquellas que nunca podrán assistir a ellas -, formamos fundamentalmente médicos “Market oriented”? No se trata tan solo de una tendencia espontánea o de falles en el mercado de trabajo la estrategia principal de las profesiones liberales ha sido y es la de mantener e en fuerte demanda, lo que requiere un férreo control de la producción de profesionales lo que en muchos países se verifica al ver que universidades publicas masivas tienen sistemas restrictivos “especiales” en sus carreras de medicina. Colocar-se en suboferta no se explica solo por la búsqueda de ventajas económicas, sino también para desplegar estrategias políticas orientadas a limitar las posibilidades de sistemas públicos extensos como el propio SUS. (RÓVERE, 2015, p.636)

Segundo Foucault, 1984, essa relação ambígua entre medicina como mercado e uma preocupação social remonta ao século XVIII com o nascimento das políticas de saúde e são duas faces de um mesmo processo:

O desenvolvimento de um mercado médico sob a forma de clientelas privadas, a extensão de uma rede de pessoal que oferece intervenções medicamentosas qualificadas, o aumento de uma demanda de cuidados por parte dos indivíduos, das famílias, a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame e no diagnóstico, na terapêutica individuais, a exaltação explicitamente moral ou científica (secretamente econômica) do colóquio singular” (FOUCAULT, 1984, p.193)

Esse mesmo autor afirma, no entanto, que medicina se torna científica pela via social:

A passagem de uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. (FOUCAULT, 1984, p.93)

A medicina social nasce na Europa com 3 modelos distintos, mas que guardam semelhanças na ampliação do olhar sobre a população, uma perspectiva de controle de corpos e o início dos registros sobre a situação de saúde das pessoas. Na Alemanha, segundo esse autor, nasce a medicina de Estado, com o aperfeiçoamento

dos aparelhos de estado, os desenhos institucionais; na França, a medicina urbana, se tematiza a cidade e na Inglaterra é a primeira vez que a medicina lança o olhar sobre a pobreza, a partir da Lei dos Pobres. Segundo Foucault, 1984, havia uma ambiguidade nesse processo de construção de uma medicina destinada a mapear as doenças que mais afetavam a pobreza, um mapeamento de problemas urbanos, principalmente nos espaços de exclusão, pois por um lado era positivo finalmente o estabelecimento de políticas para a pobreza, por outro, guardava uma relação econômica de impedir que as doenças da pobreza atingissem as classes ricas da época.

No Brasil, se olharmos com Donnangelo (1976) para a história da medicina social, também nos ancoramos nesse olhar sob a pobreza, ampliando a atuação para a promoção e prevenção da saúde, uma atuação mais comunitária de aproximação com os sujeitos no território. Ela bebe nas fontes da medicina urbana da França, no desenho estatal alemão e também em políticas que atuam sobre a pobreza e a exclusão como a Estratégia de Saúde da Família. É também essa especialidade, ao lado de outros profissionais da saúde, que apoia serviços substitutivos na Saúde Mental e fechamento de grande parte dos manicômios do país. Foram os sanitaristas da medicina social, da enfermagem, do serviço social, da psicologia que construíram, ao lado dos movimentos sociais, a via da governança compartilhada através dos conselhos e contribuíram na formulação e criação de estratégias de matriciamento e de acompanhamento transversal da clínica médica com todo o aparato das multiprofissionalidade e a ampliação do trabalho interprofissional. Finalmente, a medicina social comunitária, apoiada nos profissionais da educação e outras áreas afins, sedimentou estratégias de educação permanente e a incorporação dos apoios clínico institucionais, redimensionando a prática médica e não médica para um novo modo de fazer a clínica. Essas são as vias de resistência que entram em disputa constante entre o modelo da saúde coletiva, inspirada pelas várias reformas da saúde pública do mundo, com o modelo da medicina liberal privatista que não foi superado e pelo contrário, tem se renovado com outra roupagem mais sofisticada e mais invasiva a partir do advento das novas tecnologias. Apesar dos sanitaristas e da reforma sanitária brasileira e da criação da saúde coletiva, a medicina no Brasil se coloca como em vários países do mundo, aliada às estruturas econômicas de

dominação e representa um determinado grupo social que tem mais poder do que outras categorias profissionais sobre a saúde e sobre os próprios sujeitos e seu corpo.

Segundo Donnangelo,

A especificidade das relações de medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais (DONNANGELO, 1976, p.15)

Uma das contribuições fundamentais de Donnangelo para essa discussão é a visão de que clínica não é ciência e sim prática social, que procura instaurar e restaurar o normal, escapando a jurisdição do saber objetivo pois não se ditam cientificamente normas à vida. A partir desse ponto de vista se compreende que a medicina não se reduz ao biológico ou seu aparato tecnológico, mas é fundamentalmente a relação entre o médico e o seu objeto de trabalho, o sujeito adoecido. (Donnangelo, 1976)

Entendida agora a clínica como meio de trabalho, como conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, a forma pela qual o ato médico se estrutura, enquanto ato clínico, permite apreendê-lo analiticamente em sua relativa independência frente aqueles princípios e técnicas. Encontrando-se no centro da renovação da prática médica moderna, a clínica como meio de trabalho, como forma singular de conhecimento do indivíduo enfermo parece ter assentado sua origem menos em resultados específicos do progresso técnico e científico de que em uma reorganização do campo de visão do terapeuta, em uma reorientação espacial e temporal do ato médico. (DONNANGELO, 1976,p.17)

Portanto, Donnangelo, já nos anos 70, reconhecia a necessidade de reorganização do processo de trabalho, da visão de terapeuta e da necessidade de uma reorientação da prática dos grandes vetores de sedimentação da clínica médica.

Ela continua...

Para que a clínica fosse possível como forma de conhecimento foi necessária toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição de estatuto do enfermo na sociedade e a instauração de uma certa relação entre a assistência e a experiência, o auxílio e o saber.

DONNANGELO, 1976, p.18

E toda essa reorganização espaço-temporal a que se refere Donnangelo está na gênese da medicina liberal e artesanal, que se propõe a vender a força de trabalho médico em um mercado livre em troca de renda.

A partir da instauração do aparato tecnológico como mediação para o trabalho médico, se delimitam novas relações, o que Donnangelo denuncia como o fim da clínica.

O desenvolvimento de tais recursos tecnológicos e de capital, equivale a possibilidade de uma radical transformação na produção dos serviços, basicamente em dois sentidos: o da superação da clínica como meio básico de trabalho e o da absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção. DONNANGELO, 1976, P.20

Mendes-Gonçalves, por sua vez, segundo Peduzzi, afirmava que

o conceito de tecnologia não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como instrumental dado a priori e fundamentando cientificamente, mas sim o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social (PEDUZZI, 2002, p.83)

Essa produção científica, datada de 1976, portanto, permanece atual como descrição do que acontece nos dias de hoje. A incorporação da tecnologia na rede de relações sociais e a articulação com a prática médica, o aprisionamento da clínica nos exames de alta densidade tecnológica, a clínica médica organizada e prescrita pelas “evidências” produzidas pela indústria farmacêutica. Sujeito e necessidade desaparecem nessa relação, para dar vazão a uma subjetividade governada pelas leis do mercado no cenário agora do capitalismo financeiro. Nesse mesmo sentido, Donnangelo (1976) complementa:

A substituição da medicina liberal por novas modalidades de organização da produção, corresponde menos a uma possibilidade que a um processo que vem experimentando avanços consideráveis. Suas bases encontram-se dadas pelo fato de que os novos recursos tecnológicos, exigindo concentração financeira somente compatíveis com unidades amplas de produção promovem a separação entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho e possibilitam a penetração do capital – com todos os seus corolários – nessa área de produção. P.21

Na observação de um programa que tem como objetivo primordial, atender uma determinada necessidade da população, ampliar a capacidade clínica da atenção primária, melhorar processos de trabalho, a partir da inserção de médicos de outras nacionalidades, bem como na ampliação da regulação e da formação de médicos, nos convida a olhar sobre essa politização não somente com os elementos que descreveu Donnangelo, mas com todos os que estão implicados em uma

cooperação com a medicina cubana que é extremamente politizada, embora com elementos distintos dos que caracterizam a politização da medicina do Brasil.

2.4 Cooperação internacional, cooperação horizontal e cooperação estruturante.

Segundo Kickbush, 2010, a diplomacia da saúde global contribui com a melhoria da segurança em saúde e da saúde da população em geral, bem como melhora a relação entre os estados parceiros e fortalecendo o engajamento de uma gama de atores na mudança da saúde global e ajuda na redução de iniquidades pelo entendimento de um compromisso global com a justiça social, redução de pobreza e outros.

A cooperação internacional é uma das estratégias de construir essa diplomacia global, unindo atores chaves no cenário interestatal, mapeando através da influência de comunidades epistêmicas os temas chaves que devem ser alvo de atenção de governos e organizações internacionais. É uma forma de cada nação aprender com os padrões definidos internacionalmente, a partir do que é produzido pela ciência e pela experiência de outros países.

Segundo Sato, 2010,

a cooperação não significa apenas ajuda mútua entre governos e entre instituições pertencentes a diferentes países, muito embora ela possa existir até com frequência. Cooperação internacional tem um sentido mais amplo. Significa trabalhar junto, significa que governos e instituições não tomam decisões isoladas. Cooperação internacional significa governos e instituições desenvolvendo padrões comuns e formulando programas que levam em consideração benefícios e também problemas que potencialmente podem ser estendidos para mais de uma sociedade e até mesmo para toda comunidade internacional. (SATO, 2010, p.46)

A história da cooperação internacional na América Latina está permeada por modelos de dominação econômica de países ricos sobre os países pobres, muitas vezes com a mediação de agências de fomento internacional. A partir do fim da Guerra Fria, a cooperação passou a ter um caráter de conexão em redes, mudando obviamente de país para país as formas de construí-las (Sato, 2010). Segundo Sato, exemplos de cooperação brasileira bem-sucedidas são o Centro Tecnológico de Aeronáutica, o CNPQ e a CAPES, a EMBRAPA. Com a criação da Agência Brasileira de Cooperação, em 1987, o Brasil passou para uma posição mais ativa na cooperação. Um marco na cooperação da América Latina foi o Plano de Ação de Buenos Aires, na

Conferência da ONU de 1978 com a criação da cooperação horizontal entre países de desenvolvimento.

Esse formato de cooperação tem como características fundamentais:

1. Mudar a estratégia de cooperação calcada em programas baseados em uma única orientação global dos doadores, para uma cooperação compartilhada, orientada pelo planejamento estratégico do país parceiro;
2. Passar de programas de ajuda “verticais” (intervenções com enfoque em doenças em situação e problemas particulares) para o enfoque horizontal, isto é, que foca o desenvolvimento integral de sistemas de saúde.
3. Dar ênfase a longo prazo, ao invés de concentrar-se nas necessidades de curto prazo. Isto implica no fortalecimento de instituições estruturantes dos sistemas de saúde para que venham a adquirir genuína liderança nos processos nacionais orientados para o futuro e no equilíbrio entre ações gerais específicas dirigidas a resolver problemas imediatos com a geração de conhecimento e o desenvolvimento de capacidades institucionais nacionais sustentáveis.
4. Incorporar amplamente nos programas de cooperação em saúde, os determinantes sociais da saúde e ações intersetoriais. (Buss e Ferreira, 2010, p.96)

Dentro dessa visão, uma agência internacional que tem sido fundamental na construção de políticas para a América Latina é a Organização Pan-americana de Saúde. O tema de desenvolvimento de Recursos Humanos, por exemplo, foi priorizado na organização desde a sua criação, com iniciativas no âmbito da quantidade, qualidade, perfil e modos de atuação de profissionais de saúde nas Américas (CUETO apud PIRES-ALVES et al, 2010). Desde a década de 1960, a OPAS *promove uma cooperação baseada nas ideias de soberania e autonomia, de interação entre iguais, de apropriação efetiva dos conhecimentos e tecnologias envolvidos no processo de cooperação (PIRES-ALVES ET AL, 2010)*. A OPAS foi responsável pela criação do Programa Geral de Recursos Humanos em Saúde – PPREPS em 1976 que, à época, já vislumbrava:

- 1) Formar em larga escala o pessoal da saúde em nível técnico e auxiliar;
- 2) 10 regiões docentes assistenciais de saúde, buscando em cada região integrar o ensino superior das profissões de saúde e a atenção à saúde nos seus vários níveis, como forma de promover a transformação das práticas de ensino e da própria organização dos serviços e de contribuir para a definição de um novo rumo na formação de pessoal em saúde;
- 3) Oferecer suporte à criação de um sistema de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos diversos estados federativos estimulando ainda, uma possível articulação com os sistemas de planejamento setorial estaduais e nacionais. (PIRES-ALVES, 2010, p.69)

Segundo Pires-Alves, 2010, a OPAS construiu uma rede relevante de pesquisadores no campo de Recursos Humanos em Saúde com a criação do

Observatório de Recursos Humanos em Saúde, apoiado pelo Banco Mundial, pela Organização Internacional do Trabalho e a USAID em 1999.

Desse modo entendemos a cooperação Cuba-Brasil intermediada pela OPAS, como um espaço cotidiano de construção de uma política que nasce com a ideia de ajuda mútua, muito característica das cooperações horizontais, tem um caráter de estruturação de serviços para os brasileiros e extensão do processo de formação para os cubanos, tem a dimensão da solidariedade internacional com o apoio financeiro ao governo cubano. A medicina cubana e seu internacionalismo, a venda da força de trabalho médica como estratégia de sobrevivência nacional, o modelo de medicina geral integral que é exportado para o mundo inteiro, um exército de trabalhadores que são formados todos os anos e levam aos outros países não somente seus corpos, sua prática clínica e seu conhecimento sobre atenção primária, mas um modo de olhar o outro e de se relacionar com ele que não necessariamente é natural nos países em que visita. Por outro lado, esse mesmo médico se depara com um país de muitas riquezas naturais e sociais como o Brasil, com um aparato tecnológico e instrumental invejável, um desenho de sistema de saúde inovador e bem amparado nas boas práticas, mas que, como viemos expondo até aqui, não responde ao que a população necessita. Uma vez que tem se deformado por um estímulo crescente a uma medicina de mercado, voltada para o lucro e articulada com uma sociedade desigual e reprodutora de diferença de classe social abissal. É nessa realidade que esse médico cubano vai exercer suas práticas de atenção à saúde, adaptando-se às normas estabelecidas, mas exercendo a clínica que aprendeu no seu país de origem.

Foto: Celso de Oliveira

Capítulo 3 - Organização da Pesquisa: definição do problema, objetivos e organização metodológica

Pensemos nos griôts: os guerreiros cantadores que viajam a pé de uma tribo a outra em algumas regiões da África ocidental, como bambara e malinke. O predomínio quase total da oralidade e a ausência de livros não impedem que as palavras caminhem no corpo dos guerreiros, dando permanência à cultura dessa gente. Tatuadas no aparato de escrita mais atrativo do mundo a própria pelo, as palavras caminham e contam histórias das tribos, genealogia, magia, ritos; exibem mapas geográficos de canções ideogramas com avisos de guerra, enquanto isso no continente ao lado a comunicação se dá via satélite (WANDELLI2000)

3.1 Definição do problema à luz da Teoria

O trabalho do pesquisador que deseja compreender o fenômeno sobre o qual se debruça, se assemelha ao dos Griots africanos, construindo percursos, carregando no corpo e na escrita as histórias que ouve, as inúmeras interpretações de fenômenos e documentos que lhes apresentam como se fossem evidências de que há algo não revelado. A coleta dos dados, muitas vezes, é considerada um trabalho operacional especialmente se o pesquisador pretende que o resultado dela seja submetido a uma análise quantitativa. Se, entretanto, a proposta for realizar um estudo qualitativo, dedutivo, esta parte da pesquisa se torna essencialmente um trabalho criativo, em que o investigador tem que se deslocar de seus espaços convencionais e cartografar fatos, ideias e sentimentos. Esta atividade se torna o momento de encontro com o objeto, o momento em que todas as certezas se põem em cheque - um encontro do pesquisador com o imponderável, o inusitado, com o que esperava e o que não esperava ao mesmo tempo. Depara-se com os contraditórios que podem sobreviver ao mesmo tempo em um mesmo cenário e mesmo assim fazer sentido. Essa é a beleza do campo, da investigação em pesquisa qualitativa. Esse foi o processo que vivemos na pesquisa “Análise do ciclo da Política do Programa Mais Médicos no Brasil: a cooperação técnica e seus efeitos para o trabalho médico”.

A etapa mais difícil foi a definição do problema e do objeto a ser investigado. O contexto político brasileiro e a política de saúde ofertavam inúmeros problemas, que um pesquisador atento visualizaria como bons temas de investigação. No entanto, buscávamos algo que pulsasse, que demandasse, para além dos processos de aprendizagem a que todos estamos submetidos quando nos debruçamos em pesquisa, algo que nos possibilitasse transitar pelos efeitos da política no âmbito local, mas que dialogasse com as questões globais de saúde pública internacional, abrindo espaço para uma maior articulação de saberes que um programa de Doutorado pode oferecer.

Qual seria o problema então? A distribuição geográfica inadequada da força de trabalho médica? As estratégias pouco eficazes de provimento e redistribuição até então? Ou os feitos e efeitos de uma cooperação Cuba- Brasil sobre o trabalho médico brasileiro. Por que isso seria um problema? Porque essa cooperação pulsava. Era a primeira vez que se documentava uma estratégia dessa

magnitude de importação de mão de obra externa no Brasil, porque a corporação médica era contra, porque a mídia era contra, porque parte da sociedade inquiria “por que agora”? Por que cubanos? E por que esse momento? E a minha pergunta era, por que precisávamos de médicos cubanos para ocupar os espaços desocupados desse país pela força de trabalho médica? E já que ocupamos, o que aprendemos no meio do caminho? Era um programa, uma política, um projeto de governo, uma linha de fuga, uma resposta ao coro dos descontentes e uma afronta a uma das corporações mais poderosas do país, a corporação médica. Estava na mídia, no Congresso, nos fóruns internacionais que aconteciam no país e tomou conta de algumas das secretarias do Ministério da Saúde. A pesquisadora, à época, transitava nesse universo como consultora da OPAS e apoiadora da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Acompanhava a mídia, participava de fóruns e era colaboradora dos vários desenhos das políticas no país. Essa era a sua implicação. E é a partir dela que a pesquisa é traçada. E é a partir dela que o mapa de atores é facilmente desenhado e entrevistado. Mas é também a partir dela que a orientação, o programa, a banca de qualificação, os pares acadêmicos e a metodologia bem delineada são tão importantes. São instrumentos para que sua implicação interfira o suficiente para que a pesquisa tenha vida, pulsação, entrega, perguntas exaustivas, rigor metodológico e conceitual e boas horas dos sonos não dormidos pelas coisas inconclusas no meio do caminho, mas que não interfira de maneira a destruir o trabalho que ela mesma tão fielmente tenta construir, que é a verdade do campo como a ela se apresenta e o que os atores e as ações podem lhes dizer dessa política. O que aprendemos com ela e o que se pode deixar para outros que virão.

Segundo Passos e Barros (2000)

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade de decisão consciente do pesquisador, ela inclui uma análise do sistema lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que é designado ocupar, enquanto, especialista, com os riscos que, isto implica. (PASSOS E BARROS, 2000, p.73)

Discutidos os elementos de implicação da pesquisadora, definiram-se os objetivos de pesquisa que serviram como guia de todo o processo, a saber.

3.2. Os objetivos da pesquisa

Objetivo geral

Analisar o ciclo da política Mais Médicos no Brasil com o foco na cooperação bilateral Brasil-Cuba e seus possíveis efeitos sobre o trabalho médico no Brasil

Objetivos específicos

1. Analisar as dificuldades e êxitos na implantação da política em questão;
2. Analisar as forças propulsoras e desafiadoras para que tal política se firmasse em âmbito nacional;
3. Analisar os efeitos da cooperação Cuba Brasil na compreensão do trabalho médico no Brasil;
4. Analisar quais os efeitos da cooperação Cuba Brasil na carreira nacional dos médicos de família;
5. Analisar o potencial de inovação da política para a gestão do trabalho médico nas Américas.

3.3. Organização metodológica

Da inovação à invenção: percurso atravessado pelos contextos de Ball

Ao aprofundar-nos na literatura que descreve as diversas capacidades de gestão e de desenvolvimento de políticas, observamos que há uma tensão entre a capacidade técnica de desenvolvimento das políticas e a capacidade de governo: capacidade administrativa e capacidade de Estado. A capacidade técnica política, por assim dizer, mostra a complexidade do ambiente e a natureza metamorfose da construção das políticas e baseia seu desenho em relações horizontais e em evidência, tem um caráter multidimensional e se insere em redes de atores e instituições fora e dentro dos governos. A capacidade de governo está mais engessada nas esferas políticas de Estado e tem um caráter mais verticalizado e hierarquizado de relações. As instituições burocráticas, seus grupos de influência, o aparato governamental, os atores que se movimentam nesse jogo da elaboração das políticas públicas, seu fluxo de relações, os partidos, os movimentos sociais, representam a dimensão institucional da formação dessa política pública que, apesar das críticas ao Estado, desempenham um papel importante na regulação das forças de mercado. E ainda na dimensão da policy, há o universo da prática, onde essa política se transforma pelo cotidiano dos que vivem a política propriamente dita. Nos lócus de sua implementação, nos espaços em que ela se torna viva e singular.

Para analisar, portanto, essa política pública, temos que considerar seus aspectos macro e micro políticos, em um mosaico de possibilidades e de contextos. Em um constante movimento de diálogo entre o local e o global, entre os formuladores iniciais e os sujeitos que a executam, entre o que se pensou e o que se construiu a partir disso, entre o desejo de mudança e o que concretamente se transformou esse desejo, entre o modelo de sociedade em que vivemos e aquele que se reconstrói em cada cenário de prática, entre a visão patrimonialista da cultura e a visão do neoliberalismo que nos governa, o sujeito que se transforma e o sujeito que vira o empreendedor de si mesmo. E nesse ir e vir da política pública, nos seus aspectos cognitivos e sociais, nas suas várias vertentes nos colocamos a disposição da comunidade acadêmica e da sociedade para lançar mais um elemento sobre o trabalho médico no Brasil.

Construindo um desenho do modelo analisador

Iniciamos a pesquisa com um olhar muito voltado para a inovação em políticas. Pesquisadores que nos apoiavam, traziam os elementos e as categorias subjacentes a um contexto de inovação e construção de caminhos que permitiam uma reflexão sobre os programas brasileiros que até então era pouco usual. Em geral, a categoria inovação estava muito arraigada no imaginário da gestão como inovação tecnológica. Para pensar o Programa Mais Médicos como inovação, tivemos que considerar, inicialmente, uma série de dimensões de construção dessa categoria internacionalmente, a partir dos diálogos com Denis, JLD (2002) e Atun, R (2012) e sua produção.

Segundo Denis, 2002, para se compreender e tornar sustentável uma inovação em serviço, o gestor ou pesquisador há que se debruçar sobre os processos de difusão, o sistema de adoção e a natureza da inovação. Na natureza da inovação temos que observar as evidências clínicas, custo e adequação ao momento, no sistema de adoção temos que observar os atores chaves, os interesses, valores e distribuição de poder, lideranças, forças prós e contras e a difusão seria o caminho de incorporação da inovação através do espaço e tempo. Essas dimensões propostas por Denis, colaboraram com as primeiras categorias construídas nesse estudo. Na Figura 1 podemos conhecer o modelo conceitual de difusão de inovações de Denis et al, 2002, que possibilitou o primeiro contato com os pressupostos de uma teoria da inovação.

Figura 1: Modelo conceitual de difusão da inovação

Fonte: Denis et al, 2002

A Figura 2 foi produzida por outro pesquisador colaborador do Brasil, Rifat Atun que vem analisando vários sistemas de saúde ao redor do mundo e tem analisado a adoção de novas tecnologias nesses sistemas e seus efeitos. Atun, 2012, complementa as ideias de Denis et al, 2002, e avança para a importância do problema e seu contexto. Na verdade, é fundamental que a análise da inovação leve em consideração o contexto e os pressupostos do problema e as razões pelas quais essa ou aquela política foi criada ou adotada. Como Denis, esse autor reconhece a importância de um sistema de adoção que envolve atores chaves, forças contrárias e favoráveis, a participação local e as características do problema, da inovação e do contexto. Para esses autores, mais importante do que novos projetos, é saber como formulá-los levando em conta todas essas variáveis, adaptá-los ao contexto, organizá-los de tal forma que a inovação seja aproveitada por quem realmente necessita dela (ATUN, 2012).

Figura 2: Sistema de adoção da inovação por Atun

Fonte: Atun et al, 2012

Os diagramas de inovação dos autores anteriores, no entanto, não respondiam completamente o que se desejava mirar da política, que transcendia o papel de inovação para o provimento e para o trabalho médico. Existiam outras dimensões que uma política pública, em seus vários cenários, nos convidavam a investigar. Foi então que procuramos referenciais de análise de políticas que passavam pelos ciclos de política, fluxos múltiplos e demais estratégias de observação da política. Dentre os muitos referenciais possíveis para analisar uma política, com a ampliação do escopo da revisão de literatura, o referencial do ciclo de políticas parecia mais adequado para auxiliar no processo de compreensão da política como um todo. Inicialmente, nos apoiamos em Howlett, Ramesh (2003) e Kingdon (2011) para construir uma estratégia de investigação e análise das várias etapas de implementação da política, mas foi na abordagem de Stephen Ball, 1992, do Ciclo de

Políticas, com contextos que se entrelaçam que a pesquisa foi ancorada, por sua atualidade e capacidade de transitar entre o que se produziu no contexto da política até agora e o que se desdobra cotidianamente na prática dos serviços. A ideia de ciclo de políticas não é nova e nasce no início do século passado com inúmeros autores que se dedicavam a dividir a implementação de uma política em fases que falavam desde o momento da definição do problema a implantação propriamente dita. Laswell (1965) introduziu inicialmente um modelo de análise de processo de políticas dividido em 7 estágios: inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, finalização e avaliação. (FISCHER et al, 2007). Para esse autor, o que caracteriza a análise de políticas é o enfoque multidisciplinar, a resolução de problemas como base e uma visão normativa da análise. Com o passar dos anos, outros autores trouxeram a análise de políticas como um campo de investigação própria e menos normativa. Howlett e Ramesh, 2003, foram os responsáveis pelo modelo até hoje mais comumente usados de análise do ciclo de políticas. O Improved Model divide o ciclo da política em cinco fases: Preparação da Agenda, Formulação da Política, Tomada de Decisão, Implementação e Avaliação. Kingdon avança na discussão do ciclo, afirmando que os aspectos mais importantes sobre a política não podem ser facilmente ser capturados em fases estanques. Para esse autor, o olhar sobre a agenda deve ser feito focalizando os problemas que tiveram atenção do governo, os que não tiveram e os que ainda estão na pauta da análise de fluxos de problemas, de soluções e fluxo político. Na fase da implementação propriamente dita se observariam os sistemas decisórios, de informação, agentes de implementação e logística, recursos operacionais e financeiros, dentre outros (BAPTISTA E REZENDE, 2011).

A crítica mais significativa a essa divisão da política em fases é o não reconhecimento de que as fases se cruzam entre si, ocasionando transformações constantes na dinâmica de cada fase do ciclo. Para Ball (1990), o entendimento da política se dá nos bastidores, nas entrelinhas, na coletividade e ela acontece na imanência, no cenário da vida das pessoas. Por mais que os enunciados, as leis, as portarias, a legalidade, os pronunciamentos públicos digam dessa política, o que ela pretende, para esse autor, só se materializa em ato no espaço de construção das práticas. Segundo Mattos, 2011, mesmo a construção de uma política formal ultrapassa os limites dos governos e de suas instituições oficiais, assim o estudo das

políticas públicas deve lidar com a dinâmica que envolve a construção das demandas e suas respostas, mais do que está estampado na agenda oficial dos governos.

Assim como Ball, outros autores, como Denis(2014) trazem visões que se assemelham a essa, a partir da ótica da governamentalidade⁸, que enfoca as transformações mais profundas na maneira em que os serviços e o cuidado são produzidos, estruturados, desenvolvidos e regulados. Os autores dessa abordagem admitem que as políticas influenciam a forma como as pessoas lidam com o problema e que os sujeitos são modificados pela ação da política ao longo do processo. Consequentemente, nenhum conhecimento novo pode ser entendido sem uma compreensão de como as relações de poder estão organizadas em um dado campo de trabalho ou observação. Denis (2014) aponta também para o caráter contextual da análise de políticas. Esses autores afirmam que a análise de políticas é um aspecto da formação política que vai além do conhecimento formal e das evidências. Faz-se necessário observar as competências atitudinais dos atores envolvidos e considerar o cenário onde é construída a política. A capacidade de construir e implementar uma política está diretamente influenciada por fenômenos como a globalização, os ciclos econômicos, avanços tecnológicos, as políticas do país e novas tendências da administração pública.

Para analisar a política Mais Médicos, transitaremos entre o modelo analisador de Ball e as contribuições de Costa e Foucault sobre governamentalidade, resistência e invenção.

Para Bowe & Ball, 1992, a política se divide em texto e discurso. Texto seria o que é produzido nos documentos oficiais, produtos inacabados que geram múltiplos níveis de tradução e interpretação. Discurso é o resultado das disputas de poder, pelo controle de recursos e do discurso em termos de vantagem e legitimidade.

Reformulamos nossa abordagem conceitual, a partir das contribuições anteriores, tomando por base encontros com Ball, que amplia o olhar sobre os atores e a interferência dos contextos na análise da política.

⁸ Conceito muito desenvolvido por Michel Foucault para caracterizar meios, procedimentos e instrumentos usados pelo poder para controlar e constituir o homem moderno. (Foucault, 1979, 1999, 2007)

Figura 3: Diagrama de Ball adaptado pela pesquisadora - os contextos que atravessam à inovação

Fonte: Paula, JB(2017)

A figura acima representa o percurso da pesquisa sobre as dimensões da política, cooperação Cuba- Brasil e o trabalho médico permeadas ou afetadas por um Programa que se anuncia e pode ser chamado de inovação. As três categorias fundamentais da pesquisa que são o Trabalho Médico, a Cooperação e as Políticas de Saúde que atravessam e são atravessadas pelos atores (contexto da influencia), pelo campo de prática e pela formulação da política pelos experts. A inovação surge aí como uma dimensão que seria observada em todos os contextos e que nos informaria sobre efeitos da cooperação Cuba- Brasil no programa Mais Médicos sobre o trabalho médico e sobre as políticas de saúde. Em todas as fases da pesquisa esse jogo entre contextos da política e suas dimensões de conteúdo se atravessam e se afetam e os pesquisadores são afetados por ele.

Modelo analisador do Programa Mais Médicos, adaptado do diagrama de Ball

Seguindo as premissas e estratégias de análise de Ball, (BALL, 1990, BOWE & BALL, 1992, MAINARDES), a análise da política Mais Médicos no Brasil, a coleta de dados foi realizada em três momentos de acordo com a Figura 3:

1. A partir do Contexto da Influência – procuramos saber a partir de quem a política surge, quais os interesses em jogo, como jogam esses atores para influenciar o surgimento da política, como os discursos são construídos a partir do interesse desses autores.
2. Contexto da produção de texto – são os textos gerados por essa política, as leis, as portarias, os pronunciamentos formais, como são produzidos esses textos, quem os produz, quem os valida, como são disseminados.
3. Contexto da prática – como essa política se deu na prática, quem a produziu no território, quem e como ela foi repensada e organizada. Quem a legitima, quem resiste a ela.

3.4 Definindo categorias de análise

As categorias de análise são pontos de partida do pesquisador para a entrada no campo, com base na literatura e a relação que se estabelece entre pesquisador e objeto. Essas categorias são ressignificadas a partir do diálogo com o campo e algumas vezes são confirmadas ou totalmente ausentes do processo. Partimos de algumas categorias já apontadas na revisão de literatura e fomos reconstruindo a partir do campo.

Processo de trabalho

- Inclusão (Ex.: Aumento das consultas, aumento de exames e encaminhamentos, aumento das visitas de campo)
- Gestão (Ex.: Diminuição das filas, diminuição de encaminhamentos desnecessários)
- Gestão da Clínica

- Como lidar com a agenda (acolhimento e avaliação de risco) e programação
- Gestão de encaminhamento e profissional de referencia
- Instrumentos e arranjos de intervenção: consulta individual, grupo, visita domiciliar, atendimento supervisionado, protocolos e diretrizes clínicas
- Gestão de fluxos de serviço, regulação
- Coordenação de caso
- Intervenção terapêutica ampliada e compartilhada
- Gestão do trabalho médico
- Relação interprofissional
 - Gestão do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional
- Ética do trabalho em equipe
- Supervisão, formação em serviço, educação permanente;
- Tenda invertida
- Relação ensino e serviço

.Inovação

- Capacidade Adaptativa
 - Reinvenção da inovação
 - Adequação ao contexto
- Mutua aprendizagem
 - Novas estratégias de formação
 - Sistemas pensantes e de aprendizagem
- Potencial de transformação
 - Adequação do contexto a inovação
 - Capacidade receptiva
 - Inércia/resistência

Arranjos políticos:

- Agenda
 - Capacidade de influência
- Relações de Poder
 - Grupos de influência

- Agenda oculta
- Negociação

3.5 Fases da Coleta de dados

3.5.1 Análise documental

Após a definição das categorias prévias, elaboramos um roteiro de entrevistas e de observação de campo, seguindo os três contextos de Ball. A análise documental e os vários recortes de jornal, pronunciamentos, leis e documentos dos ministérios implicados foram analisados no contexto da produção de textos. Os vários atores foram entrevistados, seguindo as fases do ciclo da política, desde quem faz lobby para a entrada do tema na agenda política, grupos de interesses contrários e favoráveis, pesquisadores e autoridades diretamente implicadas no desenho da política.

3.5.2 Realização das entrevistas com os atores chaves da construção da política PMM:

As entrevistas foram organizadas em roteiros direcionados aos diferentes atores- chave: 1. Roteiro de entrevista para autoridades, estaduais e federais envolvidos no desenho e implantação do programa; 2. Roteiro de entrevista para os médicos do programa intercambistas e brasileiros; 3. Roteiro de entrevistas para os profissionais de saúde envolvidos no processo e usuários; 4. Roteiro de entrevista para pesquisadores acompanhando o PMM; 5. Roteiro de entrevista para presidentes de Conselhos e Associações Médicas; 6. Roteiro de entrevista para o representante da OPAS/OMS. Foram entrevistadas 30 pessoas ao todo, dentre elas, 12 autoridades do contexto nacional e 18 no campo de prática.

Quadro 1 - Síntese dos momentos, documentos, atores e métodos que orientaram a elaboração de instrumentos para a coleta de dados

	Contexto da produção de textos	Contexto da Influência	Contexto da prática
Documentos	Política, portaria, lei Vídeos oficiais Pronunciamentos das autoridades (presidente, ministros etc)	Artigos de Jornais de circulação nacional e estadual, documentos de associações profissionais a respeito do programa e relatório de pesquisa	Observação de campo, sala de situação da unidade, diário de campo.
Atores	Relator do PMM na Câmara Federal Coordenadores nacionais do programa Idealizadores do PMM Ministros da Saúde atual e o da implantação Representante da OPAS no Brasil e seus representantes	Presidentes do CFM, CRM dos dois Estados pesquisados Secretários Municipais e técnicos das secretarias estaduais e municipais da área de gestão do trabalho e educação Pesquisadores que estão envolvidos em projetos de avaliação ou	Coordenadores da atenção básica dos dois estados e dos municípios escolhidos Supervisores do programa do campo Assessores das cidades escolhidas. Gestores municipais das cidades escolhidas Profissionais de saúde que fazem

		acompanhamento do PMM	parte das equipes do PMM Médicos cubanos e não cubanos
Métodos a serem utilizados análise de textos/análise do discurso	Análise documental e entrevistas com autoridades e idealizadores	Entrevistas com atores chaves desses contextos de influência mencionados	Entrevistas em campo e observação de cenário registrada em diário de campo, dados de produção dos serviços.

Fonte: Paula, JB(2017) adaptado de Ball, 1992

O quadro acima descreve os vários métodos utilizados na coleta de dados adequado a cada contexto previsto pelo modelo analisador do Ball.

3.5.3 O olhar para o Campo com um Estudo de Caso

Segundo Yin (2002),

estudo de caso é: uma estratégia empírica para investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (YIN, 2002)

A escolha do estudo de caso se deve ao percurso do ciclo de políticas que deve incorporar a fase da implementação e seus efeitos, considerando que análise de contexto e observação em loco são fundamentais para se entender o desdobramento de uma intervenção política. Um estudo de caso na interface entre saúde e ciências sociais deve considerar que não é um método para produzir generalizações, mas para produção de narrativas que exploram com mais profundidade os fenômenos e o os processos relacionados com o tema escolhido. Segundo Stake(1978)

Na literatura das ciências sociais, a maioria dos estudos de casos acontecem quando: há descrições que são mais complexas, holísticas, envolvendo uma miríade de variáveis não altamente isoladas; dados

que são mais propensos a serem coletados pelo menos parcialmente por observações pessoais; e estilo de escrita que é informal, talvez narrativo, possivelmente com citações literais ilustrativas. Comparações são mais implícitas do que explícitas. Temas e hipóteses podem ser importantes, mas ficam subordinados ao entendimento do caso (p.7).⁹

A escolha das cidades foi definida a partir da presença dos supervisores contatados e de critérios previamente definidos no planejamento da pesquisa. Foram observados o trabalho de dois supervisores distintos e entrevistados os participantes de suas supervisões, secretários de saúde desses municípios e participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, trabalhadores da atenção primária. Os critérios utilizados para a escolha do campo, além da participação dos supervisores foram os seguintes:

- Garantia de observação em loco do trabalho das equipes sem interferências externas (políticos, técnicos da coordenação do programa e outros);
- Acordo da equipe em participar da investigação;
- Garantia de confidencialidade e possibilidade de retorno ao município dos achados da pesquisa de forma sistemática;
- Existência de Unidades de Saúde que tenham recebido e estejam se utilizando dos serviços dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos;
- Unidades distintas, considerando as diferenças de equidade (municípios com IDH baixo e IDH alto).

Uma das razões para a escolha do Estado do Ceará como lócus de observação da prática dessa pesquisa guarda relação com a proximidade da pesquisadora com o lugar, com os contrastes de vivência que essa região traz – o urbano e o rural, a densidade demográfica, regiões abandonadas pela seca e pela distância e outras com os problemas que a metrópole aponta – e o investimento feito pelo MS na colocação de médicos cubanos do programa massivamente nessa região.

Localizado no nordeste do Brasil, com uma população de 8.963.663 de habitantes, com um território de 148.016 km², densidade demográfica de 60hab/km², o estado é composto por 184 municípios, concentrando na capital, Fortaleza,

⁹ Tradução da pesquisadora

aproximadamente 2.500.000 da sua população. Tem uma população de 16,77% em extrema pobreza e 13,97% utilizam plano de saúde (Ministério da Saúde, 2017). De acordo com PNAD, de 2013, a região nordeste é a segunda em concentração de pessoas no país grande parte da com 27,7%, com a maior concentração de população preta ou parda, 37,7%. A região Nordeste apresentou também a maior taxa de urbanização, 73,3%. Mortalidade infantil da região é de 19,2 por mil, e no Ceará, 16,6 por mil, acima da média nacional. Esperança de vida ao nascer em 2013, no Nordeste é 72,2 por mil e no Ceará 73,2 por mil, indicador pior do que a média nacional.

Segundo a nota técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2017), a cobertura de atenção básica desse Estado é de 79%, com 2258 Equipes de Saúde da Família com 14.468 agentes comunitários de saúde contratados. O estado apresenta, ainda, um quadro de distribuição de profissionais desigual, apesar de ter uma cobertura de saúde da família significativa. Na distribuição de médicos, apresenta o maior número de municípios contemplados, perfazendo um total de 846 médicos do programa. Historicamente, um Estado que iniciou o programa de saúde da família no Brasil e criou a ideia do agente comunitário de saúde que foi disseminada por todo o país. Um sistema de saúde que vem experimentando muitas inovações, algumas delas com sucesso. Primeiro estado a assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e um dos primeiros a tentar um processo de regionalização através da criação de microrregiões de saúde¹⁰. Hoje os serviços estão divididos em 3 macrorregiões e 22 microrregiões de saúde. O Ceará, estado de origem do pesquisador principal, tem facilitado as conexões políticas e técnicas necessárias para a investigação de campo por um lado, mas que abrigam um estranhamento do familiar tão falado pelos antropólogos (DA MATTA, 1978).

No caso do programa Mais Médicos, o estado foi um dos que aderiu de forma massiva ao programa, com a liderança de um dos secretários do Ministério da

¹⁰ Microrregião de Saúde é um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuar na busca de soluções para problemas comuns e, macrorregião de saúde é o conjunto de microrregiões que convergem para os polos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. As macrorregiões são responsáveis pelas ações de alto custo e alta complexidade, como quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética, transplante, neurocirurgia etc. (SILVA, 2008, p.6)

Saúde que era do Estado e militante da estratégia de saúde da família. Seja pela vinculação política, seja pelo histórico de valorização do tema da saúde no Estado ou por razões outras que desconhecemos, o Ceará se destacou pela adesão e pelo rechaço público a vinda dos médicos cubanos, protagonizando uma das cenas mais famosas na mídia nacional, um grupo de médicos cearenses que recebeu os médicos cubanos no aeroporto aos gritos: escravos!

A diretoria do sindicato dos médicos cearenses foi uma das mais ferrenhas opositoras a vinda dos médicos cubanos e de sua contratação para ocupar os postos de trabalho em áreas remotas. Por essas e outras razões, esse foi o cenário escolhido, pela riqueza do que se poderia encontrar de experiências e contradições no campo da gestão do trabalho médico no Brasil.

Para o trabalho de campo, foi escolhido o município de Caucaia que fica na região metropolitana e o município de Parambu por ter um dos maiores contingentes de médicos cubanos, ter uma distância significativa da capital e ter como supervisor um médico de família, diferente do supervisor do primeiro município - Caucaia - que era pediatra e professor da Universidade. Considerando o interesse do projeto em focalizar o trabalho médico, a diferença de formação dos supervisores importava para obtenção de dados importantes para a análise.

Foram observados os trabalhos de dois supervisores de campo durante algumas semanas, voltando com eles algumas vezes para acompanhar o processo de supervisão propriamente dito. O campo possibilitou a obtenção de dados muito importantes inexistentes na literatura consultada o que motivou mudanças nas categorias de análise previamente delineadas. As várias leituras dos diversos atores trouxeram à tona novos dados que modificaram o quadro.

Observação direta da estrutura do trabalho e da supervisão

O primeiro aspecto que foi observado na pesquisa foi a estrutura de trabalho, como os médicos cubanos trabalhavam e como acontecia a supervisão nesses espaços. As entrevistas eram direcionadas aos médicos cubanos e não

cubanos intercambistas, supervisores, secretários de saúde, profissionais de outras áreas.

As supervisões foram acompanhadas e houve participação mais ativa e menos ativa da pesquisadora de acordo com os objetivos da pesquisa e autorização prévia dos participantes. Às vezes aconteciam estudos de caso, às vezes discussões no campo teórico ou reflexões sobre a prática. Uma supervisão foi conduzida pelo supervisor e pela pesquisadora com duas questões para os médicos do programa que eram todos cubanos, à semelhança de um grupo focal – entrevista em grupo.

Unidades foram visitadas e muitos dos profissionais presentes àquela visita contribuíam com informações sobre o campo.

As Entrevistas

Ao todo, foram entrevistados: 18 pessoas somente no contexto de prática, 14 cubanos, 2 supervisores, 1 gestora, 1 profissional de outra área. A supervisão de um dos municípios envolveu, ainda 4 médicos não cubanos e uma médica cubana que não foram entrevistados, mas fizeram parte do compartilhamento de observações do campo, comentários sobre a prática e apresentação dos problemas e potenciais das unidades envolvidas no programa das duas cidades.

A pesquisa foi guiada por categorias prévias que foram refeitas ao longo do caminho. Os objetivos e a revisão de literatura foram os elementos norteadores das categorias em um primeiro momento, que foram transformadas pelos elementos que traziam mais sentido para a experiência do pesquisador em campo, da inter-relações com os entrevistados, as orientações em processo e o que a literatura foi fortalecendo nesse jogo de idas e vindas entre sujeitos, história e narrativa.

3.6 Análise de Dados

A análise documental ocorreu em todo o processo da pesquisa, desde os primeiros documentos, a lei do 12.871/2013 que institui o Programa Mais Médicos, os documentos produzidos pelos secretários de saúde e pelos prefeitos, os contratos dos cubanos, as avaliações feitas pelos pesquisadores brasileiros sobre o programa e que foram sendo compartilhadas ao longo da pesquisa e os relatórios na plataforma da Organização Pan-americana de Saúde. Esses documentos serviram de base para a construção do roteiro de entrevistas e forneceram mais elementos para sua análise. Também esclareceram pontos importantes das questões que ficavam inconclusas ou colocaram mais questões a serem discutidas.

A partir da análise de conteúdo de Bardin, construímos códigos de análise baseados nas categorias prévias e nas que foram emergindo no processo de coleta de dados. Os códigos foram trabalhados no NVIVO e as entrevistas elencadas, os atores codificados e as categorias definidas. Segundo Bardin, 2004, o trabalho de pesquisa é semelhante a um trabalho arqueológico, cujo papel do pesquisador é procurar vestígios, analisar documentos e narrativas em um mergulho sobre os significantes e significados trazidos pelos elementos investigados. É um processo rigoroso e sistemático de articulação do que é dito e das possíveis interpretações do que é dito pelo narrador e pelos achados documentais e literários.

Das categorias iniciais, a partir do contato com o campo, outras foram construídas. As entrevistas e o diário de campo foram os instrumentos fundamentais para a reorganização dessas categorias e abriram todo um percurso de análise e de interpretação que não havia sido previsto inicialmente no desenho da pesquisa.

Os entrevistados receberam códigos, para facilitar a identificação da pesquisadora e, ao mesmo tempo, preservar o anonimato das contribuições de cada sujeito da pesquisa.

A - Autoridades nacionais e internacionais, representantes do alto escalão do governo ou do Estado, legisladores e representantes de organismos internacionais

C – Representantes da corporação médica, sindicatos ou associações profissionais médicas

DC – Diário de Campo – observações do diário de campo

GM - Gestor Municipal

MB – Médicos Brasileiros

MC - Médicos Cubanos

P – Profissionais de saúde não médicos

R- Referência – são as referências em cada estado responsáveis pela organização do programa em diálogo com o Ministério da Saúde

S- Supervisores

T – Tutores

A figura abaixo retrata o grupo de categorias que foram se desenhando a partir das entrevistas. As categorias que ficam no centro, são as que representam o cerne da pesquisa como um todo, as que atravessam todos os momentos e que seriam as resultantes de todas as outras. O segundo círculo representaria os efeitos mais imediatos observados, na investigação da política, o que se consegue concretamente perceber ao observar o campo. O terceiro círculo seriam as categorias que tangenciam as do segundo círculo: como atores de oposição, processos de internacionalização em geral e revalida. O quarto círculo são as categorias da estrutura social, como classe, cultura e macro políticas que são determinantes para todas as outras e que foram apontadas pelos entrevistados.

Figura 4: Categorias resultantes do campo de pesquisa

Fonte: Paula JB, 2017

- **Considerações Éticas**

- O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A proposta de pesquisa em tela respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estavam em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Para o estudo de bancos de dados secundários foram obtidas as permissões das autoridades responsáveis. Reiterou-se que no estudo qualitativo, as identidades dos sujeitos estarão mantidas em sigilo, e os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e, além disso receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para utilização do som de voz para fins de pesquisa, ambos em duas vias, que foi lido e assinado. Para o estudo de bancos de dados secundários serão obtidas as permissões por escrito das autoridades

*Lutar com palavras
É a luta mais vã.
Entanto lutamos
mal rompe a manhã.
São muitas, eu pouco.
Algumas, são fortes
como o javali.
(...)
Lutar com palavras
parece sem fruto.
Não tem carne e sangue
Entretanto, luto.
Palavra, palavra
(digo exasperado),
se me desafia,
aceito o combate.*

Lutar com palavras – Carlos Drummond de Andrade

Capítulo 4 – O que os dados mostraram

4.1 Contexto de política ou por onde começa essa história?

Contar como se inicia uma política, como é desenhada, ou quem teve a ideia e como foi formulada é um trabalho cartográfico. Há que se reconstituir narrativas e lugares, sujeitos e motivações. Para Safatle (2016), temos uma tendência a buscar as normatividades, os valores e as regras que compartilhamos para viver em sociedade. Ele nos chama a atenção que para além das normatividades, estão os circuitos de afetos que nos fazem agir da forma como agimos ou construir determinados caminhos e respostas para o que nos afeta.

As pesquisas sobre os Mais Médicos publicadas até o presente momento fazem uma reconstrução histórica das razões pelas quais essa política foi idealizada. Alguns afirmam que o Programa surge para qualificar a atenção básica no país, fazer com que responda aos pressupostos pelos quais foi construída (PINTO ET AL 2016, GIOVANELLA ET AL, 2016, CAMPOS & PEREIRA JR, 2016).

Alguns afirmam que nasce da escassez de médicos observada pela falta de um planejamento de recursos humanos histórico no país e que internacionalmente se identifica como uma das razões que explicam porque os sistemas de saúde não conseguem atingir a cobertura universal (GIRARDI ET AL, 2016).

Outros, ainda, enxergam nas manifestações de 2013 uma demanda eleitoral para os governantes do período, obrigando-os a encontrarem ações imediatas para os apelos das ruas. Adicionado a isso, há os que afirmam que a movimentação de prefeitos e secretários e a campanha “Cadê o médico?” forçaram os governantes a se posicionarem e tentar encontrar respostas para os problemas que afligiam a gestão municipal.

A pesquisa de documentos aqui realizada demonstra que todas as opções acima são verdadeiras. A campanha¹¹ existiu, a manifestação¹² também e havia mesmo uma necessidade de melhorar os indicadores de atenção básica e escassez de profissionais de saúde¹³. No entanto, existem mais dimensões, que na narrativa

¹¹ <http://cadeomedico.blogspot.com.br/>

¹² <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/20/em-dia-de-maior-mobilizacao-protestos-levam-centenas-de-milhares-as-ruas-no-brasil.htm>

¹³ Vieira & Servo, 2014 - IPEA

dos atores desse estudo foi interessante observar, para se entender o que está em jogo quando se desenha uma política pública no país.

Uma representante da corporação médica questiona, por outro lado, por que o Programa só estaria sendo implantando em 2013 se já estava, segundo ela, gestado desde 2009:

A nossa resposta, enquanto líder de um movimento médico que a gente era, foi um tanto de contestar, naquele momento, porque esse programa foi colocado em prática somente naquele momento, uma vez que desde 2009 a gente já tinha arquivado a nível federal (sic), no Ministério da Saúde e até nos gabinetes de alguns deputados já as cópias assinadas de um programa de cooperação Brasil-Cuba, que era exatamente o "Mais Médicos", (C1)

Outro entrevistado do governo, reforça a ideia de que o programa nasce para fortalecer a atenção básica, o que se daria a partir da participação da força de trabalho médico:

Fundamentalmente foi a percepção concreta, expressa pela demanda dos prefeitos, dos secretários municipais de saúde, pelas equipes do próprio Ministério e pelo movimento social de que a expansão da estratégia de saúde da família estava profundamente comprometida pela incapacidade das prefeituras de conseguir contratar médico. (A1)

Esse mesmo entrevistado afirma que as manifestações tiveram um potencial alavancador da proposta que já vinha sendo gestada:

Eu creio que as manifestações foram decisivas no sentido de acelerar a proposta. De apontar, talvez para o Governo Federal, para a Presidente da República. Para a Presidência, depois para permitir o ambiente necessário para uma tramitação de uma matéria tão polêmica no Congresso, frente a urgência que se estabeleceu de apresentação de propostas mais estruturadoras de políticas públicas que viessem responder aos anseios da população. Mas não acho que ele foi feito para responder às manifestações. As manifestações, vamos dizer assim, reforçaram a urgência, a sua potência. (A1)

Outra autoridade entrevistada, afirma que uma das razões fundamentais do nascimento desse programa foi a presença do Ministro Alexandre Padilha no Ministério da Saúde, no momento da criação do programa e do conjunto de ex-participantes da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM), que ocupavam posições importantes na conjuntura política: Rogério Carvalho como relator do projeto de Lei; Luiz Odorico Monteiro na Secretaria de Gestão Estratégica

e Participativa (SEGEP), Mozart Sales como o secretário SEGETS Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação (SEGETS) que desenhou o programa, Mônica Sampaio como uma das diretoras da mesma Secretaria e que abrigava o programa no Ministério da Saúde e Heider Pinto que foi o coordenador da secretaria e articulador do programa com a saída de Mozart Sales do Ministério. Para esse entrevistado, não era somente a figura de uma liderança em posição estratégica, mas o que representava esse grupo de médicos que fizeram escola nos movimentos sociais e que de alguma forma, compartilhavam uma mesma visão de medicina, de formação médica, de modelos assistenciais e de projetos de poder. Todas essas lideranças citadas faziam parte, à época, do partido dos trabalhadores e eram da base de governo da presidenta Dilma Rousseff e assim se manifestaram sobre esta questão:

A DENEM, a gente tinha um acúmulo grande em relação à questão do ensino médico, em relação à situação do médico, não só o compromisso social do médico, mas a formação médica e a necessidade de que a formação médica brasileira se adequasse à nova realidade do Sistema Único do Brasil. E não é à toa que entre os vários diretores, secretários e alto escalão do ministério do Padilha estavam todos os ex diretores da DENEM mais importantes (A6)

o Mozart Sales, eu fui da diretoria da DENEM que fundou a DENEM, o Rogério foi o terceiro presidente da DENEM, o Mozart foi o quarto e Padilha foi o quinto. Deixa eu ver, é isso. Não, foi assim: o Padilha foi o terceiro, o Rogério foi o quarto e o Mozart foi o quinto. O Heider foi presidente da DENEM, a Mônica foi articuladora da DENEM, E toda aquela geração que na SGTES com o Heider foi uma geração que participou; o Vinicius que depois foi do MEC, quando a gente criou também o Mais Médicos, também foi da DENEM

Nessa mesma direção, outro entrevistado afirma a liderança do Ministro Padilha e do Secretário de Gestão do Trabalho, Mozart Sales, nesse processo, acrescentando o jogo de articulação e resistência, que fizeram com que atores saíssem e outros entrassem na construção do projeto. Outro elemento importante trazido por esse entrevistado é que o primeiro passo em direção a construção do PMM nasce na criação do PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica que buscava interiorizar médicos e pontuava para o exame de residências médicas no país

O Padilha propôs um decreto criando o PROVAB que tinha essa ideia central e pontuar para a residência o tempo de exercício da medicina no Programa Saúde da Família, então esse foi o primeiro embrião que surgiu dessas discussões. Depois, a partir de 2013, início de 2013, não, foi 2012 o Mozart virou secretário de gestão do trabalho e aí montou uma equipe, fez um

seminário sobre provimento, fixação, fez estudos, levantou, fez um trabalho exaustivo no sentido de identificar a necessidade de médicos no Brasil. Fez uma análise comparativa do Brasil com outros países, foi atrás de outros programas de interiorização, de provimento, de fixação de profissionais na Austrália, na Inglaterra, em Portugal, Espanha e fez visitas em vários países e também fizeram as visitas a Cuba. Teve uma visita sigilosa que foi feita em 2011, antes do Mozart entrar. Em 2012, com a saída do Milton Arruda em função da crise gerada pelo PROVAB e a resistência da USP e de algumas universidades de São Paulo, o Milton Arruda pediu para sair, foi quando o Mozart entrou e entrou já com a tarefa de fazer alguma coisa marcante para a gestão do Padilha (A6)

Além do PROVAB, outras tentativas de provimento no Brasil tiveram desenhos semelhantes. Entrando em contato com o que foi pensado para o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde descrito por Maciel Filho, 2007, observamos um planejamento similar, embora sem a magnitude do PMM. Segundo o autor, o programa previa a interiorização de médicos e enfermeiras com algumas medidas que se assemelhavam às estratégias do PMM de organização do Provimento, quais sejam:

1. Curso de especialização de 360 horas de forma presencial e à distância – o mesmo no PMM;
2. Tutoria e supervisão permanentes, também previsto pelo PMM;
3. Condições adequadas para o desempenho das funções, como instalações, equipamentos e insumos (previsto pelo eixo de estruturação das unidades);
4. Certificado de participação do programa;
5. Bolsa mensal para médicos com um valor de 4.500,00 e enfermeiras com valor distinto dependendo da distância e barreiras de acesso; PMM só para médicos e o valor era equivalente considerando 10 anos entre um programa e outro;
6. Moradia e alimentação e transporte para o desenvolvimento de atividades. Também previsto pelo PMM como contrapartida das prefeituras;
7. Os critérios de seleção dos municípios, respeitavam critérios de pobreza e baixos indicadores de saúde (não utilizavam ainda IDH ou porte de município).

O que diferencia um programa do outro é a magnitude do PMM que abrange um número de médicos muito maior, embora não contemple enfermeiras e agentes de saúde; com critérios mais claros de distribuição geográfica e a cooperação com Cuba através da parceria com a Organização Pan-americana de Saúde. O caráter de contratação coletiva de profissionais feito com a intermediação da OPAS,

a articulação intersetorial e ministerial para responder rapidamente às necessidades de seleção e recrutamento de profissionais estrangeiros. Outro elemento importante relacionado ao provimento foi a criação de um registro profissional temporário para os médicos estrangeiros pelo governo brasileiro, como forma de enfrentar a resistência da categoria médica e suas corporações.

A lei dos Mais Médicos deu uma solução final porque colocou um registro especial para o programa Mais Médicos no Ministério da Saúde. Isso não aconteceu em outros países, mesmo os que recrutaram profissionais internacionais individuais ou através de termos de cooperação (A2)

A história contada pelos atores instituídos é permeada por suas implicações e pela qualidade de testemunha ocular dos bastidores da política. Se traduzirmos os discursos dos atores vamos encontrar o nascimento do programa como uma resposta as demandas internas de ordenação de mão de obra médica para os municípios pobres e distantes e, ao mesmo tempo, a resposta aos apelos políticos de fortalecimento de um projeto de poder que vislumbrava na cooperação internacional horizontal uma estratégia de *soft power*. Há uma diversidade de experiências prévias que foram estudadas e avaliadas no Brasil e fora dele que serviram de exemplo para a construção da proposta. Há, ainda, uma preocupação brasileira de não ferir os acordos e convenções internacionais que garantem que a importação de profissionais de saúde seja feita apenas de países que tem maior oferta para os que tem menos, evitando a prática predatória interestatal.

A representação da corporação médica lança a pergunta: Por que já havia um projeto tramitando com as características do Mais Médicos no governo e só foi implementado em 2013, próximos as eleições e após as manifestações de 2013? Os vários atores respondem que as manifestações fortaleceram a ideia que carecia de força política para ultrapassar a disputa corporativa, a análise documental demonstra indícios de viagens em missões secretas e rascunhos similares ao que foi apresentado ao Congresso ainda em 2012 nas mãos de técnicos do MS. Há claramente um movimento de prefeitos para que o governo federal colabore com a diminuição das iniquidades na contratação de médicos e há uma aproximação entre Brasil e Cuba nos governos Lula e Dilma como um parceiro privilegiado de fortalecimento das relações internacionais no campo das Américas.

4.2 A Institucionalização do Programa Mais Médicos: a Medida Provisória e a Lei dos Mais Médicos

Obviamente, se saímos da discussão do provimento, O Programa Mais Médicos é único no país, por ter sido institucionalizado legalmente através de uma lei que regula a formação das profissões, estabelece um período de serviço público para obtenção de vagas em residência e critérios de participação em concurso público, estimula o aumento de faculdades de medicina e residência médica no interior. Se destaca a mobilização do governo para assumir seu papel de regulador da formação e da titulação médica, bem como os investimentos em novas unidades de ensino superior que atendam ao apelo de interiorização da medicina.

Uma das autoridades responsáveis pelo programa descreve os objetivos gerais do mesmo, na sua visão:

Ele tem alguns objetivos: um deles seria garantir a atenção básica, o acesso de qualidade à população que estava sem esse atendimento, implicando provimento e distribuição de médicos para atender essa população. O segundo objetivo é, no médio e longo prazo, corrigir o déficit de profissionais, portanto aumentar a formação de profissionais do país para que o Brasil chegue em 2026 com o que foi traçado como meta que é sair de 1.8 médicos por mil habitantes para chegar em 2.7 médicos por mil habitantes. O terceiro elemento é universalizar a residência médica para que todos os médicos após a graduação, eles tenham a pós-graduação através da residência. Outro elemento é mudar a formação médica no Brasil, o que implica em mudança da graduação em medicina e também da questão de ter a medicina geral de família e comunidade como uma especialidade raiz da formação dos cursos de medicina no Brasil. E, por fim, o objetivo é qualificação e investimento em infraestrutura para dotar a atenção básica de infraestrutura adequada para também ajudar a ter um atendimento de qualidade de um lado e fixar os profissionais de outro. (A5)

O Programa foi criado a partir da identificação de um problema comum, com visões distintas de onde a negociação da agenda se inicia, desde o reconhecimento técnico e político de escassez de médicos e da importância desse profissional no desenho organizacional de serviços de saúde brasileiro, até a sugestão de que era um *timing* correto, com o grupo de atores certos, ajudados pelo grupo de prefeitos insatisfeitos e a manifestação política oportuna. A acumulação de trajetórias, conhecimentos e uma certa importação de conhecimentos dos pares, fez com que quem estava à frente do processo tivesse um projeto relativamente sólido nas mãos.

Segundo uma das autoridades nacionais entrevistadas, para a transformação da ideia em medida provisória, houve todo um trabalho de pesquisa, por um lado, e uma grande negociação interna e externa por outro para que o programa se firmasse como tal. Na fala do entrevistado se observam quatro momentos distintos que se entrelaçam - a importação de conhecimentos, a negociação com os atores internos como o MEC, a negociação com as corporações médicas e o Conselho Nacional e a elaboração de medida propriamente dita:

A figura abaixo procura mostrar o percurso de construção da medida provisória que deu origem a Lei dos Mais Médicos. Em um primeiro momento a investigação de experiências significativas no campo internacional e importação de conhecimento, a articulação com as corporações médicas e outros atores, articulação com os atores internos e a transformação do PMM em medida provisória em um primeiro momento.

Figura 05: Etapas de construção da medida provisória 621/2013

Fonte: Paula, JB, 2017

trabalho de pesquisa sobre como outros países fizeram e caminharam no sentido de resolver a falta de médicos pra atender as demandas do sistema como o nosso, um sistema universal, gratuito, público. Foi feito esse trabalho em relação à esses países, mas também foi feita a interlocução e o debate sobre essas questões que estão no conteúdo, conforme o conteúdo da lei

que foi apresentada com o Conselho, com a AMB, Federação dos Médicos, com a OPAS, CONASS, CONASEMS, com parlamentares. Então foi assim que se construiu e o MEC com a comissão de especialistas, comissão nacional de residência, porque já havia um debate, o MEC já fazia o debate da abertura de cursos de medicina e tinha uma pressão muito grande pra abrir de qualquer jeito. Tudo passava pela Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, muita pressão corporativa do conselho pra não autorizar e não tinha um regimento que pudesse disciplinar as instituições de ensino superior a proporem, a disciplinar a proposição ou mesmo criar a demanda pra que as instituições de ensino superior pudessem apresentar propostas e serem habilitadas pra construir ou pra implantar cursos ou ampliação de vagas, então também teve neste campo, já havia uma demanda, que foi se somando e virou a medida provisória(A3)

Para o Scheffer, 2016,

Programa de saúde é objeto tridimensional, de múltiplos recortes, que envolve processo complexo de organização de práticas voltadas para a realização de objetivos determinados, requisitando recursos humanos, materiais e políticas para ações planejadas ao longo do período de tempo indefinido. Scheffer, 2016, p.2665

No relato dos entrevistados, todo um esforço coletivo e organizado, requisitando recursos humanos, materiais e políticos foram empreendidos. A característica de mobilização intersetorial do programa surge na fala de um entrevistado:

um programa intersetorial, que ali estava envolvida a Casa Civil pessoalmente (sic), estava envolvida a própria Presidenta da República, estava envolvido o Exército e as Forças Armadas todas, todas as Forças Armadas. Foi fundamental o papel do Exército, da Aeronáutica, tudo, né? Estava envolvida a EMBRAER, estava envolvido o Ministério das Relações Exteriores fortemente, estava envolvida a Advocacia Geral da União, a Casa Civil, o MEC, porque a gente teve que envolver todas as universidades (A4)

Segundo Lotta et al, 2016, a dimensão da intersetorialidade é vista de forma mais representativa no momento da implementação da política, cujas demandas de organização do provimento, importação e distribuição de médicos estrangeiros no território, entre outros, demandou uma mobilização intersetorial maior. Segundo a pesquisa desses autores, na formulação e no monitoramento a intersetorialidade foi mais restrita.

Para outro entrevistado, o Mais Médicos se configura uma política de Estado porque envolveu, na sua formulação, o executivo, o legislativo e o judiciário. Este último muito relacionado aos processos judiciais protagonizados pela corporação médica em que todos foram favoráveis aos coordenadores do programa:

Mas queria falar do lançamento de uma decisão de Estado, porque vinha de uma iniciativa lançada pelo governo depois é validada a decisão do governo em uma lei nacional, o segundo poder do Estado. O legislativo participou na decisão do programa Mais Médicos. Mas depois disso, os que se opunham ao programa ou os que o questionavam de alguma maneira iniciaram mais de 50 processos judiciais de toda natureza. De como foi iniciado até a chegada de médicos estrangeiros até os tipos de prática que faziam, os limites que deveriam ter e em todos os casos, em todos os casos o Programa Mais Médicos recebeu do poder judiciário uma aprovação. Então, é um programa de saúde como poucos na história do Brasil, que tem um respaldo de governo, do parlamento em suas duas câmaras, Câmara e Senado e o poder judicial. Por isso, falar que é uma política de governo oportunista, eleitoreira é um total erro. É uma política de Estado do Brasil (A2)

Outro entrevistado afirma que o Mais Médicos é uma política de estado por ter sido incorporada à legislação do SUS, mas como qualquer política de estado quando sofre um golpe pode ser desmontada. Para esse entrevistado o que está verdadeiramente em risco, na atual conjuntura política, é o SUS:

O Mais Médicos é uma política de Estado porque ele não é só algo que depende da vontade do governo, centrado no governo que a qualquer hora o governo pode deixar de fazer. Ele foi colocado na legislação do SUS, então ele hoje na lei da saúde tem o Mais Médicos. Tem uma lei e essa lei tá dentro da legislação do SUS. Ele pode ser desmontado de várias maneiras. Mudando a lei ou não executando a lei do ponto de vista administrativo. Então, pode ser desmontado por um governo? Pode ser desmontado por um governo. Mas ela é uma política, nasceu como uma política de Estado. A segunda questão é o seguinte, eu acho que o golpe, uma das razões do golpe é reduzir o pouco que nós avançamos no Estado de Bem Estar Social no Brasil. Então, a Constituição de 1988 é a grande inimiga do golpe. O golpe vem aí para poder tirar o custo fiscal do estado brasileiro definido na Constituição de 88 que está, digamos assim, ainda longe da sua implantação. Não conforme princípios de esquerda socialista ou socialdemocrata. Está longe da sua implantação conforme o princípio lá liberal social da Constituição de 88. Esse golpe é contra isso. Nesse aspecto, não é só o Mais Médicos que está em risco. O SUS está em risco (A5)

Para uma autoridade estadual, o Mais Médicos pode estar institucionalizado em lei, mas não viabiliza a implementação

É, ela institucionaliza enquanto um programa, mas ela não dá viabilidade pra ele ser implementado. Então nós temos muitas leis que não são implementadas.(A8)

Algumas das autoridades entrevistadas, que viveram com detalhes os bastidores das articulações, relatam com cada peça foi sendo colocada no tabuleiro

para que a política fosse incorporada, a medida provisória aprovada e depois virasse lei. Para negociar com a AMB, retiraria do projeto a prerrogativa das residências serem modalidade única para formação de especialistas e para negociar com o CFM, retiraria a prerrogativa de regulação do exercício profissional feita pelo fórum:

nós atrasamos 15 dias e esse atraso gerou uma força maior dos que reagiam ao projeto. Mas, como a gente tinha colocado no texto a ideia de residência ser a única forma de formação de especialistas, isso atacava diretamente a AMB, porque ela vive da certificação e as sociedades de especialidades vivem da certificação de especialistas, e tá na lei que tem essa prerrogativa e que por proposição da comissão de especialistas isso virou uma proposta. Então, a gente tinha um elemento pra fazer o enfrentamento com a AMB e pra negociar com a AMB e a gente tinha o fórum de regulação do exercício profissional que amedrontava o CFM e que a gente tinha isso pra negociar, então esses dois temas permitiram que a gente fizesse um acordo com o CFM e com a AMB, que em função deste acordo se aprovou a medida. (A3)

E essa mesma autoridade continua descrevendo a negociação de outros pontos, como a garantia de reestruturação física das unidades que se deu a partir de negociações feitas pelos formuladores com os responsáveis pela aprovação do projeto nas instâncias de poder, a saber:

O relator-revisor tinha algumas questões. Uma das questões era o argumento da falta de infraestrutura, então nós introduzimos na lei que em 5 anos o governo se comprometia a fazer os investimentos na Rede de Atenção Básica pra garantir as condições de trabalho adequadas. E a gente também colocou isso na lei pra atender demandas do Senado, então com essa demanda do Senado e... tivemos a reação do senador [...], que tentou fazer uma costura com o senador [...], tentou via Senador [...] criar uma confusão pra não deixar aprovar na comissão mista lá no Senado, mas a gente conseguiu, a gente conseguiu fechar o acordo com o [...] e o mesmo afirmou que as demandas que ele tinha como revisor [...] já tinha atendido e portanto não tinha restrição nenhuma pra fazer, pra votar a favor, então desmontou a articulação feita pelo senador [...] e aí passou liso lá e aí o debate foi para os líderes da Câmara onde a gente já tinha negociado com o CFM (A3)

Pela visão da maioria dos atores entrevistados o PMM poderia ser considerado uma política de Estado e não de governo. Alguns chegam a afirmar que a política de Estado pode ser desmontada, a exemplo do que vem acontecendo com o SUS no Governo Temer, desde que haja uma coalizão de interesses e forças políticas que consigam esse intento. O PMM é uma política de governo que teve elementos de institucionalização com a Lei que o define, mas para ser uma política de Estado teria que transcender governos e ser incorporado na sociedade como

estratégia estruturante do serviço. No caso dos eixos provimento e estrutura, carrega em si a fragilidade de estar permeado por importações de médicos estrangeiros, não há uma carreira ou um plano de contratação a longo prazo, não há garantia de fixação de médicos nas regiões até então cobertas pelo programa.

4.3 A Cooperação com o governo Cubano: corporativismo ou projeto de poder?

Os debates e o confronto de posições distintas se deram, fundamentalmente, a partir desses personagens, governo e corporação médica, que para alguns entrevistados era uma luta eminentemente corporativa, mas para outros, era mais do que isso, eram disputas de projetos políticos diversos. Afinal, os protagonistas do governo também eram médicos e a disputa se dava entre eles. Por um lado, pessoas ideologicamente alinhadas, com uma trajetória na saúde que se relacionava com a formação médica ou com a gestão do SUS e os médicos que se filiavam a outros grupos políticos, com outro projeto de poder e se colocavam na linha de frente de oposição à criação do Mais Médicos. Alguns deputados do DEM eram as referências da categoria médica contrárias ao projeto. Um deles chegou a dar uma entrevista na TV Câmara (2013) em que dizia que a OPAS era o navio negreiro do séc. XXI, pois incentivava um programa que incluía a contratação de médicos cubanos, com a condição que não trouxessem a família, sem direito à conta bancária, e que exercessem a profissão sem nenhuma garantia trabalhista ou previdenciária. Nessa mesma direção, outro deputado do DEM afirmou em audiência pública que *existem falhas no trabalho do ministério em acompanhar as decisões do Tratado de Genebra que proíbe a exploração de trabalhadores* (AGÊNCIA CÂMARA, 2014).

A Comissão de Direitos Humanos também fez uma audiência pública para discutir a alegada exploração de mão de obra dos cubanos e, dentre os vários argumentos,

Foi apontado que estão acontecendo violações dos direitos humanos dos médicos cubanos porque eles são tratados de forma diferente dos brasileiros, seus salários são mais baixos e há limitações ao seu direito de ir e vir. (AGÊNCIA CÂMARA, 2013)

A autoridade do governo responde a essas críticas sobre exploração de mão-de-obra e problemas de legislação trabalhista da seguinte forma:

A princípio, digamos que dos médicos que estão aqui, a condição deles de trabalho no país deles é melhor que a imensa maioria dos médicos no Brasil. Eles não têm contrato precário, eles são funcionários de carreira, eles têm direito à previdência, enfim eles têm uma série de questões, eles são análogos ao que seria o regime jurídico único. O movimento médico também tem que escolher, ne? Eles falam que querem uma carreira pública para todo mundo etc. e tal e criticam os médicos cubanos que são funcionários de carreira. A segunda questão é a confusão. É uma confusão pelo seguinte, o médico cubano tem relação trabalhista, isso é reconhecido pelo Ministério do Trabalho, ele tem relação trabalhista com o governo cubano. Ele é um funcionário de carreira do governo cubano. A relação dele com a gente é uma relação de Cuba com a OPAS por meio de uma cooperação internacional. E aí entra nas regras da cooperação internacional. Ele não é funcionário do governo brasileiro. Nem é funcionário da OPAS. Ele é funcionário do governo cubano e está participando de uma cooperação internacional. Como Cuba faz isso com médicos, os outros países não fazem. Normalmente os outros países fazem isso com militares (A5)

Outro entrevistado descreve as razões pelas quais ocorreu a cooperação com Cuba intermediada pela OPAS, que vem sendo colaboradora do governo brasileiro no campo de Recursos Humanos há algum tempo,

E, não completadas essas vagas, o governo brasileiro procurou uma parceria com um governo, com uma participação importantíssima da Organização Pan-americana, um governo que produziu historicamente, isso não vem de agora, já vem de muitos anos, uma capacidade de provimento de recursos humanos na área da saúde, não são só de médicos, mas de outros profissionais, e que de alguma maneira transformou essa possibilidade de ceder profissionais, não apenas em uma atividade humanitária, porque ela nasce com essa perspectiva, continua tendo, vou dar o exemplo da epidemia de Ebola na África, quando Cuba teve um importante papel agora recente de mandar médicos, enfermeiros etc. Mas se transformou também em uma importante atividade econômica para o país, à medida em que Cuba forma profissionais de excelência, forma profissionais em quantidade extremamente elevadas, 7 ou 8 médicos por mil habitantes e tem capacidade de ceder profissionais para atuar durante um certo período de tempo em outros países. Então, sem dúvida nenhuma, foi o país que disponibilizou, tinha capacidade, tinha interesse e atendeu à convocação, ao convite que o Brasil fez(A1)

Outra autoridade nacional afirma que mesmo antes do programa ir a público, a OPAS já vinha participando das negociações e do desenho do programa:

O Programa Mais Médicos foi possivelmente uma ideia que já estava pensada pelo governo brasileiro, junto com a OPAS, possivelmente fora de Brasil, em alguma reunião internacional. Já em 2000 e pelo menos fim de 2011 já existiam planos de um programa semelhante a esse, não sei exatamente em que tamanho. Mas, nesse tempo já existiam conversas sobre a possibilidade de fazer um programa de importação de médicos para Brasil. Esse programa foi claramente mais bem definido com o começo do ministério de Padilha em 2012 e em junho de 2013, depois das manifestações, dentre as muitas ações rápidas que o governo tinha para considera, decidiu usar essa ideia de Mais Médicos que já estava preparada, já tinha bastante estudos de factibilidade previstos. (A6)

Uma autoridade afirma ainda, que a cooperação com Cuba se deu para respeitar a resolução da OMS (2010) sobre recrutamento internacional. Essa resolução previa que o recrutamento só poderia ocorrer entre países que tinham mais mão-de-obra para os países eu tinham menos, que era o caso da relação Cuba- Brasil:

O recrutamento nacional realmente deixou um vazio no programa. Isso fez com que as autoridades do Ministério da Saúde olhassem para outros países. De maneira importante, se levou em conta uma pauta internacional que existe, o nome é recomendações para o recrutamento internacional de profissionais da saúde. Isso é uma resolução da OMS do ano 2010. Essa resolução marca que esse recrutamento deveria acontecer em um contra fluxo do que vinha ocorrendo no mundo. Que é dos países em desenvolvimento a países desenvolvidos que atraíam os profissionais da saúde por um maior pagamento, condições de vida etc. Dentro desse marco, o Brasil estabeleceu um conjunto de pautas. Por exemplo, só iria recrutar profissionais de países que tivesse menor índice de densidade de médicos por habitantes que o Brasil. E nesse marco, Cuba foi um dos países identificados rapidamente com maior possibilidade de facilitar o recrutamento de médicos. Por causa da magnitude do que se pensou naquele momento, de 6 mil, 7 mil médicos, com base na estimativa do que se pensava recrutar no Brasil, fez com que as autoridades pensassem melhor em um convenio coletivo. Em um recrutamento individual com tantos médicos seria uma tarefa hercúlea realmente. Essas cifras, realmente, o tempo deu razão as autoridades de saúde do Brasil, porque realmente depois das convocatórias feitas no país, incluso em outros países fora de Cuba com uma densidade maior de médicos por habitantes. Rapidamente se fez crescer a cifra de médicos com Cuba para 11 mil. E finalmente 11400 e um pouco mais de médicos foram recrutados em Cuba, não como individuais, mas com um convenio de cooperação com o Ministério da Saúde de Cuba. (A2)

Inicialmente, os argumentos da oposição se concentravam na incompetência dos Cubanos para fazer uma clínica adequada e questionando a liberação do revalida para esses profissionais, posteriormente, com a avaliação satisfatória da população, as críticas se concentraram no tratamento diferenciado dado aos cubanos e o desrespeito, segundo os críticos, aos direitos de ir e vir e a isonomia salarial. Para um entrevistado que fazia parte da coordenação do programa, a crítica do revalida é frágil e está relacionada a uma busca de argumentos da corporação com uma reserva de mercado do que outra coisa:

Na Austrália tem algumas questões que primeiro o estrangeiro vai para um Mais Médicos, e lá dentro só fazendo aquilo é que ele pode validar o diploma para poder atuar. Mas isso mostra que são duas coisas diferentes. Eu acho, por incrível que pareça, que as entidades médicas sabem disso. Mas é que elas tentaram construir um discurso que era o discurso para a população. Eles não podiam falar assim: Nós não queremos concorrência, nós não queremos que tenham muitos médicos para que isso não possa reduzir os valores abusivos que a gente consegue cobrar quando não tem médico e a

gente bota a faca no pescoço do prefeito e faz a população de refém. Como fica muito feio falar isso, aí o discurso que eles tiveram que arrumar eram dois discursos: o discurso era o discurso de dizer que os médicos não tinham qualidade e que o governo ia brincar com a saúde das pessoas porque os médicos não tinham qualidade, vejam bem, eu sei que eles não têm qualidade porque eles não fizeram o exame de revalidação. De outro lado é fazer o discurso da época da guerra fria ainda, inclusive agora com Obama e Mick Jagger indo a Cuba dificulta o discurso, que é que o programa seria para financiar a ditadura cubana (A5)

Para outra entrevistada das Instituições de Ensino, o tempo mostrou que o revalida não tinha esse peso que se queria mostrar na avaliação das competências dos médicos cubanos e que talvez não fosse o instrumento adequado para avaliá-las:

são profissionais muito experientes, formados em medicina, mas a maioria já com pós-graduação na área de Medicina de Família e Comunidade e muitos deles, principalmente o primeiro grupo que veio trabalhar no Brasil já tinha uma experiência de missões internacionais em outros países na Venezuela, em países da África e mesmo em outros países da América Latina e dominavam com muita a Atenção Primária de Saúde, a clínica da Medicina de Família e Comunidade, portanto eu acho que não era um prejuízo porque o Revalida é um teste que no momento, até onde eu sei, é só teórico e até cobra conhecimentos pra além da atenção do conhecimento da Medicina de Família, às vezes muito específicos e que não... doenças raras, que não é o objetivo da Medicina de diagnosticar, até é de acompanhar e de tratar junto com outras Redes de Atenção, mas não de resolver tudo isoladamente, portanto eu acho que não havia prejuízo pra população, e depois a experiência mostrou que nós estávamos certos, porque esses médicos vinham preparados pra atender, pra fazer a Atenção Primária de Saúde que ela demanda além de conhecimento, fazer a Atenção Primária de Saúde além do conhecimento teórico da Medicina, da Biomedicina, do raciocínio diagnóstico e da terapêutica mesmo em termos de decisão enquanto (A9)

As audiências públicas e as matérias da imprensa sobre as audiências veiculadas pelos portais institucionais demonstram parte das negociações que foram sendo travadas nas comissões de Seguridade Social e Família, Comissão de Educação, Comissão de Direitos Humanos e Minorias, Comissão de Fiscalização Financeira e Controle e a Comissão de Relações exteriores e Defesa Nacional. Há documentação, inclusive, de uma audiência pública realizada pelo Supremo Tribunal Federal em novembro de 2013, para se apropriar da temática e ouvir a sociedade e autoridades, pois havia uma ação movida pela Associação de Medicina do Brasil protocolada em 23/08/2013. Ação essa, que só foi a plenário no dia 31/08/2017. A queixa da corporação médica era contra o programa, e apontava as seguintes supostas irregularidades, a saber:

Estrangeiros sem formação profissional;

Estrangeiros, quando médicos, com dispensa de revalidação de diploma;

Estrangeiros com dispensa de comprovação de proficiência na língua portuguesa;

Estrangeiros ocupando espaços onde anteriormente havia médicos brasileiros, que foram demitidos. Prefeituras substituíram médicos brasileiros por médicos cubanos, para trocar a fonte de recursos de pagamento da esfera municipal para federal;

Estrangeiros, na grande maioria cubanos, recebendo menos de 1/3 dos valores devidos para que o restante fosse encaminhado à OPAS e à Cuba.

Médicos brasileiros tendo suas inscrições dificultadas pelo sistema, sendo rejeitada ou não concluída

No estudo de caso realizado, não encontramos médicos sem formação profissional, mas há pesquisas recém-publicadas que apontam indícios de uma possível substituição de médicos locais por médicos do programa (Miranda et al, 2017, Giovanella et al, 2017, Gusso, 2017). Uma das autoridades nacionais entrevistadas reforça a ideia de substituição de médicos que já estavam em campo:

Os beneficiados, que são esses famosos 30 milhões no meu cálculo, porque o Mais Médicos atende 60. Na minha conta 30 é substituição, então 30 milhões tinham médico, esse médico era brasileiro, trabalhava mais ou menos bem e saiu, e entrou o cubano, porque pro prefeito era mais "jogada", era melhor pra ele. 60 milhões é um número alto, mas 30 milhões de brasileiros, realmente, a chegada do Mais Médicos fez a diferença na vida deles (A7).

Campos & Pereira Jr, 2016, apontam a dificuldade dos municípios de assumir o encargo de profissionais de saúde locais e a boa receptividade do programa pelos gestores por diminuir seu gasto em pagamento e supervisão de médicos. Os gestores apontam problemas em organizar sua força de trabalho, muito relacionada à necessidade das prefeituras em responder pela folha de pagamento com recursos humanos que é sempre a mais extensa. Em audiência no STF, o representante da Frente Nacional de Prefeitos se pronunciou sobre essa dificuldade

O prefeito de Porto Alegre, José Fortunati, presidente da Frente Nacional de Prefeitos, afirmou nesta segunda-feira (25), durante a audiência pública sobre o Programa Mais Médicos, que a dificuldade para a contratação de médicos é comum à maioria dos municípios brasileiros, mesmo tendo havido, nos últimos dez anos, aumento significativo dos investimentos municipais em saúde pública. Ele destacou que, em 2012, 21,5% do orçamento dos municípios foi destinado ao setor de saúde, contra 16,5% em 2002.(NOTÍCIAS STF, 2013)

A questão dos valores recebidos pelos cubanos, será tratada em um outro momento pelos entrevistados cubanos e não cubanos. Há relatos de alguns médicos brasileiros que se queixaram de tentar acessar o sistema por falhas no cadastro do (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) CNES ou duplicidade de informações nos cadastros, mas há que se perguntar quais seriam as reais motivações da corporação médica para ser tão contrariamente contundente a importação de médicos estrangeiros para assumir espaços, até então não ocupados pela força de trabalho brasileira. Uma das autoridades nacionais entrevistadas, fala que o governo brasileiro historicamente tem deixado a regulação da formação e da força de trabalho médica nas mãos das corporações e que o PMM seria o ponto de inflexão nessa relação. A partir desse programa a regulação do campo da formação e da titulação passaria a ser controlada pelo Estado, consideradas as necessidades de saúde da população e dos serviços para responder a elas:

a grande questão, o grande receio da corporação médica, além naturalmente, da disputa política que o papel constitucional ou infraconstitucional que a lei orgânica da saúde atribui ao governo federal que é a responsabilidade pela regulação da força de trabalho em saúde. Na verdade, nós deixamos, numa lógica do mercado, do controle das sociedades de especialistas, de tal maneira, que nós temos uma situação de total desequilíbrio, uma falta de planejamento absurda. A tal ponto de que antes da produção do Cadastro Nacional de Especialistas, que era uma das ações previstas na Lei dos Mais Médicos, nós sequer tínhamos um controle, uma informação correta de quantos especialistas nós temos(A1)

Esse é o nó crítico do programa Mais Médicos: uma transferência do locus, ainda que haja uma importante participação das entidades médicas, porque elas continuam participando desses espaços, mas há um deslocamento e há, de fato, uma coisa que o Brasil passa a assumir ou passaria a assumir se for cumprido, eu assinalei porque agora com as mudanças não sei se serão cumpridas que é o governo federal, com a participação dos estados e municípios, representados pelo CONASS e pelo CONASEMS, em conjunto com as entidades médicas, mas o governo, o Estado brasileiro assumir a regulação da formação e da titulação de especialistas. (A1)

Embora a resistência da corporação esteja sempre presente, segundo uma autoridade nacional entrevistada, ao contrário do que se aponta na mídia, houve muita discussão sobre a constituição da medida provisória 621/2013 que depois virou a Lei do Mais Médicos. No jogo de negociação de poder, esse entrevistado afirma que o governo chamou para o debate, mas não colocou todas as cartas na mesa. Convocou para a discussão do provimento, escassez de médicos e planejamento de recursos humanos sem deixar totalmente claro para os participantes das corporações que planejava fazer um programa dessa envergadura:

a lei, ela foi uma medida provisória, então ela vem de uma construção muito do governo, do executivo, porque também não tinha como, se revelasse a intenção do governo antes da hora ele seria torpedeado e seria inviabilizado antes de chegar no congresso, então foi uma construção, teve debate com as corporações, teve debate com o Conselho Federal de Medicina, com a Associação Médica Brasileira, teve vários debates (sic), mas era só uma intenção vaga, ninguém imaginava que fosse virar uma medida provisória, então era um debate sobre a quantidade de médicos, se tem, se não tem, mas ninguém imaginava que fosse ter uma ação tão contundente, tão firme e tão decidida por parte do governo(A2)

Na audiência pública promovida pelo Supremo Tribunal Federal, os grupos de atores a favor e contrários ao Mais Médicos se alternavam em críticas e elogios.

As corporações médicas apresentavam argumentos e posições distintas dos defensores do programa, afirmando que os médicos brasileiros estavam disponíveis para trabalhar em qualquer cenário e que o grande problema do SUS era o subfinanciamento e a má gestão de recursos. Muitos afirmavam categoricamente que o problema da saúde não era falta de médicos:

“Presidente da Associação Médica Brasileira, Florentino de Araújo Cardoso Filho, afirmou na audiência pública sobre o Programa Mais Médicos que o subfinanciamento, a má gestão dos recursos e a corrupção são as principais causas do que chamou de “caos na saúde pública brasileira” (NOTÍCIAS STF, 2013)

O presidente do CFM negou que médicos brasileiros não têm interesse em trabalhar em cidades pequenas. “Foi a campanha mais sórdida de desqualificação que os médicos brasileiros já sofreram. Vendeu-se a ideia que eles são mercenários, não querem ir para o interior e não gostam de pobres. Isso é uma deslavada mentira. Os médicos brasileiros querem ir para o interior e trabalhar no SUS, mas querem respeito, condições ideais de trabalho e uma carreira de Estado, não uma bolsa, sem direito a férias e 13º. Os médicos já passaram da fase de bolsa, não são mais residentes”, sustentou. (NOTÍCIAS STF, 2013)

Na mesma direção, o presidente da CUT, que defende o programa, argumenta que embora a iniciativa deva ser valorizada e seja benéfica, concorda com os outros atores que falta investimento no SUS:

o presidente nacional da Confederação Única dos Trabalhadores (CUT), Vagner Freitas de Moraes, disse que a entidade apoia o programa mas, ao mesmo tempo, reclama mais investimentos na qualificação e em melhores condições de trabalho para os médicos. “A saúde não se resume ao Mais Médicos”, afirmou. “É preciso mais investimentos em políticas de saúde para que esse direito seja efetivamente conquistado pela população”. (NOTÍCIAS STF, 2013)

A compreensão de que o programa faz um recorte pontual de ação, mas não resolve o problema estrutural do SUS é corroborado por alguns autores. Para Scheffer, 2016, programas como o Mais Médicos podem servir como ação preparatória ou focalizada para um determinado grupo populacional, quando não há no horizonte, lideranças ou condições materiais para estabelecer medidas estruturantes que modifique a resposta do sistema aos anseios e necessidades da população.

Chama a atenção o discurso do Advogado Geral da União, em defesa do programa que dizia que os médicos cubanos não faziam tratamento curativo, mas o acolhimento inicial. Havia, por parte de muitas autoridades, uma incompreensão do que era o trabalho médico na atenção primária e o que significava a clínica nesse cenário:

Esses médicos não fazem o tratamento curativo, mas o atendimento inicial, em situações mais simples, menos complexas, mas que precisam de um profissional para direcionar o paciente ao hospital se for necessário. É uma inversão de foco em relação ao atendimento de saúde. A maior parte das cidades atendidas pelo programa fica distante dos centros urbanos e não tem estrutura básica de saúde, disse. (Advogado Geral da União) (NOTÍCIAS STF, 2013)

4.3.1 Os médicos cubanos e a reação da mídia

Uma supervisora entrevistada afirma a dificuldade de compreensão pela comunidade brasileira de quem seriam os cubanos, que tipo de formação eles teriam e o papel da mídia nesse sentido:

Inicialmente por uma questão de disputa de mercado, por receio, por apelo da mídia, por... soltar na mídia, dizer que os médicos cubanos vinham porque o Brasil ia virar um país comunista, enfim, eu acho que teve na verdade um grande desconhecimento da maioria dos médicos sobre o que é formação dos médicos cubanos, a competência que eles tinham e um grande preconceito que foi manipulado pela imprensa, pela corporação médica, desvirtuando o papel do médico e tem muitos médicos que acabam fazendo a mera repetição de discurso sem fazer uma reflexão e sem conhecer. (S3)

Ainda sobre o papel da mídia, alguns entrevistados afirmam que houve uma forte tendência à manipulação de informações que favoreciam aos apelos contrários ao programa e que, muito possivelmente, aumentaram as resistências na sociedade no primeiro momento. Uma autoridade nacional afirmou:

os meios de comunicação massivos do país eram, surpreendentemente havia um desequilíbrio da balança e deram muito espaço às vozes de oposição. Totalmente desequilibrado, na minha opinião. Tive oportunidade de ler sobre uma matéria jornalística que a autoridade do país falava dois parágrafos e depois uma pessoa, sem nenhum cargo de relevância recebia sete parágrafos na mesma matéria. Para mim era incrível que o Ministro falava muito e recebia um parágrafo e um dos 300 mil médicos que trabalham nesse país recebia sete parágrafos (A2)

Então esse desequilíbrio para uma apreciação externa, talvez tenha feito com que se exacerbasse o que estava acontecendo no país. Uma visão um pouco distorcida da realidade. Acho que por aí, talvez, a gente ache alguma explicação que não se reproduzia a realidade e sim uma determinada interpretação da realidade que foi feita (A2)

Mas outra autoridade nacional aponta a virada de posição que a mídia fez, a partir do momento que o programa foi sendo implantado. Os meios de comunicação foram fazendo suas incursões e mudaram de rumo.

Se você for olhar, fizer uma análise de mídia, você vai ver que no primeiro momento tinha um certo questionamento da grande imprensa, mas em um prazo de 3 meses, mesmo a grande imprensa não se posicionando a favor do programa, mas ela teve uma cobertura, ela tentava dar os dois lados, ela também não se posicionou, a grande imprensa sempre se posiciona, óbvio, ela finge que não, ela cria um negocinho, mas ela sempre se posiciona. Mas nesse caso ela não se posicionou contra o programa. Nem a favor. Então ela deu as matérias e foi também sentindo onde é que a população iria. O fato é que 3 meses a população teve uma virada importante. Ela deu uma virada a favor do programa, então teve uma polêmica muito grande que era uma medida nova. Polêmica, pessoas falando a favor pessoas falando contra. Mas o fato é que dois meses, três meses, mesmo antes da chegada dos profissionais. Mas em especial quando os profissionais chegaram, teve um isolamento dos setores mais conservadores da corporação médica. O enfrentamento político foi aí, tanto é que na hora da votação da medida provisória no Congresso, ela foi aprovada nas duas câmaras com quase unanimidade. (A5)

Chama a atenção uma imagem de uma revista de veiculação nacional sobre o Programa em uma matéria de capa em 3 versões. Uma sobre o programa quando é criado em 2013, outro em 2015 e a última com a mudança de governo, em 2017:

2013: DILMA

Os 4 mil escravos de jaleco do Partido Comunista de Cuba custarão ao Brasil R\$ 40 milhões por mês. Deve ser o maior escândalo do PT em quase 11 anos de governo

Nunca, leitores, nunca mesmo! os subestimem. Quando vocês acharem que eles já chegaram ao limite do tolerável, fiquem certos: eles darão mais um passo, mais dez, mais mil. Não param nunca! Não têm compromisso com a palavra, com os fatos, com a razão, com a decência, com o bom senso, nada! Neste fim de semana, [...]

Por **Reinaldo Azevedo**

© 22 ago 2013, 09h21 - Atualizado em 11 fev 2017, 09h02

Escravos de jaleco 2015: DILMA

"Os médicos cubanos continuarão a ser remunerados de acordo com os termos da modalidade de cooperação que se estabeleceu entre a Opas, o governo brasileiro e o governo cubano. Não significa que eles ganhem mais ou ganhem menos, mas que ganhem diferente". Arthur Chioro, ministro da Saúde, sobre a importação de mais uma leva de cubanos [...]

Por **Augusto Nunes**

© 16 jan 2015, 16h09 - Atualizado em 11 fev 2017, 16h28

Saúde

2017: TEMER

Mais Médicos: o tempo da sensatez

Reportagem de VEJA explica a razão primordial da manutenção do projeto pelo governo Temer: ele funciona

Por **Adriana Dias Lopes**

© 1 abr 2017, 09h00

A revista em questão é conhecida por suas posições políticas conservadoras, mas o interessante é a mudança de argumentos contundentes em contrário ao programa, para argumentos igualmente expressivos em defesa de uma mesma política. A mídia no Brasil, portanto, é um instrumento de manipulação e de disputa de poder capturada facilmente por quem detém os meios de financiamento de campanhas como essa. Independente do conteúdo e das formulações favoráveis ou em contrário, é o mecanismo de desconstrução de uma política ou de defesa dela que devem ser devidamente observados por quem deseja produzir efeitos no país. A comunicação midiática no país é dominada por grupos empresariais que têm interesses específicos, inclusive necessidades de financiamento, influenciando sobremaneira o tratamento que é dado a notícia, dependendo do suporte que o referido grupo empresarial tem recebido do noticiado. Dependendo do grupo empresarial que mantém o veículo de comunicação, uma notícia pouco relevante pode virar o acontecimento do ano e uma grande mobilização nacional pode ter um comentário no final da página de uma coluna qualquer

Outros exemplos de grupos empresariais que cobriram o PMM de forma crítica em seu início estão a Folha de São Paulo, O Estadão, o grupo Globo de Jornais e Televisão, muito provavelmente pela filiação política atribuída a seus empresários. Após a popularização do PMM, com alta adesão da população, algumas emissoras fizeram programas favoráveis, a exemplo do Profissão Repórter que acompanhou os médicos em cidades distantes, algumas sem água tratada ou energia e mostrando a mudança de indicadores de saúde, as dificuldades enfrentadas e os resultados logrados.

4.3.2 - A política, seus desenhos e o contexto: parresia ou o dizer-verdadeiro

A necessidade de articular a transformação do mundo (das instituições, das leis) com a transformação de si, dos outros e da própria existência constitui, de acordo com Foucault, o problema específico da política, tal como ela se configura a partir de 1968 (MATARAZZO, 2011, p.301)

Os embates políticos que observamos, os meandros do jogo parlamentar, os bastidores da formulação política são como um espetáculo, cujos atores desempenham um papel fundamental na disputa do projeto que se deseja construir ou destruir, dependendo de onde se posicione na mesa. Há os sujeitos que sonham em coletivo e trazem de si seu potencial de transformação, atravessados pelos sujeitos que fazem da política uma arte de persuadir e vencer pequenas batalhas cotidianas, chegando aos sujeitos que são pagos para controlar e resistir em prol de causas nobres e outras não tão nobres. E, finalmente, a mídia e a academia que desempenham seu papel no jogo de forças que pode contribuir para a elucidação de dúvidas nos confrontos ou produzir regras e verdades e pôr a política em cheque.

O Programa Mais Médicos nasce de uma conjunção de necessidades e oportunidades que se relacionam com um país que fez uma opção por um Sistema Universal de Saúde, coordenado pela atenção primária, mas em paralelo permitiu a privatização dos serviços e criou um terreno em disputa para a categoria médica. O sistema público subfinanciado e um arranjo de descentralização inadequado que não permite a contratação adequada do trabalho médico, aliada a uma formação histórica voltada para as especialidades, empurrou o médico para uma visão liberal privatista de seu trabalho, mesmo tendo que assumir a dupla função de liberal e assalariado pela conjuntura econômica do país.

Um grupo de médicos de um projeto de poder em disputa assume o governo e, a partir de um evento disparador, que foram as manifestações de 2013, lidera a trincheira de luta com a categoria médica e suas representações históricas e põe na mesa de negociação um projeto de lei que relativiza o poder da categoria no controle e regulação dos registros profissionais de estrangeiros. Importa médicos em grande escala, de um país que questiona os valores liberais mais caros ao liberalismo brasileiro e desafia o modelo de formação com novas estratégias de regulação e de residências no SUS como pré-requisitos para outras especialidades.

Matarazzo (2011) faz análise de dois modos de entender política que nos ajuda a pensar o desenho do PMM. Ele diz que Jacques Rancière e Michel Foucault, ao discutir a democracia grega diferem de maneira importante. Rancière, ao analisar a democracia grega, afirma que a política tem por princípio exclusivo a igualdade e que a ação política deve potencializar esse espaço de igualdade a partir da linguagem. Foucault, por outro lado, afirmaria que embora a igualdade seja condição para a democracia, o dizer-verdadeiro gera, pelo contrário, relações paradoxais e não há garantia na democracia de ter igualdade de falas. Para Foucault, o exercício da democracia é sempre um risco, quando um sujeito se posiciona em assembleia e fala as suas verdades:

A parresia (o dizer verdadeiro), a politeia (a constituição que garante a igualdade de todos os homens que detém a cidadania) e a isegoria (o direito estatutário que todos tem de falar, não importante o status social, privilégios de nascença, riqueza ou saber) estabelecem entre si relações paradoxais. Para que a parresia possa existir, para que o dizer-verdadeiro possa ser exercido, é necessário, ao mesmo tempo, a politeia(constituição) e a isegoria que afirma que todos podem tomara a palavra publicamente e dar sua opinião sobre os problemas da cidade. Mas nem a politeia, nem a isegoria vão dizer quem vai realmente falar, quem vai efetivamente enunciar uma pretensão de verdade. Todos têm o direito de tomar a palavra, mas não é a distribuição igualitária do direito a palavra que faz falar efetivamente. (MARARAZZO, 2011, p.302)

Para esse autor, não são os espaços dados ao discurso ou ao falar do sujeito que fazem a diferença, ou a constituição de cidadania, mas a potência para o exercício do poder que geram efeitos naquele que fala e em sua audiência. Em cada sujeito que descreve a criação do PMM tem uma potência de si, da sua história, das lutas que carregam, que faz com que se posicionem a favor ou contra o projeto. O valor da técnica, das informações colhidas pelos anos de estudo sobre recursos

humanos, carreira médica e atenção primária desempenham um papel importante nesse jogo, mas não é o fundamental. Há uma relação visceral com o tema, que foi traduzida por um entrevistado como algo que vem do fígado:

E de maneira importante, se soma também que o tema dos cubanos, há também uns posicionamentos ideológicos do tipo confrontador ao regime cubano, o governo cubano, a projeção que Cuba podia alcançar no país através desses médicos fez com que certos grupos se posicionaram contra. Prefiro não os nomear, pode haver agrupamentos, e algumas personalidades individuais. A mídia lhes deu amplo espaço para se manifestar. Seus critérios para ser contra posso assegurar que a maioria não falava de forma racional, mas falava do fígado, era impressionante. Inclusive em alguns casos com desprezo absoluto a essa população brasileira que tinha carência de médico. Algo muito perto de melhor sem médicos do que trazer cubanos. Então para mim, foi algo surpreendente. Eu já havia testemunhado em outros países razões corporativas, mas nesse nível de ofensa pessoal, nunca havia visto tão visceral e tão do fígado como vi no Brasil. (A2)

Do outro lado também vemos manifestações emocionais orgulhosas do feito:

primeiro eles achavam que a gente não tinha coragem. Depois eles viram que a gente tinha coragem, mas eles achavam que a gente não sabia fazer, não sabia o que queria e aí eles viram que a gente sabia que a gente tinha coragem, mas eles duvidavam se a gente tinha competência pra fazer e depois a gente mostrou que teve competência pra fazer (A4)

Matarazzo, (2011), afirma que a parresia ou o dizer verdadeiro, o tomar partido, é um ato arriscado de divisão de uma comunidade e não se sabe bem no que isso pode dar. Ao contrário das teorias explicativas de políticas públicas, para esses autores não há boas estratégias ou boas práticas para fazer um programa funcionar bem ou ser bem aceito. Há, sim, a experiência acumulada que esses atores tiveram e usaram a favor de seus projetos, há as estratégias de persuasão e de exercício de negociação, mas há antes de tudo uma força de potência de agir sobre si e sobre os outros.

É nesse sentido que Foucault fala da diferenciação ética, de um processo de singularização desencadeado e aberto pela enunciação parresiástica. A parresia implica que os sujeitos políticos se constituam a si mesmos enquanto sujeitos éticos, capazes de arriscar, lançar um desafio, dividir os iguais pelas suas tomadas de posição, isto é, que sejam capazes de governarem a si mesmos e os outros em uma situação de conflito. (MATARAZZO, 2011, pg.303)

4.4 - A cooperação Cuba- Brasil: entre o ideal e o pragmático e a solidariedade médica

Uma das primeiras questões que permeiam a discussão dessa cooperação é se o elemento marcante da exportação de mão de obra de um país para o outro é a solidariedade, interesse diplomático ou uma transação de mercado como outra qualquer. Huish, 2014, discute todos esses aspectos e toma posição, afirmando, como já dito aqui anteriormente, que a exportação médica cubana é um ato solidário e de resistência contra a hegemonia dos países considerados de primeiro mundo que vem fagocitando os países pobres, a exemplo de Cuba e os demais da América Latina e Caribe.

Segundo Huish, 2014, Cuba tem cerca de 38 mil profissionais de saúde levando suporte de emergência, cuidado prolongado e educação médica para muitos países em situação de vulnerabilidade e há muita incompreensão das razões pelas quais esse país faz isso. Huish afirma que a estratégia cubana não é humanista, filantrópica, altruísta ou meramente comercial. O autor afirma que, os cubanos atuam no marco da solidariedade, que ele define como uma estratégia contrária ao altruísmo - aceita um pagamento ou recompensa em troca do serviço prestado. Seria uma espécie de ação transformadora, humanista no sentido profundo do termo e que desafia as estruturas hegemônicas proporcionando um desenvolvimento que é de mútuo interesse entre os dois países, que resolveram oficialmente se ajudar, um deles – Cuba, que vende sua força de trabalho médico aos países que precisam dessa força de trabalho. Huish vai mais longe, afirmando que a solidariedade pode ser vista como uma luta política para enfrentar os meios de opressão entre países aliados.

Por outro lado, existem os médicos e médicas cubanas que vão aos rincões onde nenhum médico local quer ir. Sua força de trabalho é internacionalmente comercializada e sua vida andarilha não contempla a participação da família. Seu salário é definido pelo governo cubano com acréscimos a partir das missões e sua participação em outro país nem sempre é bem-vinda ou agradável. Essas são dimensões políticas dessa cooperação que são exploradas sem a pretensão de ser

de forma exaustiva. A politização do trabalho médico tem muitas dimensões, só falaremos de algumas.

Feinsilver, 2010, descreve o início da diplomacia cubana como um movimento idealista, que ao longo dos anos foi cedendo ao pragmatismo de ter que se estabelecer em um cenário internacional tão adverso e na contramão da ideologia mundial. Um dos fortes ideários da revolução cubana era um sistema universal de saúde, adotando a metáfora “a saúde da população é também a saúde do corpo político” (FEINSILVER, 2014, p.85).

Com a fuga dos médicos após a revolução cubana, o país resolveu investir na formação médica em massa de seu país e dos demais. A cooperação sul-sul, segundo a autora era uma das práticas cubanas que tentava retribuir o apoio recebido pelos países socialistas no período crítico da tomada do governo pelos revolucionários. Para Feinsilver, o que Cuba faz hoje é uma estratégia de *soft power* para conseguir se manter economicamente, construir relações diplomáticas com outros países e abrir espaço para o desenvolvimento a despeito do embargo americano que foi retomado agora no governo de Donald Trump.

Feinsilver faz uma tipologia da diplomacia médica cubana, dividida em atividades de curta duração e de longa duração. As de curta duração seriam as seguintes:

1. Apoio a desastres;
2. Monitoramento e controle epidemiológico;
3. Treinamento de profissionais de saúde em serviço para melhorar habilidades;
4. Provisão direta de atenção médica em Cuba;
5. Serviços de consultoria em planejamento, administração e organização de sistemas de saúde;
6. Doação de medicamentos, equipamentos e insumos médicos;
7. Vacinação e campanhas de educação em saúde;
8. Desenho de programas para desenvolvimento de recursos humanos e provisão de serviços médicos específicos;
9. Intercambio de pesquisas e transferência de conhecimento através de suporte financeiro a conferências internacionais e publicação de revistas médicas.

As atividades de longa duração são:

1. Provisão direta de Atenção Primária no país beneficiário, particularmente em áreas onde os médicos locais não vão;

2. Provisão de equipes de atenção hospitalar secundários e terciários em países beneficiários;
3. Construção de unidades de saúde (por ex, clínicas, laboratórios, hospitais) nos países beneficiários;
4. Criação de programas de saúde integrais nos países beneficiários;
5. Construção e/ou provisão de profissionais de escolas médicas nos países beneficiários e/ou em países com a educação médica baseada na clínica comunitária combinada com aprendizagem a distância sob a supervisão de Cuba;
6. Provisão de bolsas integrais para estudar em Cuba para escolas médicas e estudantes profissionais de saúde aliados;
7. Trocas científicas. (FEINSILVER, 2010, p.88)

Feinsilver afirma ainda que só com a Venezuela,

Cuba recebeu cerca de US\$ 5.6 bilhões para a provisão de todos os serviços, maioria de exportação de médicos, embora incluía professores e outros profissionais também. O total valor do intercâmbio com a Venezuela, comércio, ajuda, investimentos e subsídios para Cuba em 2008 foi de US\$9.4 bilhões (FEINSILVER, 2010, p.98).

Uma autoridade nacional compartilha os valores que o país recebe com o Mais Médicos, que demonstra um impacto econômico importante em um país de poucas posses:

Os 70% do salário dos médicos vão direto pra Cuba, então você imagina que nós pagamos 120 milhões de reais mais ou menos por mês a Cuba para os médicos, imagina que 30 milhões vão para os médicos e 90 milhões de reais que são 30 milhões de dólares por mês vão pra Cuba, entra direto, não é que daí eu tenho que tirar, não, é direto, então são 300, 400 milhões de dólares por ano que chega na economia cubana. Tem até um estudo que o representante de Cuba, da OPAS em Cuba fez sobre o impacto do "Mais Médicos" pra Cuba. Tanto para o dinheiro que financia, quanto do esvaziamento dos centros de saúde lá em Cuba. E os dados são que o Mais Médicos é muito importante pra financiar o sistema público de saúde em Cuba e a saída dos médicos pro Brasil não afetou o sistema que se sustenta com os médicos que ficaram por lá. (A7)

Essa mesma autoridade defende que o internacionalismo cubano é um ato de solidariedade e também uma fonte de renda. Para esse entrevistado, as duas coisas não são excludentes e é compreensível diante das necessidades do país:

Obviamente. É uma fonte de renda extraordinária, eles formaram mais médicos do que precisavam e mais professores e mais profissionais do que Cuba precisa justamente foi pra isso, solidariedade internacional e também pra ter uma fonte de renda. Eles não têm petróleo, exportam conhecimento, então essa é uma lógica de mercado e sobretudo uma fonte muito importante de recursos, é a primeira fonte [00:24:19] por Cuba, mas o turismo e tal, porque trata-se de uma faixa de business, de uma gama de negócios que é muito rentável, porque se você tem um hotel em Varadero, tudo bem, hotel em Varadero é bonito, vem o turista e tal, mas tem que construir o hotel, equipar o hotel tem que chamar o espanhol que gerencia o hotel, tem gasto, tem período do ano que o hotel tá vazio, então, é uma fonte de renda

importante, mas tem gastos "danados", agora, Mais Médicos não tem gastos, é só fonte, todo gasto é pago pelo Brasil (A7).

Já para outro entrevistado, a cooperação cubana inicia de forma solidária, a partir de uma parceria entre países socialistas, mas que hoje em dia é movida por outras razões mais significativas. Ele argumenta que o país faz isso em interesse próprio, financeiro ou de projeção internacional, na mesma linha do *soft power* de Feinsilver, argumenta:

Sim, eu acho que a cooperação cubana, desse ponto de vista, tem experiências, e de fato eu tenho impressão de que desde o começo a cooperação cubana na área de saúde, foi uma cooperação que chamava naquela época de solidariedade do mundo socialista. Entre países que queriam libertar-se do imperialismo e não tenho dúvidas de que o fato de enviar pessoas em missões médicas à Argélia, como foi no começo ou ao Chile no terremoto, sempre foi o intento de Cuba de criar uma imagem no mundo de cooperação com países, com povos que estavam com algum tipo de sofrimento. Isso é feito com solidariedade, eu entendo que não e acho que todos os autores que tem analisado isso com formato objetivo coincidem que é um formato de *soft power*, de influência internacional positiva. Como diz um autor que estuda essas coisas, esta forma de fazer influência no mundo é uma forma boa. Eu prefiro que façam isso e não que invadam um país. Me parece que Cuba faz bem em fazer isso. Mas não penso que seja solidariedade, penso que é interesse de dar uma espécie de imagem boa, igual ao Bill Gates não é solidariedade quando faz a fundação Gates. Está querendo promover uma imagem pública de Gates e seus negócios de uma forma boa. É melhor que faça isso do que faça outra coisa, sem dúvida. Poderia estar fazendo coisas piores que isso. Cuba também, Cuba não está fazendo uma coisa ruim. Está fazendo uma coisa boa, mas não é solidariedade, é interesse nacional (A6)

Para Gusso (2017), a cooperação cubana representa o maior risco potencial dos mais médicos devido a pressão que médicos recebem de ficar longe das famílias e por receberem um valor menor que os brasileiros. Para o autor, o médico cubano é tratado como mercadoria pelo governo de seu país e tem seus direitos de ir e vir e de convivência com a família cerceados. O fato dos cubanos substituírem os médicos facilmente também caracteriza uma visão de mercadoria e não de sujeito, pois os números importariam mais.

Nessa mesma direção uma autoridade nacional entrevistada afirma que

A modalidade de contrato, o primeiro contrato nunca foi divulgado oficialmente, mas apareceram na internet versões fac-símiles de contratos de médicos cubanos assinados. Eu tenho a impressão de que são verdadeiros. E esses contratos contém cláusulas, por exemplo, de como o funcionário médico tem que avisar se entra em relações afetivas com uma pessoa do país, tem que pedir permissão para receber pessoas na casa, o que eu entendo que não entra em nenhum contrato de trabalho válido no Brasil. Não

existe contrato de trabalho válido no Brasil que aceite a ideia de que o empregador tem direito a intervir na vida pessoal do empregado. Além de tudo tem uma companhia (A6)

Atenção Primária: modelos de atenção e de formação distintos

Embora se reconheça os avanços da política de saúde no Brasil e os vários autores que demarcam o impacto da estratégia de saúde da família na mudança da situação de saúde, a incorporação da APS como a grande organizadora do sistema sempre aconteceu pela metade, a saber:

Na visão de uma das autoridades nacionais, a falta de médico impedia o avanço da APS,

Porque na verdade o nosso discurso de que a atenção básica era uma prioridade para a reestruturação do SUS como coordenadora, ordenadora do cuidado, como reestruturadora do modelo assistencial esbarrava na impossibilidade de manter equipes completas com médicos. Ou seja, nós nunca conseguimos experimentar a potência da atenção básica exatamente porque faltavam médicos (A1)

A diferença da atenção médica de Cuba e do Brasil fica evidenciada na fala de um médico cubano e um supervisor entrevistados:

E com respeito ao que eles estavam falando agora dos exames complementares, eu acho que também nós temos uma forma de trabalhar diferente. Nós aplicamos a todo momento o método clínico, entende? Mas o paciente está acostumado nesses países, assim. Está acostumado a fazer uma bateria de exames por gosto. Sem necessidade. Por exemplo, uma paciente hoje foi a minha consulta para pedir pra mim um eletroencefalograma porque ela tem muita tontura. Eu tentei leva-la ao convencimento que poderia ser um problema na cervical, labirintite. Não, não doutora. Já falei com um doutor em Tauá e ele falou que eu tenho que fazer isso e esse tipo fica aí e não saem daí. (MC4)

O médico cubano, eu vou falar do cubano porque eu só supervisionei cubanos, brasileiros e cubanos. O médico cubano ele não entende, ele passa 3 anos aqui e tem coisas que ele sai sem conseguir entender porque que a gente age de tal forma, sabe, por exemplo, ele já tem uma estrutura, não é só uma estrutura, ele já tem um filosofia de trabalho lá, de suporte do Estado de, por exemplo, os especialistas sabem que deve dar suporte (sic) à Atenção Básica, os hospitais sabem que têm que dar suporte à Atenção Básica, todo mundo sabe que tem que dar suporte à Atenção Básica, então quando eles chegam aqui eles veem totalmente o oposto disso, a Atenção Básica ela é deixada à parte(S2)

Uma supervisora, no entanto, afirma que é uma oportunidade importante de troca, mas acha que esse não deveria ser o foco de investimento de governo e sim investir na Medicina de Família e Comunidade no Brasil:

Como eu te disse antes, eu acho que a estratégia de cooperação internacional é importante até porque traz uma riqueza de vivência, de você

olhar a assistência de uma outra (sic) maneira, essas pessoas mudam a assistência, muda inclusive os outros colegas, mas acho que ela não pode ser a principal, acho que a gente tem que... quando a gente supervaloriza esse lado a gente deixa, relega um pouco o outro, da questão de investir aqui, na Atenção Primária daqui (S2)

Um elemento polêmico do programa, com relação aos seus objetivos de fortalecer a atenção básica nos lugares de vazios assistenciais, são as críticas a distribuição geográfica. Segundo o relatório do TCU, 2014, há médicos lotados em lugares que já haviam médicos ou em lugares que não preenchem os requisitos definidos pelo Programa. Os estudos de Giovanella et al (2016) e Oliveira et al (2016) e corroboram com essa visão, mas os estudos de Pinto et al (2017), demonstram o contrário.

Nessa direção, uma entrevistada da corporação médica afirma:

É que esses profissionais deveriam estar onde se dizia que os médicos brasileiros não queriam ir, ou não poderiam ir, que eram os locais mais distantes, as periferias das grandes cidades ou mesmo as cidades do interior muito longínquas, e quando a gente viu o relatório do Tribunal de Contas da União, ele mostrou que onde existia a maior alocação de profissionais dos "Mais Médicos" que eram os intercambistas, eram nos grandes centros urbanos, por exemplo, a cidade de São Paulo, por exemplo, foi uma das que mais recebeu intercambistas sem revalidação, então se era pra ocupar espaço onde se dizia que o médico brasileiro não ia, porque que Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, a cidade de Fortaleza têm mais intercambistas do que as cidades do interior do Ceará, de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.(C1)

Uma autoridade nacional reforça a tese de que a distribuição geográfica dos médicos do programa teve problemas porque em alguns lugares os critérios de IDH baixo não foram respeitados e o número necessário para cobrir a falta de médicos na APS era de 5 mil e não de 11 mil. O excedente veio para suprir vagas em lugares que não necessariamente deveria ser prioridade ou para aperfeiçoar o sistema de saúde em suas outras dimensões:

O quadro é também coerente com o que precisava Brasil emergencialmente que eram 5 mil médicos e não 11 mil. Se vc vê os números das planilhas de atenção básica que estavam no próprio site até que o governo tirou, mas que eu tenho. Se vc vê a evolução de 2011, 2012, 2013, 2014, o número de equipes de saúde da família e o número de população coberta, aumentou 4 mil equipes e aumentou 20 milhões de pessoas cobertas. O resto foi melhorar o sistema de saúde sem dúvida, mas não era o que se estava pensando. Por exemplo, no Estado de São Paulo, na primeira avaliação que eu fiz em 2014, nenhum município que recebeu Mais Médicos tinha IDH menos que alto, ou seja, os municípios tinham IDH alto ou muito alto. Nenhum município de IDH médio recebeu médico do Mais Médicos. É verdade que em São Paulo tem

poucos municípios de IDH médio, mas nenhum recebeu. E todos... por exemplo, muitos dos Mais Médicos foram parar em lugares interessantes. Guarujá, Ubatuba, todos os lugares, praias muito bonitas no Brasil inteiro, tem médicos de Mais Médicos. Bem, em si mesmo não é nenhum pecado, mas fazer um programa para botar um médico no Guarujá é difícil pensar (A6)

Outra entrevistada da corporação médica afirma que as equipes da Estratégia de Saúde da Família têm alta rotatividade e o PMM reforçaria isso com seu modelo de contratação através de bolsas:

se eu criei o PSF dizendo que ele é o modelo mais importante na rede pública de saúde, ele deve ser perene, se eu a cada 2 anos eu mudo as equipes, isso configura pra mim mão de obra barata. É mais fácil eu manter de forma rotativa médicos no PSF ganhando uma bolsa do que eu ter carreira de estado e manter equipes fixas. Se é pra eu conhecer você e eu passar 20 anos, como eu fiz no meu consultório, as crianças que eu fiz na sala de parto eu segui até os 18 anos de idade. Eu sei todas pelo nome, eu fui pra formatura de algumas já, eu esperava que em saúde pública fosse assim (C1)

Em audiência pública, 2013, o representante do Ministério Público salientou como irregularidade do programa a adoção de bolsas como pagamento de profissionais em serviço:

Ministério Público do Trabalho (MPT) investiga a ocorrência de possíveis problemas e irregularidades no programa e que o relatório parcial divulgado no dia 30 de outubro revela, “com muita clareza, que o que se tem de fato é uma relação de trabalho que, infelizmente, está mascarada por um programa de aperfeiçoamento, que seria uma pós-graduação, com foco no ensino, na pesquisa e na extensão”. “Na prática, o que se vê, de fato, é uma relação de trabalho”, frisou.(AGENCIA CÂMARA, 2013)

Na visão dos organizadores do programa, não é uma tentativa de burlar as leis, mas uma estratégia de garantir um sistema de educação permanente, cuja relação entre o aprendiz e o tutor ou professor seria mais estreita e o locus de formação seria o espaço de atuação do sujeito que aprende:

Porque o desenho da relação de pagamento foi na qualidade de que os estudantes, de que os médicos são bolsistas, recebe uma bolsa porque ele está num processo de educação permanente. Isso foi possível a gente conceber porque nós fizemos um *pool* de universidades que passaram a ser tutoras do Programa Mais Médicos, na perspectiva da "Tenda Invertida", em vez do médico, o profissional ir pra tenda do mestre, é o mestre que vai pra tenda do aprendiz, então esse foi o modelo que nós concebemos e foi fundamental, porque isso deu o desenho, o arranjo contratual e deu o arranjo de envolvimento das universidades(A4)

A Tenda Invertida é uma proposta criada por Andrade, 2004, modelo experimentado nas cidades de Sobral e Fortaleza, na ocasião em que o autor foi secretário de saúde das duas cidades. Consistia em levar o mestre a tenda do aprendiz, em uma alusão ao modelo tradicional de educação de ensino superior que recebia o aprendiz nos espaços universitários:

Como crítica a esta concepção “clássica” de formação continuada, em que o locus de formação encontra-se fora do local onde o profissional atua ou atuará quando concluir o curso de especialização/ residência, e em um momento/ tempo diferenciado da prática profissional, na RSFS optamos por trabalhar com a proposta de “TENDA INVERTIDA”, ou seja, o locus e o momento de formação do profissional passa a ser, o território onde a equipe do PSF atua. O “Mestre” ou “Preceptor” é que se desloca para o local de trabalho do residente, onde está o território, e, com eles, os problemas de saúde do cotidiano. (ANDRADE, 2004, p.36)

A política de educação permanente no SUS tem se desenvolvido muito nos últimos anos e construído todo um aparato técnico e conceitual que procura aproximar os espaços de formação com os serviços, visualizando a educação como ferramenta de gestão. Segundo Barreto et al (2006):

A política de educação permanente para o SUS deve potencializar a mudança do modelo médico-assistencial além de qualificar o processo de gestão participativa e democrática. Dentro deste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza adotou como política estruturante de organização e gestão do serviço o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE). A idéia força desta proposta é de criar uma Estratégia de Educação Permanente em parceria com as Instituições de Ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, transformando toda rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional (BARRETO ET AL, 2006, p.31)

Um outro aspecto importante é que o programa traz uma consequência talvez não intencional de deixar a impressão de que a saúde é produzida por médicos exclusivamente. Como se os grandes logros de saúde pública no Brasil não estivessem impactados pelo trabalho das enfermeiras, das agentes de saúde, dos profissionais não médicos da saúde mental e outros. Os entrevistados apontam essa incoerência e um deles faz um jogo interessante afirmando que a ex-presidente do Brasil, Dilma Rousseff e o ex-presidente de Cuba, Fidel Castro, tinham a mesma compreensão do que é produzir saúde, “a saúde é médico”. Uma visão medicalizada de saúde e uma incompreensão do que significa a produção social da saúde.

Há uma coisa interessante que, pode parecer até uma brincadeira. A presidenta Dilma pensa que saúde é médicos, Fidel Castro também pensa que saúde é médicos. Fidel Castro, desde os anos 50, dos anos 60, considera

muito importante que Cuba tenha muitos médicos. Está escrito, está falado em discursos e tem artigos publicados pela OPAs por oficiais ou por pessoas oficiais do governo cubano que dizem: “é mandato do comandante Fidel Castro que Cuba tenha muitos médicos e que se exportem médicos. ” Ou seja, tem essa visão de que o médico é importante. E dentro dessa mesma visão, é um médico que trabalhe com a parte, digamos, com a atenção básica. (A4)

Uma entrevistada da corporação médica faz o mesmo questionamento:

Agora, só levar médicos, uma das coisas que eu esqueci de falar que eu critico muito, é que eu não faria um programa com essa intenção de levar assistência pras periferias, pras cidades do interior, pros locais longínquos, com o nome "Mais Médicos". A minha preocupação, se eu fosse gestora, era criar o "Programa Mais Saúde", porque hoje só levar médico e não ter condições pra que esses médicos atuem com qualidade, simplesmente eu tenho uma cadeira e um birô (C1).

Obviamente, se reconhece que quando a oferta de outros profissionais é maior e a força da corporação é menor, em uma lógica de mercado o médico era um elemento na composição das equipes mais difícil de conseguir, ocasionando um ponto de interrogação na capacidade das prefeituras de médio e pequeno porte de fazer a própria gestão de recursos humanos sem ter que recorrer a acordos extraoficiais para dar conta da presença dessa categoria. E mais ainda, a saúde no Brasil é médico centrada. As parteiras não são reconhecidas como profissionais de saúde (OMS, 2016), os exames radiológicos são feitos por médicos, o uso de “medicamentos e exames é dependente” e até os profissionais de saúde de outras categorias se sentem impelidos a esperar por um diagnóstico médico para fazer a sua clínica.

Uma autoridade nacional entrevistada esclarece:

Mesmo secretários nos municípios de grande porte, como era o meu caso em ..., nós não conseguíamos contratar médicos, mesmo pagando salários bastante razoáveis, em 2009 eu já pagava para um médico de família 14.800 reais. Salário bastante atrativo para qualquer outra profissão ou para qualquer outra área. Mas a gente só conseguia lotar médicos nas equipes das unidades mais centrais. Na periferia, onde a gente tinha maior necessidade ou a população mais dependente de um trabalho qualificado da atenção básica, era impossível conseguir. O próprio CONASEMS dava conta da existência de mais de 700 municípios brasileiros que não contavam com médicos. Havia uma profunda competição entre os municípios por salários e aí começou-se a produzir modalidades, como é que eu diria assim, pouco ortodoxas de atração de médicos. (A1).

A remuneração por bolsa, referida pelo entrevistado acima, é muito criticada pelos trabalhadores como tentativa de burlar as leis trabalhistas. Mas tudo

depende da estratégia de organização dos processos em jogo. Se o objetivo do PMM é fazer uma cooperação com atores de países diversos para um provimento emergencial, para garantir ao mesmo tempo, um processo de aperfeiçoamento da prática desse sujeito a partir de supervisão e educação permanente e que não há interesse na fixação desse profissional, não considero que seja inadequado, principalmente no caso dos cubanos. No caso dos profissionais brasileiros e de outros estrangeiros que não possuem vínculo com seus países, a situação se complica porque esses profissionais não têm qualquer direito trabalhista e não tem garantia de permanência na região. Esse aspecto pode prejudicar o vínculo com o lugar e pode ser catastrófico se por uma ação de governo, alguém decidir acabar com o programa de uma hora para outra. Embora se reconheça que a ação de longo prazo que está pensada no PMM é a residência universalizada e a interiorização de cursos de medicina e residências, o tempo que leva para formar esse novo médico e prepará-lo para assumir o posto em áreas distantes é muito longo. Implicaria também na construção de estratégias mais permanentes de contratação que fosse desenhada regionalmente sem dependência do governo federal.

4.5 O Programa Mais Médicos e o ensino médico no Brasil

Segundo o tutor entrevistado, um dos grandes ganhos do projeto foi colocar em xeque a formação dos médicos brasileiros:

sem dúvida pra população, mas um ganho inclusive pra reflexão em relação à formação médica e a postura dos médicos brasileiros. A forma com que os médicos cubanos atendem a população, a compreensão, até porque todos são médicos de família e comunidade, todos tem a sua formação específica pra atuar na Atenção Primária; a forma como eles lidam com a população, a relação médico-paciente, médico-pessoa, a compreensão dessa visão integral da pessoa da família e da comunidade, mas o fato da preocupação com o cuidado, da sensibilização e sofrimento dos próprios médicos tinham com as condições de vida daquela população, daquela pessoa, e pra eles não importava o horário de chegada, o horário de saída, se tinha que ir à pé, se tinha que ir de carro, ou seja, a disponibilidade da maioria dos médicos cubanos, eu acho que isso foi um diferencial e que foi conquistando a população brasileira(T1).

Analisando a formação médica no Brasil, o projeto de mudança do PMM, uma autoridade nacional denuncia uma formação voltada para a especialidade, com maior parte do programa de aprendizado sobre doenças raras e aponta como um dos aspectos positivos do programa a proposta de reformulação dos currículos:

Com relação ao projeto, o mais importante é que se propõe em um prazo médio, cerca de 15 anos, incrementar a formação de médicos brasileiros de maneira notável, de jeito importante. Praticamente duplica a formação em Universidades. Além disso, introduz também critérios para modificar o currículo de formação, aceitando as definições da política nacional de saúde, os regulamentos estabelecidos em que a atenção básica é a porta de entrada do paciente no sistema, onde se soluciona cerca de 70% dos problemas de saúde. Fazendo um balanço histórico do Brasil de formação de médicos, hoje e há uns anos atrás a formação dos médicos acontecia 90% em hospital e uns 10% em serviços de saúde. Mas quando esse médico gradua e vai à prática isso é exatamente o contrário do que acontece em sua vida. Vê 90% dos seus pacientes em ambulatorios, vai trabalhar em atenção básica e hospitalar. São médicos que se preparam muito para diagnosticar doenças raras e muito do que são preparados nunca provavelmente em sua vida vão encontrar, não vão ter oportunidade de utilizar esse conhecimento. Contudo, competências internas desses estudantes, atitudes e outras competências que são necessárias para atenção básica, sobretudo habilidade prática para entender a população, examinar e estabelecer medidas preventivas, gerar o bem-estar da população não formam parte do currículo de estudos.(A2)

Uma entrevistada da corporação médica faz duras críticas a mudança dos currículos sem um preparo das universidades e dos hospitais para receber os residentes e estudantes do internato:

Aí a minha crítica é feroz. Aonde? Você primeiro cria no papel uma coisa fora da realidade. Hoje, por exemplo, aqui no Ceará, a gente não tem emergência pra atuação dos residentes, dos estudantes, nem no internato e nem dos residentes. Nós fechamos a emergência do hospital das clínicas da Universidade Federal do Ceará há vários anos, as emergências dos hospitais públicos funcionam de forma caótica, com centenas de pacientes aglomerados nos corredores e essas 8 universidades que já existem elas não têm pra onde mandar os alunos. É uma guerra, então como é que a gente monta o currículo hoje de um aluno no internato na faculdade e eu sou responsável por coordenar um desses internatos? Sorteio. Alguns passam, outros não passam. Pra eu assegurar que os meus alunos, por exemplo, da área de pediatria possam passar pelo Sabin, pela emergência, eu só consigo passar 3, de uma turma de 70, porque não tem vaga.(C1)

Como contraponto a essa visão, uma autoridade estadual afirma que o locus de estágio também tem que se adaptar à reorientação da formação para APS:

A lei sim, agora o que eu acho que foi importante dessa lei, porque ela começou a repensar a questão da formação, da reorganização. Hoje os campos de prática todo mundo se refere, a questão da lei do Mais Médico. Como é que é a formação? Nós temos que pensar. Essa lei foi muito importante pra poder você rever a formação do profissional. E aí a gente tem outro lado que é o contrato, o COAPES, Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde, que ele vem influenciado pela lei do Mais Médicos, ele está propondo um novo modelo de acompanhamento dos campos de estágio, que eram muito baseados, os cenários de prática, nos hospitais, e hoje os cenários de prática estão sendo incentivados a base territorial dos municípios, então acho que isso é uma contribuição, e isso é reforçado pela lei do Mais Médicos que aí tem o COAPES que está vindo junto também.(A8)

O que há que se observar na análise do trabalho médico no Brasil, à luz da cooperação cubana, é que a formação de medicina de família e comunidade não está incorporada como uma exigência para o exercício da profissão nos vários campos do país e não há uma história de investimento nessa categoria como fundamental, considerando as necessidades de saúde e de organização do serviço. Segundo uma autoridade nacional entrevistada:

A Medicina de Família é uma especialidade médica. No Brasil nós não temos essa especialidade em larga escala, então na realidade no Brasil, toda a formação médica, não é que a formação médica é voltada pra especialista, é um erro se dizer isso, na realidade como você tem poucos médicos no Brasil e como o que é estimulador, o que é encorajador e o que gera recurso, status e poder é a especialidade, os nossos médicos vão todos pras especialidades. Porque? Porque têm poucos médicos. (A4)

Uma médica entrevistada faz críticas ao programa, no entanto, pela pulverização de faculdades privadas sem critérios de qualidade definidos, fragilizando a formação médica no Estado:

Hoje o Ceará vai ter no próximo ano, eu acho que 15 faculdades de medicina. Nós temos 8 e 7 que foram anunciadas, com péssima formação médica, péssima. São alunos que vão sair e que podem colocar em risco, inclusive, a vida das pessoas, porque a finalidade da abertura dessas novas escolas médicas não foi o bem assistir às pessoas, nem foi aumentar o número de médicos no país porque nós precisássemos de mais, é que hoje é um bom negócio você ter uma faculdade de medicina onde o aluno paga 10.000 reais por mês de uma mensalidade e você coloca professores que não são avaliados quanto a qualidade da formação que eles são capazes de passar, é um excelente negócio. Pro mercado de quem é o dono dessas faculdades é um negócio de lucro certo, porque as pessoas conseguem acesso mais fácil a essas faculdades e tem filhos de classe média migrando pro interior do Brasil inteiro, povoando cidades, criando um comércio em torno dessas faculdades que vai desde a rede de hotelaria, farmácias, comércio mesmo de consumo, no entorno de faculdade de medicina, mas a gente não tem que estimular só a existência de bons médicos e de faculdades de medicina, a gente tem que ter centros de excelência no interior de faculdades relacionadas a formação na própria área educacional. (C1)

Fortalecendo a visão da entrevistada, Scheffer (2016), afirma que o “PMM acelera a privatização do ensino médico sem a garantia de um plano de investimento na qualidade desses cursos”. Gusso, 2017, ao contrário, afirma que o PMM “tem um efeito intangível de desacelerar a pressão de criação de novas faculdades” e aponta

ainda, que faculdades privadas não resolvem o problema da falta de médicos, porque elas formam para o mercado das grandes cidades, com o foco nas especialidades. Para ter efeito, o investimento deveria ser no direcionamento dos investimentos da residência médica voltadas para as necessidades do serviço.

Uma supervisora questiona a abertura de editais pra escolas privadas de medicina, embora reconheça que tem que haver um número maior delas:

A gente sabe que não é o que fixa, mas também que tem que ter, tem que abrir, tem que ter um número maior de escolas pra gente alcançar um número, uma relação ideal, mas por exemplo, as escolas principais que estão se abrindo são escolas privadas, então é uma coisa muito obscura, "disse" que é por necessidade, que vai sair um edital, mas de novo São Paulo, não é possível que São Paulo esteja precisando de tanto médico assim, entendeu? Então assim, é uma coisa que não tá clara, então o que tem-se visto nesses últimos anos é uma abertura de escolas, principalmente privadas e principalmente no sudeste, em São Paulo. Então assim, é uma coisa que não tá clara ali e que na verdade a gente sabe que tem benefícios. (S2)

Como diria Donnangelo, (1976), a medicina brasileira foi aos poucos se transformando em uma medicina de mercado e isso se materializa na forma como os nossos profissionais e os nossos usuários se relacionam com a cura e o adoecimento. O lugar da escuta terapêutica, dos exames físicos, do olhar para o não dito, para o que há nas entrelinhas da clínica e para o contexto, está em paralaxe, está difuso, misturado com um olhar sobre o diagnóstico apoiado na tecnologia de ponta, nas ressonâncias magnéticas, nas tomografias, nos exames laboratoriais, nos procedimentos invasivos que pouco ou nada falam desse sujeito, de seus medos, das dificuldades em que vive e de onde vive. É nesse encontro de brasileiros e cubanos que essa dimensão da medicina de mercado, apontada por Donnangelo há muitos anos e repetida por muitos outros analistas do trabalho médico, se explicita, tem sua ferida exposta. Mas engana-se quem pensa que esse é um problema exclusivo da categoria médica. Essa seria uma tese fácil de defender. Mas não é aí que a experiência de pesquisa nos leva. O que essa pesquisa nos apresenta é todo um aparato tecnológico, político e social preparado para valorizar as inovações tecnológicas de último tipo como a via de cuidar da enfermidade no país. Esse fenômeno inicia na formação dos profissionais de saúde no Brasil que supervaloriza as especialidades por conta de uma diferença de mercado. O Estado não regulava a oferta de residências de acordo com as necessidades tão pouco acompanhava o

número de médicos formados, deixando inteiramente a cargo das corporações o ônus e o bônus de regular a oferta para o sistema. Quando o Estado interferia era unicamente nas instituições públicas ou no ranqueamento de faculdades privadas.

As corporações, por sua vez, naturalizam a busca desenfreada pela competição de mercado e a valorização do passe de seus cooperados, pouco discutindo os rumos da saúde pública no país, a não ser quando partidarizadas, sendo a favor ou contra determinado projeto político de seus pares.

A população constrói hábitos baseado na valorização do consumo, o corpo como vetor de eterno consumir, além de sapatos, roupas e celulares, exames sofisticados são consumidos na busca do “mais gozar” capitalista que se refere Zizeck (paralaxe). Assim, como o consumo de roupas, carros e acessórios não vai trazer a felicidade do sujeito desejante, o consumo de novas tecnologias não vai trazer a cura tão procurada e merecida de cada sujeito que interage com o sistema de saúde.

1Foto do Sertão de Celso Oliveira

Figura

Capítulo 5 – O Programa Mais Médicos no Estado do Ceará

O Sertão não é um fora, é um lugar, mas é uma forma de sentir, de viver e de enxergar a vida. É um dentro. Uma beleza e uma crueza ao mesmo tempo. É um colorido de casas, uma imensidão de cinzenturas e uma grande árvore que representa a forma de viver do sertanejo. A secura da pele para lidar com a dureza da vida, mas a delicadeza dos galhos que fazem do sertão um cenário de esperança. A esperança do verde que vai chegar um dia. Não se sabe quando, mas um dia ele chega.

5.1 Contexto de Prática, conforme o modelo de Ball: contribuições do estudo de caso do Ceará

É no cenário de prática que as coisas acontecem na política. É nesse território vivo, de dimensões geográficas, mas também subjetivas que a política se transforma em outra, se reinventa e se modifica em cada cenário no meio do caminho. Para dar vida à política escolhemos atravessar o sertão. Andarilhos, mapeávamos as mesmas categorias iniciais e formos nos surpreendendo pelo caminho com outras que pulavam à nossa frente. As relações com os cubanos, o trabalho médico em ato, as supervisões e os problemas de estrutura e de gestão das cidades nordestinas, as distancias percorridas e a criatividade de quem sempre teve que inventar para sobreviver.

5.1.1 Aproximando-se da realidade do “mais médicos” nas cidades de Parambu e Caucaia

Parambu e Caucaia foram experiências distintas. Duas cidades no mesmo estado com características muito diversas.

Parambu é uma cidade de 31.213 mil habitantes, com densidade demográfica de 14hab/km². Comparando ao Estado, o número de pessoas vivendo com extrema pobreza é bem maior 31, 82% e somente 0,55% utiliza plano de saúde. Localizada no sertão dos Inhamuns, é um lugar de seca e de céu estrelado. Ali se pode ver mais estrelas do que na maioria das cidades. Dizem que é meio mágico,

alguns vão ali para ver ufos. Parambu, em tupi-guarani, quer dizer rio que ronca. Talvez porque durma o rio e esqueça de levar águas para essas bandas.

Para chegar a Parambu, o pesquisador tem que tomar um ônibus e passar mais ou menos 5 horas em uma estrada que sacoleja e atravessa o sertão central em terras com uma vegetação característica da seca. O município é pequeno, são poucas ruas e uma imensidão de terra que marca a realidade das terras improdutivas do país.

São 13 unidades de saúde da família, com 4 na sede e as demais na zona rural. A prefeitura afirma que tem 13 unidades de saúde da família, mas os dados do DAB dizem que tem 13 credenciadas, mas somente 10 implantadas, com um total de 80 agentes de saúde contratados. A cobertura de atenção básica é considerada 100% pelos dados do DAB, 2017. Todos os médicos contratados pelo programa nessa região são cubanos. O supervisor de lá é um médico de família que está ligado à Escola de Saúde Pública do Ceará.

Segundo uma entrevistada:

Hoje no município de Parambu, que a gente tem 30.000 habitantes, a gente tem 13 Unidades de Saúde da Família, essas Unidades são os da Família, 4 estão na Sede, as demais na zona rural, todas têm o médico, a enfermeira e o dentista, a gente tá com todas as nossas equipes completas e a gente tem o carro que conduz eles (sic) pela manhã, pega na secretaria de saúde e retorna no final do dia, com uma carga horária de saída às 7:30 e 11:00 eles param para o almoço, retornam para as atividades 1:00; os PSF mais distantes eles se deslocam às 15:00 pra cidade e os mais próximos se deslocam às 16 horas para a cidade.(G1)

Caucaia, sendo uma cidade da região metropolitana, tem aproximadamente uma população de 358.164 habitantes, densidade demográfica de 292 hab/km² tendo 10,42% da população vivendo na extrema pobreza e 12,70% da sua população utilizando plano de saúde. Caucaia é como se fosse uma extensão da cidade de Fortaleza, a capital do Estado. Os habitantes muitas vezes utilizam o serviço de saúde da capital mesmo pertencendo a outro município que, por vezes, se separam apenas por uma rua. Com alto índice de violência, sofre com todos os problemas da desigualdade e da urbanidade, como o tráfico de drogas, a violência contra jovens negros de classe social baixa, falta de saneamento básico e baixa escolaridade. Apresenta uma taxa de mortalidade infantil de 11,1 por mil nascidos vivos em 2011 e uma taxa de Mortalidade Materna de 53,3 por 100 mil nascidos vivos em 2015.

Os dois municípios se complementam nos seus aspectos de diversidade e potencialidade, trazendo uma boa visão do escopo de prática. Ademais, os supervisores, também com formação, e oriundos de instituições distintas, ampliam a visão de quem tenta explorar os vários aspectos do campo.

5.2 A realidade local

Estrutura da saúde nas cidades

Parambu e Caucaia foram os fóruns privilegiados para o contexto de prática, um sertão outro urbano, um município de grande porte e outro de pequeno porte, apresentando situações socioeconômicas distintas e uma relação com o programa completamente diversa também. A diferença de infraestrutura foi uma das temáticas que surpreendeu a pesquisadora. Caucaia, uma cidade potencialmente mais rica e mais populosa, na região metropolitana, apresentava uma estrutura de unidades e serviços muito aquém da cidade que fica no meio do sertão e que tem barreiras naturais e sociais maiores no que concerne à distância dos grandes centros de decisão, a seca e as barreiras geográficas. Uma mistura de sertão e a aridez de uma metrópole, se confundia com o transitar de atores diversos em uma realidade dura e bela ao mesmo tempo. Experiências de organização de unidades, supervisões distintas, cubanos atordoados com uma medicina de mercado que se instaura no país, o apelo da tecnologia, estradas carroçais, unidades sucateadas onde o mato toma de conta de escola, estrangeiros e brasileiros que convivem de forma tranquila longe das polêmicas nacionais.

Ao viajar para o campo, a primeira coisa que se observa são as dificuldades para o deslocamento para uma cidade do sertão. Em estrada de terra, aos solavancos, um ônibus levava 5 horas para chegar a Parambu. Em Caucaia, o problema de estrutura era outro. Eram unidades completamente sucateadas, onde portas viravam mesas e estruturas de inalação respiratória viravam ferrugem.

Profissionais relatam suas dificuldades no deslocamento até as comunidades mais remotas:

Meu Deus (risos). Esse trabalho fora aqui do posto é muito difícil porque as estradas são ruins demais, tem ladeira. Já pegamos chuva nas ladeiras, descer do carro para subir uma ladeira porque o carro não subia, muitos desafios. Animais nas estradas (risos). Eu não estou acostumada a isso. Muito quente, muita poeira. Nós trabalhamos, vamos para lá, de toca, com máscara, é difícil. Mas chegamos lá e o povo é assim tranquilo né? E é bom. É bom trabalhar com eles. (MC2)

Segundo um dos profissionais entrevistados, os municípios apresentam vários problemas de estrutura dos serviços e do território que afetam a forma de

trabalhar e de dar respostas aos problemas de saúde da população, atuando muitas vezes, como um determinante fundamental no adoecimento.

Não estamos fazendo consulta domiciliar porque não estão mandando o carro. E essa zona é zona vermelha, de risco, de tanto roubo e agressividade que temos. (MC1)

A primeira é que não há infraestrutura de nenhum tipo. Não tem água potável, os dejetos sólidos são atirados em qualquer canto, os esgotos correm pela rua, não tem saneamento, não tem canos e água, as instalações malfeitas, cheias de lixo, muito alcoolismo, droga, pessoas não estudadas as vezes não compreendem porque vc quer falar. Não entendem o que vc fala, não porque o idioma é diferente, não entendem o português. Vc precisa falar fala de rua, para que eles façam o que precisam fazer. Um problema crônico, pessoal muito pobre, que as vezes não tem energia, isso também atrai desnutrição. (MC1)

Um dos eixos da Lei do Mais Médicos é exatamente tentar melhorar a estrutura dessas unidades de saúde que iriam receber os médicos do programa, como forma de contribuir com a diminuição do fosso entre o que se pode fazer na APS para reduzir os encaminhamentos ou a busca de hospitais mais equipados pela população e o que concretamente se realiza. No entanto, com relação à infraestrutura e aos investimentos pela lei dos Mais Médicos, os entrevistados afirmam que não se sabe muito bem o que acontece com o recurso previsto. Muitas vezes, há informações de que o recurso foi repassado, mas não se materializa na mudança do quadro das unidades ligadas ao programa. E há contradição nas informações de quem é responsável pela não aplicação do recurso na unidade devida. Não se sabe se o recurso foi repassado e não utilizado ou se não foi realmente repassado.

Aí vem as contradições, não, as informações difíceis de você identificar que são verdadeiras ou não, por exemplo, o Governo Federal transfere verba, então tem verba pra obras, pras unidades básicas de saúde, tem verba pra pagamento das bolsas dos médicos, quer dizer, o município no fundo ele não tem despesa com médico, a única despesa é encontrar lugar pra ele morar e alimentação, que é o mínimo, mas ele não tem outra despesa com o médico, e você vê esse jogo, o Governo Federal alega que transferiu verba pro município e às vezes você não vê o município utilizando. Aqui em..., por exemplo, ... você conversa com o secretário de saúde e ele fala mal do Governo Federal como se ele não recebesse nenhuma contrapartida, e o que é falado nas reuniões é que você tem verba de construção de unidades (de saúde), verba de reforma de unidades, pra equipamentos, tal... Então a gente não sabe até que ponto o que é verdade e o que não é. (S1)

Outros sugerem, ainda, que não há fiscalização da aplicação do recurso nos municípios pelo Governo Federal,

Então, por exemplo, a lei do Mais Médicos também vinha junto com os recursos pra requalificação de Unidades. Não chega, aliás, chega o recurso, mas não é feita a obra. Aí a obra é embargada porque tem erro técnico e o dinheiro fica por isso mesmo, então assim, eu acho que a fiscalização não veio junto, inclusive da supervisão, porque a supervisão ela serve pra educação permanente, mas ela serve também como um fiscalizador das ações. Então tem médico que a gente manda várias vezes dizendo que não cumpre horário e continua no programa. (S2)

Outro aspecto abordado pelos entrevistados, com relação a estrutura, interfere diretamente na capacidade de dar respostas aos problemas de saúde, relacionados com a falta de medicamentos e a falta de insumos para pequenos procedimentos:

“Eu acho que aqui no posto de saúde, houvesse um pouco mais de condição, por exemplo, na área de curativo. Se tivesse pinças, elementos para fazer suturas, elementos para fazer curativos, algodão, vc poderia ajudar a contribuir a diminuir o efeito nos hospitais. Vc poderia retirar pontos, fazer suturas, poderia fazer curativo. No caso da ginecologia, se usa muito tratamento via hormônio, tanto oral, como intramuscular. Isso está bem para uma idade determinada, que é entre término da adolescência, até uns 35 anos, quando uma mulher deve parir, não? Que se usa o anticoncepcional para evitar uma gravidez indesejada. Aqui se poderia por DIU e fazer prevenção ao câncer de colo de útero. Cuidaria mais das mulheres e não teria que encher tanto o hospital com esses pequenos procedimentos.” (MC1)

O problema está em outra coisa, nisso temo que fazer mudanças. Por exemplo, remédios. Quase não temo remédios nos postos de saúde. O pouco remédio que temos gastamos na primeira semana mais ou menos e depois fica o posto quase sem remédios. E tem outra coisa aí que se podia fazer nos postos de saúde são os curativos. Às vezes não temos material para fazer os curativos, não temos um aparelho inalador para os asmáticos. Não temos material para sutura e aí na atenção primária em nosso país nós fazemos todas essas coisas. Não temos que encaminhar para isso, aqui há que encaminhar. (MC3)

A descrição da estrutura feita pelos entrevistados é coerente com as pesquisas recentes sobre a fixação de médicos que apontam a falta de estrutura como um fator fundamental para a não fixação de médicos em determinadas áreas do país. Estudos apontam, ainda, queixas de profissionais pelas condições insalubres no trabalho e ausência de recursos indispensáveis para a boa clínica como equipamentos, medicamentos e outros insumos. (NEY E RODRIGUES, 2012, PIMENTEL ET AL, 2015, GONÇALVES ET AL, 2016).

Gestão da atenção à saúde

Há, ainda, problemas de gestão relacionados a má distribuição de insumos, como medicamentos, ocasionando uma superlotação em determinadas unidades em detrimento de outras que ficam vazias porque não possuem os recursos adequados para finalizar o ciclo de atendimento de sua população.

As medicações que têm lá elas são mal distribuídas, então talvez você tenha ido num... eu não lembro que época que a gente foi, era mais no final do mês né, não sei, mas talvez fosse uma época que tivesse medicação, mas por exemplo, anti-hipertensivo lá nos postos distantes, nos postos periféricos, eles chegam em quantidade inadequada, e aí você passa e não dá pra todo mundo. Aí a pessoa recebe a receita e tem que pegar no posto do centro. O quê que ela faz, ela nem consulta no posto dela, ela vai direto pro posto do centro, entende? (S3)

Esses problemas, obviamente, não se referem a um programa ou política em particular. É uma questão que permeia toda a organização de serviços no Brasil e que ganha visibilidade quando um programa de cooperação como esse se concretiza. Esse espaço de observação serve para colocar em questão de que maneira estamos organizados e que prioridade se dá para a saúde nesse território imenso. Como diz uma das autoridades internacionais entrevistadas, essas questões não são privilégio do Mais Médicos, mas são o reflexo do que tem sido feito do SUS e como este vem sendo gerenciado. Quando um cubano se depara com a falta de estrutura para realizar uma atenção primária resolutive, que concretamente diminua os encaminhamentos e faça com que o “postinho”, seja visto, não mais como um postinho, mas como uma unidade que pode salvar vidas e diminuir filas, coloca em questão não apenas a forma que um programa responde aos seus objetivos, mas como toda a política de saúde está organizada:

Mais Médicos não é nem um projeto, ele é um reforço à uma política de saúde, porque não é que ele diz alguma coisa diferente, ou seja, os problemas que o Mais Médicos têm são os problemas do SUS, não são problemas do Mais Médicos, ou seja, eu tenho na verdade médicos que são cobrados; que estão em Unidades de Saúde sucateadas; médicos que trabalham em lugares bons, que o secretário de saúde obriga ele (sic) a fazer 16 consultas por dia, ele atende a demanda e vai embora e não deixa fazer outras coisas, então quer dizer, eles estão num contexto de... a atuação deles é dependente, então tem o médico cubano que frustrado não consegue fazer nada porque tem... tá num contexto que não deixa ele trabalhar e médico brasileiro muito menos experiente, de repente, do que o cubano que trabalha melhor porque está num contexto melhor, então eles por estarem incertos no SUS eles são de alguma forma “Opuxados e sacudidos”... nós temos muitos problemas de médicos frustrados por causa disso porque eles querem fazer e não podem

porque não deixam fazer. Mas o SUS é assim, eu não posso dar uma bronca no secretário e dizer: "deixa o médico organizar o sistema". Ele é o secretário, ele organiza. (A7)

Para uma das autoridades nacionais entrevistadas, há um problema de gestão de serviços nos municípios relacionados às escolhas políticas, a falta de formação dos gestores e ao *modus operandi*, muitas vezes com critérios pouco republicanos na tomada de decisão:

Na imensa maioria dos municípios pequenos você tem gestores que não conhecem a filosofia, os princípios do SUS, e os secretários normalmente são parentes... então também não são técnicos da área, não têm essa visão não, então se chegar um médico que também não tenha visão ou que não tá interessado em desenvolver, a coisa casa... (A1)

Em meu país, o gestor é um médico que tem conhecimento técnico-profissional. Aqui o gestor pode ser qualquer um. Não conhece nada de saúde, nem de nada. Eu acho que é o que está acontecendo. (MC3)

Outro aspecto apontado por um dos supervisores entrevistados é a dificuldade que o gestor tem de compreender a atenção primária e o que seria um serviço coordenado longitudinalmente e organizado pela APS. Ao se deparar com o trabalho de um médico recém-formado, esse gestor se sente confortável com a clínica voltada para o atendimento individual, sem a programação e o acompanhamento requerido pelo nível de atenção:

Juliana, uma coisa interessante, você vê na atuação dos médicos cubanos, você vê um senso de organização, uma tentativa de organizar o serviço, uma tentativa de... as estratégias, por exemplo, a organização da demanda, visita domiciliar, isso é mais feito com naturalidade por eles. Os médicos brasileiros quando chegam eles casam bem com a gestão, porque a gestão não conhece a filosofia do "Saúde da Família", então médico recém-formado também não, então o quê que acontece, ele senta e atende, então a gestão usa muito médico brasileiro pra assistência direta, então o sujeito chega e atende. (S1)

Os problemas de gestão no SUS, incluindo, capacidade do gestor na organização dos serviços de saúde, são temáticas recorrentes na avaliação do SUS. A judicialização, a falta de investimento salarial e de carreira levam a alta rotatividade de gestores e as escolhas por apadrinhamento político ainda são uma realidade em muitos municípios no interior do país. (PAIM ET AL, 2011, VICTORA ET AL, 2011, LORENZETTI ET AL, 2014, GUSSO, 2017)

No Ceará é muito comum escolher a filha, a sobrinha, a esposa, o irmão, o cunhado para ocupar os cargos de gestão, bem como os companheiros de partido que não necessariamente possuem uma formação técnico-política que lhes dê

ferramentas para administrar a pasta da saúde de um município. Aumenta a responsabilidade das entidades de representação federativa como o CONASEMS na tentativa de construir uma via de apoio e de formação para esses gestores.

Para uma referência do programa no Estado, no entanto, o PMM traz uma nova perspectiva para o gestor de como se relacionar com o médico e como organizar o serviço. O gestor aprendeu que tem mecanismos para que não fique refém de uma determinada categoria para fazer o serviço funcionar:

E- Você acha que nesse sentido educou o gestor pra não negociar?

R1: Eu não digo educar, mas eu acho que ele colocou uma nova perspectiva pro gestor, colocou uma nova perspectiva. Como o recurso vai direto pra conta do médico, a bolsa vai direto pra conta do médico, então o gestor não precisava entrar no "jogo da negociação". (R1)

Esse "jogo da negociação" a que esse entrevistado se refere tem relação com as inúmeras estratégias que os gestores têm tomado para lidar com a falta de médicos no município, tais como diminuir sensivelmente a carga horária e continuar pagando como se o médico estivesse presente ou aumentar o salário em uma proporção quase inviável para o orçamento do município.

Um dos dirigentes entrevistados esclarece mais sobre isso:

a ponto de algumas das cidades no interior do país no norte e nordeste, chegam a fazer contratações por 40 horas semanais, mas se contentarem com o médico vir uma vez por semana. Médicos que tinham vínculo com 04, 05 prefeituras de 40 horas cada. Coisa que ficou muito evidenciado quando o Ministério Público fez uma análise a partir dos dados do CNESS, inclusive, o que levou o Ministério da Saúde a reformular o cadastro de trabalhadores, o CNESS, o que evidenciou verdadeiras barbaridades (A1)

Os entrevistados apontam, ainda, uma centralização da coordenação do programa no governo federal, sem uma participação significativa do município na tomada de decisão ou responsabilidade maior sobre o médico do programa.

Isso é visto positivamente pela corporação médica que acredita que melhora a vida do profissional quando não depende mais das prefeituras para receber, *então assim, outra coisa importante do "Mais Médicos" é que esses profissionais, é uma coisa boa, eles não ficam sob o julgo necessariamente do pagamento das prefeituras (C1).*

Entretanto, é visto com ressalvas pelos profissionais da gestão, pois impede que o poder local se aproprie da gestão de seu pessoal e dificulta o diálogo entre as esferas quando um caso mais complexo ocorre com o médico do programa:

Agora o acompanhamento é assim, é um acompanhamento que é muito centralizado no Ministério da Saúde, que é quem define as bolsas, o projeto e as instituições de ensino, as formadoras, que é a Escola, a UFC, as outras universidades federais que têm a relação direta com os médicos, e os municípios, que recebem os médicos. Então a gente da Secretaria Estadual, a gente participa de um colegiado que acompanha, mas as decisões são muito mais do Ministério e dos municípios. (A8)

“Agora os gestores têm essa dificuldade e quando eles identificam uma dificuldade de gestão com esse profissional eles não conseguem, vamos dizer assim, ter um procedimento que eles retirem esse médico, teve um problema na equipe da Saúde da Família, não tá dentro do que deveria ser o programa, não tá bem articulado com a equipe, então pra nós ele não faz sentido, eles querem retirar aquele, aí é uma dificuldade porque eles não podem por essa razão, porque senão eles perdem a vaga no edital que eles fizeram. O médico pode ser remanejado, pode sim, tem lá as regras do programa quando tem uma vaga, tem uma necessidade e quando tem comum acordo entre o gestor de receber aquele profissional em outro município. Mas a gente tem casos até de segurança. Por exemplo, médicos que são ameaçados em determinadas localidades.” (A8)

Essa forma de lidar com os médicos aliados ao programa, como se o gestor não fosse corresponsável por eles, parecia frequente e demonstrava nitidamente uma compreensão equivocada do que o PMM representa para os municípios. Não era uma forma de livrar-se do acompanhamento e monitoramento dos médicos em atenção básica, também não era uma forma de isentar-se de quaisquer problemas ou má conduta realizada pelos profissionais cooperados no município. Isso retrata a fragilidade de gestão de muitos desses municípios, a dificuldade de dialogar com seu pessoal e de estabelecer um planejamento integrado e continuado das ações no campo da clínica e da gestão em saúde. A coordenação nacional do PMM, muitas vezes, parece reforçar esse *modus operandi* quando não dialoga com as decisões tomadas pelo poder local e não envolve outros profissionais e coordenadores de unidade no processo de supervisão.

5.3 Médicos Cubanos e Brasileiros: diferentes visões e perspectivas

Por outro lado, na visão de entrevistados da área médica, os médicos brasileiros sofrem com uma precarização crônica do trabalho e precisam fazer esse movimento entre várias prefeituras para poder se manter financeiramente, pois as prefeituras atrasam de 3 a 4 meses o salário do médico e a sobreposição de estações de trabalho permite que o médico seja pago em algum momento por uma dessas prefeituras. Uma das entrevistadas da corporação médica local, aponta os seguintes elementos para reflexão:

O que a gente tem hoje na nossa realidade são médicos que dão 72 horas de plantão, que se deslocam... a realidade hoje do médico do Ceará, o recém-formado é muito ruim. A gente viajou agora todo o sertão do Ceará, nós viajamos a região de Sobral, a região do Cariri e o que a gente encontrou foi médico com CRM de 15.000 a 17.000, ou seja, recém-egressos das faculdades que estão trabalhando na mesma semana simultaneamente em até 3 municípios. E como hoje a gente tá tendo uma mudança do perfil nas faculdades de medicina, 70% do egressos são mulheres. Me preocupa muito o fato dessas mulheres, por exemplo, nós encontramos moças em Iguatu que elas estavam vindo de 3 plantões seguidos. (C1)

Hoje de 184 municípios, por exemplo, do Ceará, 70% deles estão em atraso, está em atraso há cerca de 3 meses das remunerações médicas. Aí dizem, as pessoas que não têm esse conhecimento, que os médicos não querem trabalhar no interior. (C1)

Elas deram plantão de dia em Barbalha, no outro dia elas foram pra Juazeiro, até aí tudo bem, são cidades vizinhas e depois elas foram pra Iguatu e iam voltar pra Orós. Elas iam percorrer ao todo acho que 170km de deslocamento na estrada sozinhas. Então, cansadas, sem dormir, saindo de um plantão entrando no outro e aí sofrendo, correndo o risco da violência na estrada, de uma pane mecânica no carro e elas estarem sozinhas e a mulher acaba, sem nenhuma conotação de preconceito, sendo mais vítima de violência, e aí eu perguntei para elas:

- "mas porque vocês fazem isso com a vida de vocês? Porque vocês não escolhem só uma cidade?"

- Doutora, porque um mês a gente recebe de um, a outra passa 2 meses sem pagar, aí a gente preferiu ter 3 ou 4 cidades, porque pelo menos um mês a gente recebe de uma pra poder honrar os compromissos que a gente assumiu. "(C1)

É esse processo de trabalho que Costa (2009) se refere ao indivíduo microempresa. A economia se apodera da maneira de se relacionar dos sujeitos e de levar a vida, fazendo desse indivíduo um empreendedor de si. De município em município, esse profissional oferece seus serviços, organiza sua agenda e viaja vários quilômetros, muitas vezes em uma estrada destruída ou sem manutenção, com

poucas noites de sono, correndo risco de acidentes e outras violências. Como ele é empreendedor de si mesmo, negocia seu passe e suas horas, não priorizando a ideia de uma medicina sacerdócio ou uma medicina de família propriamente dita, considerando que fica difícil fazer um acompanhamento longitudinal com esse tempo disponível. Mas ele busca tempo para desenvolver seu capital humano e aumentar seu passe. Ampliar suas competências, ganhar experiência para se tornar cada vez mais especializado, o sujeito S.A.

Os cubanos se organizam em outra lógica, eles não podem ser empreendedores de si mesmos, nem que desejem. Alguém os empresaria e cuida da ampliação de suas competências. Eles não são liberais e seu corpo serve como empreendimento, mas o empreendimento da subsistência de um país. Ele também se relaciona como mercadoria, como objeto de consumo de outros países, mas para além do status que adquire no seu país com a venda da sua força de trabalho, estará de alguma maneira sempre a serviço de um projeto coletivo, um modelo de sociedade que aprendeu a defender:

Normalmente, existem vários fatores pelo qual nós cubanos somos um país internacionalista. Gostamos de contribuir e trabalhar e ajudar outros povos, ajudar a quem precisa de saúde e obviamente para ajudar nosso país economicamente porque trabalhamos para ajudar nosso povo, pagar saúde, educação, segurança, alimentação e porque, para quem trabalha em outro país melhora pessoalmente economicamente. São vários fatores: 1. Internacionalismo proletário. 2. Ajudar nosso povo e 3, ajuda pessoal

(MC1)

Não, no meu país. Em Cuba, não sei se vc sabe, mas meu país é uma ilha, nós não temos riquezas. A riqueza é o pessoal científico que temos e o turismo. No meu país vc dá a disposição, por exemplo vc trabalha na Caucaia, na secretaria de saúde, mas vc tem a disposição de sair a cumprir missão. Vc fica no seu trabalho, no dia que precisam de vc, perguntam, vc está disposto a cumprir missão, sim ou não. Vc mesmo se apresenta disposto a cumprir missão. Porque como eu te falei, é a moda do internacionalismo que foi incucado nas nossas cabeças, crescemos sendo internacionalistas. Outro, em meu país não se cobra nada de medicina, nada de saúde, então, para angariar dinheiro tem que ser com turismo, algumas riquezas que temos e os profissionais. Então, para ajudar nosso povo..e como te falei também um ganha um pouco mais quando cumpre essas missões. (MC1)

Para uma sociedade nos moldes da liberal democracia, como a brasileira, o internacionalismo cubano é pouco compreendido. Nos contratos de cooperação com médicos cubanos há cláusulas que restringem as visitas familiares e as idas ao país. Para a Constituição brasileira (art. V), os sujeitos são livres para ir e vir e a sua vida privada é inviolável, deixando subentendido que as relações afetivas,

o deslocamento de familiares e outros assuntos de foro íntimo, não são passíveis de negociação contratual de um pacto de trabalho. Segundo Campos (2015), a globalização assegura o direito de ir e vir de pessoas, bens e serviços e a cooperação Cuba- Brasil nesse marco seria injusta porque não assegura esse trânsito livre dos médicos cubanos e suas famílias.

Segundo uma autoridade internacional entrevistada,

A modalidade de contrato, o primeiro contrato nunca foi divulgado oficialmente, mas apareceram na internet versões fac-símiles de contratos de médicos cubanos assinados. Eu tenho a impressão de que são verdadeiros. E esses contratos contém cláusulas, por exemplo, de como o funcionário médico tem que avisar se entra em relações afetivas com uma pessoa do país, tem que pedir permissão para receber pessoas na casa, o que eu entendo que não entra em nenhum contrato de trabalho válido no Brasil. Não existe contrato de trabalho válido no Brasil que aceite a ideia de que o empregador tem direito a intervir na vida pessoal do empregado. (A6)

Por outro lado, os cubanos têm um regime diferente do brasileiro e para muitos deles o seu modelo de vida é mais adequado e mais solidário. Talvez isto seja porque grande parte dos entrevistados nasceu e foi formado por esse regime, são filhos da revolução ou por já estarem acostumados com as restrições de contrato que devem ser uma constante em cada país que visitam. Havia, no entanto, em suas falas, um orgulho de fazer parte dessa sociedade pobre e autoritária e um estranhamento por testemunhar pessoas em um país tão rico como o Brasil com tão pouco cuidado com os seus compatriotas:

Quando a gente se gradua, a gente inculca o internacionalismo. Porque o primeiro médico a fazer isso foi o Che Guevara, na Argentina. Aí ele é o guia de nós, tá entendendo? Porque independentemente que a gente tem benefícios econômicos, quando a gente sai em missão, mas tem muitas coisas por trás. Eu deixava o filho atrás, deixava mulher, deixava mãe. Tem alguns benefícios, mas tem muitas coisas em contra. Mas na escola de nós, o internacionalismo é uma parte. Mas como todo ser humano, se vc tem um trabalho que tem a possibilidade de ganhar um pouquinho mais em outro lugar, vc vai. Mas o que importa é que quando a gente chega aqui a gente se comporta como o que? Um cubano. Podem ser que muitos como vc falou mudem. Queiram ficar outro vai para os Estados Unidos, mas a maioria, voltamos. E como vc vê, aqui somos 10 em 3 anos e ainda estamos aqui e vamos voltar. Aqui vc não vê diferença de pensamento. (MC3)

O internacionalismo não se baseia em a gente dá o que sobra. Mas compartilhar o que tem. Se tem 10 médicos e precisam sair 3, ficam 7 e cobrem o trabalho todo. (MC3)

Existem múltiplas visões sobre essa relação com Cuba, as diferenças entre modelos, práticas no trabalho e na relação cidadã. Na visão de alguns entrevistados, é impensável admitir que o Brasil compactue com uma maneira de lidar com o outro que fere a democracia, a liberdade e as relações de trabalho. Para outros,

no entanto, se observam os ganhos e as razões pelas quais um governo ou um povo escolhe um determinado caminho.

Uma autoridade internacional questiona por que o PMM gerou tanta reação do Brasil se o país recebe médico estrangeiro com frequência nas missões internacionais religiosas ou médicos sem fronteiras e não tem qualquer acompanhamento ou supervisão:

Para mim também é surpreendente porque Brasil, igual a muitos outros países em desenvolvimento recebe médicos estrangeiros. Você vê que aqui todo o tempo chegam missões de toda a natureza, a maioria delas de misericórdia de apoio, que trabalham fazem procedimentos de toda natureza, atendem, operam, fazem operações complexas. E se metem na selva amazônica pelo amor que tem a isso, até as grandes cidades, o Brasil recebe médicos de todos os países, no entanto, um programa formal que estabelecia todo um conjunto de controles aos médicos recém chegados, de certificação, de títulos, obrigatoriedade de passar por um módulo de acolhimento de um curso de especialização, presença de tutores, supervisores, um programa muito bem controlado e houve uma reação bastante negativa. (A2)

Um dos supervisores entrevistados reforça as escolhas do país cubano e sua relação com o internacionalismo:

O negócio é que lá eles não têm outras alternativas, não têm como aqui soja, como a gente tem carne, como a gente tem, eles têm médico, tá entendendo? Infelizmente, e é a situação que o mundo colocou lá pra eles, não é culpa deles, porque essa palavra surge muito: culpa! Então eu acho fantástico porque é uma forma, é uma saída econômica pro país...como é que eu vou dizer assim... eticamente é uma ação benéfica pro mundo, eles chegam pra ajudar, enfim, eu só vejo ganho.(S3)

Na mesma linha, comenta uma autoridade estadual entrevistada:

São dois países com sociedades diferentes, da mesma forma e com regras de funcionamento diferentes, da mesma forma que nós aqui podemos estranhar... quer dizer, a gente tem que compreender que Cuba, enquanto que aqui a gente tem que investir muito dinheiro pra garantir saúde, atenção à saúde e educação de qualidade pra nossa família, o governo cubano já garante isso e isso seria uma justificativa porque parte do salário desses médicos fica com o governo cubano, porque na verdade tá indo pra família dos médicos lá em Cuba, então assim, são países com sistemas econômicos e com culturas bem diferentes.(A9)

Um entrevistado cubano explica sua posição em função da realidade na qual vive e foi criado:

Em grande parte, o país fica com o dinheiro, por que? Porque em nosso país quase tudo é subsidiado. Os preços de a saúde é gratuita, a educação é gratuita, esse dinheiro é para subsidiar nossas coisas. Eu tô aqui e tô

despreocupado com a saúde da minha família. Porque eu sei se a minha criança precisa operar uma apendicite de urgência, ela vai ser operada e não vai ter que pagar nada. Então tô aqui despreocupado. Esse dinheiro é para o país empregar em muitas coisas que são subsidiadas: saúde, educação, alimentação. É uma coisa que a gente tem entende. No nosso país se subsidia muitas coisas. O transporte é centavos. Se minha mãe tiver que operar do coração. De graça fazem. O que precisa a minha família, aí está, de graça. O país precisa, somos um país socialista. Vocês tem aqui petróleo, tem um território muito grande, tem muita plantação, são ricos plantando milho, muitas coisas. Cuba não tem nada. É só uma ilha assim, não temos gás, não temos petróleo, e tem o bloqueio dos Estados Unidos. Temos que entender nosso país. Até certo ponto, temos que entender. Com relação ao que a gente recebe, e o que repassa para o nosso país, a gente chega lá e estamos bem. (MC3)

Uma das questões fundamentais trazidas pela cooperação Cuba- Brasil está em uma inflexão sobre a sociedade desigual e de classes em que vivemos. O médico pertence a uma classe privilegiada e se comporta como tal. A formação médica é para os que conseguem chegar nas universidades públicas (oriundos de escolas privadas no ensino médio e fundamental que são frequentadas pela classe alta) ou nas universidades privadas com valores exorbitantes de 5 a 8 mil reais mensais, que mesmo com o FIES se torna quase impossível para um sujeito da classe trabalhadora ter acesso sem contar com livros e equipamentos para aprendizagem que também não são acessíveis. Fica muito claro na fala dos entrevistados a distância social e cultural que existe entre os profissionais de saúde do Brasil, principalmente a categoria médica e a comunidade que é atendida por eles:

Segundo um dos supervisores entrevistados:

você forma uma elite, essa elite não... vamos dizer assim: ela não se submete a condições ruins de trabalho, então na medida que você tem municípios menores e condições não ideais, normalmente esses médicos que vêm de famílias de classe média, de classe média alta, eles não querem enfrentar essa realidade, vamos dizer assim, então você tem uma concentração grande deles nos grandes centros, em geral buscando especializações ou especialidades e tal, (S1)

Como é um vestibular muito concorrido, normalmente ele estudou em colégios particulares caros, houve um investimento na formação dele preparando ele (sic) pro vestibular pra depois ser médico. Então me parece (sic) assim, que o médico brasileiro (risos) não conhece bem a realidade, essa realidade e talvez tenha dificuldade de estabelecer vínculo com a comunidade. (S1)

E essa diferença de classe se reflete na organização do serviço de saúde, na forma como o público e o privado se organizam, nas lutas constantes que se

estabelecem entre os gestores e prestadores e ainda o trabalho médico é contaminado pela dupla jornada e pelo papel que os profissionais desempenham na rede, ora a favor do público, ora contaminado pelo privado. Bruno Gonçalves, ainda no final dos anos 1970, reconhece essa posição ambígua dos médicos com relação às suas origens de elite econômica e social, representando uma parcela privilegiada da sociedade por um lado e assumindo o papel de trabalhadores assalariados ou precarizados da saúde por outro (AYRES, 2015).

Na visão dos médicos cubanos entrevistados:

Se depender só da política, aqui no Brasil eu acho, os políticos são as pessoas que mais dinheiro tem. É a classe superior, então eles só fazem as coisas pra defender os direitos deles, não do povo. Então eles vão lutar a favor sempre da classe social de maior nível. Outra coisa complicada aqui no Brasil é que tem dois sistemas de saúde. Tem o sistema único de saúde e tem o convenio particular. É muito difícil fazer coisas em benefício do povo quando se tem dois sistemas de saúde. Porque são os mesmos médicos que trabalham no sistema único de saúde e tem a consulta particular. Então esse médico chega a um paciente que nós encaminhamos, diz que não é possível fazer nada pelo SUS e dá uma vaga na consulta particular dele. E para fazer um atestado, cobra 50 reais quando pode fazer o atestado no plantão. Então isso acontece aqui no Brasil. Em nosso país é diferente. Nosso país é só um partido, é só um sistema de saúde e todo mundo vai pela mesma direção. Aqui não é assim. Então aqui não vai adiantar. Então aqui no Brasil existir esses dois sistemas, o sistema particular e o sistema único de saúde, não vai ter resultado positivo como a gente espera no povo. Não para classe social alta. Essa pessoa continua do mesmo jeito. Só o pobre é quem passa trabalho, passa trabalho, passa trabalho e vai continuar passando. Porque os médicos brasileiros não trabalham nessas regiões? Não trabalha porque é longe, porque é difícil, porque é melhor terminar meus seis anos de carreira, fazer alguma coisa e então fazer uma especialidade. Trabalhar nas grandes cidades, nas grandes clínicas. E não vem pra cá, querem só trabalhar onde ganham mais. Não aqui. Então, esse mercantilismo da medicina que tem aqui no Brasil. É o que faz com que não adiante nada. O Sistema Único de Saúde tá perfeitamente estruturado, desenhado com toda sua integralidade, intersetorialidade, com tudo, mas não adianta por isso. (MC4)

Um dos dirigentes internacionais entrevistados afirma

Isso interfere não no Mais Médicos, interfere no SUS, na política de Atenção Básica, ou seja, tem o problema cultural que o médico no Brasil, como em muitos países, não só no Brasil, é uma questão de status, então o médico quer fazer aquilo, quer fazer outro e tem uma cultura geral na qual o médico cardiologista é o médico bom e o médico de família é... (A7)

Por um lado, o gestor e os profissionais brasileiros, se deparam com uma outra forma de lidar com o sujeito que não estão acostumados. Se surpreendem diante de um modelo de relações que não está na sua matriz de explicações. Pode-se tentar compreender das mais diversas maneiras, pela linha da cultura e do patrimonialismo

brasileiro (Freyre, Holanda, Da Matta) que afirma que a herança cultural e histórica do colonialismo brasileiro, de sua herança escravocrata, faz com que se naturalizem as desigualdades e a exploração de povos de origem negra ou indígena. O país que naturalizaria a alegria e o futebol, também naturalizaria o “jeitinho” e priorizaria a intuição em vez da razão. Souza (2016), critica essa visão, cuja análise compactuo, afirmando que não podemos justificar o que tem sido produzido pela sociedade capitalista, que nos afeta a todos, com argumentos de irracionalidade ou ineficiência de um povo que aprendeu a dar “jeitinhos” e a usar a emoção para tomar decisões, que perpetua uma desigualdade social porque assim aprendeu a fazê-lo, de acordo com uma história colonialista, da “casa grande e senzala”. Assim, nos tornamos eternamente presos a essa relação de dominação de pobres pelas elites devido a uma herança patrimonial. Para esse autor, esse discurso reforça as relações de dominação e mascara o que tem sido produzido pelo capitalismo contemporâneo.

Uma das referências locais do programa ilustra essa questão:

Desde a postura médica, então você encontrar médicos negros, por exemplo, já é uma coisa que mexe com o subconsciente popular. Tem casos que chegam a ser até engraçados, o fato de médicos relacionarem afetivamente com profissionais que não são de nível superior, são coisas que os gestores municipais muitas vezes não entendiam: “o quê que eu faço com o médico que tá namorando com uma ACS?”, por exemplo, não faz nada, o quê que você vai fazer? Não cabe a você fazer nada nesse caso, então a questão da proximidade ou até mesmo do acesso da população com esses médicos pelo fato da maioria dos médicos, principalmente os intercambistas individuais e os cooperados cubanos, o fato deles morarem nas localidades, então a população tinha um acesso mais fácil, eles eram vizinhos dos médicos, isso também era uma outra coisa que é outro paradigma que se rompeu com o programa, enfim, eu considero que o Mais Médicos abalou algumas estruturas arcaicas que a gente tinha na sociedade brasileira, principalmente relacionado com a profissão médica.(R1)

Assim se coloca um médico cubano entrevistado sobre essa questão,

É a escola de nós. É a formação que temos. E a sociedade, tá entendendo? O sistema de Cuba é assim. O médico tem o mesmo valor que o auxiliar de limpeza. Então nós encaramos essa pessoa como igual que a gente. Não é porque tenho um pouquinho mais de dinheiro, eu não sou melhor que ele. Nem me dá o direito de negar um beijo para ele. Dá um cheiro, ou dá um abraço ou de brincar com ele. Nós somos assim, entendeu? A sociedade, o sistema social é diferente. Nós somos criados assim. (MC3)

Também não podemos cair na armadilha de afirmar que existiria um jeito cubano de ser. Um sujeito afável, disponível para tudo, “pau para toda obra”, que nada reclama, que deveria ser analisado e imitado por onde andasse. Não se trata de trabalhar com o sujeito identitário, encapsulado e definido por um modelo de

comportamento desejável. Os cubanos se comportam como tal porque são formados em uma sociedade em que a desigualdade é menor. Apesar de ditatorial, o modelo socialista desafia as diferenças sociais que se instalaram na era capitalista. A formação de medicina geral integral é uma formação voltada para a atenção primária e a clínica da atenção primária leva necessariamente o sujeito a se relacionar com as pessoas em seu contexto de forma diferente.

Segundo uma das autoridades internacionais entrevistadas,

Não é cultural do Caribe, é cultura da formação do médico em Cuba que não é, também se transmite na formação da Escola Latino-americana de Medicina. (A6)

Na visão de uma supervisora:

Tem. Primeiro eu acho que, assim, os cubanos que vem eles são realmente preparados pra atuar em Atenção Primária, então esse olhar que talvez seja o meu olhar de formação é o olhar que eles têm. Então eles vêm geralmente já bem formados, com outros especialistas, já tiveram alguns que foram secretários de saúde, então eles têm um olhar direcionado pra Atenção Primária. (S3)

Cuba- Brasil em outro ângulo: a potência dos encontros

Para pensar essa relação de encontro, precisamos que entender que contexto, problema e sujeitos se misturam em uma bricolagem que tem múltiplos lados. Houve uma resistência inicial dos profissionais brasileiros em receber os cubanos no Ceará. Por autoproteção corporativa, por influência de seus líderes, por descrédito na formação dos pares, por medo de competição em um mercado que, embora os dados mostrem o contrário, aquele que está no seu quadrado territorial, muitas vezes, não enxerga isso. Mas a dureza e a beleza do sertão aproximam as pessoas e de uma maneira ou de outra e as lutas e dificuldades cotidianas que passam juntos acabam por contribuir com esse laço que se tece aos poucos. Com a chegada dos cubanos, algumas práticas que são características do lugar se reproduziram, outras foram sendo transformadas com a influência deles. As estratégias de encontro possibilitadas pela supervisão, pelas formações loco-regionais e pela clínica cotidiana compartilhada abriram um leque de opções de como cada sujeito poderia interagir com o território vivo, começando com seus pares.

Para uma referência local no programa, um dos pontos importantes do Programa é uma quebra de paradigma com relação a visão que se tinha sobre a medicina cubana:

O projeto Mais Médicos, que é o provimento emergencial, ele por si só também é bastante audacioso no sentido que ele vem mexer com zona de conforto do profissional médico brasileiro, que sempre questionou a formação fora do Brasil, principalmente da medicina cubana que na minha opinião pra além das questões técnicas tem a questão política muito envolvida, pela diferença de proposta de sistemas de governo e ideológico também, mas o fato é que o programa Mais Médicos rompeu alguns paradigmas no quesito saúde nesses 3 anos.(R1).

Outro entrevistado fala do “choque” que houve com a chegada dos Mais Médicos. A organização do serviço brasileiro posto em cheque e a descoberta de outras culturas:

Que à medida que vieram médicos de outras realidades existem outras culturas e foi interessante ver o choque que houve. O médico cubano, eu vou falar do cubano porque eu só supervisionei cubanos, brasileiros e cubanos. O médico cubano ele não entende, ele passa 3 anos aqui e tem coisas que ele sai sem conseguir entender porque que a gente age de tal forma, sabe, por exemplo, ele já tem uma estrutura, não é só uma estrutura, ele já tem um filosofia de trabalho lá, de suporte do Estado de, por exemplo, os especialistas sabem que deve dar suporte (sic) à Atenção Básica, os hospitais sabem que têm que dar suporte à Atenção Básica, todo mundo sabe que tem que dar suporte à Atenção Básica, então quando eles chegam aqui eles veem totalmente o oposto disso, a Atenção Básica ela é deixada à parte, e há uma dificuldade muito grande conseguir envolver eles (sic) nessas mudanças, sabe, também por outro lado. (S3)

Esse mesmo entrevistado afirma que há, na coordenação do projeto, um desejo de mudança, mas isso não se aplica ao médico brasileiro:

O que eu acho é que as pessoas que idealizaram o projeto, as pessoas que estão tocando o projeto, poderia até dizer supervisores também, têm essa visão de que precisa mudar a filosofia, um negócio muito mais profundo do que a própria estrutura, como eu já tinha dito, mas os profissionais médicos eles não têm essa abertura. E eles também não têm essa disponibilidade de tá atendendo como os médicos estrangeiros têm, por um motivo ou por outro, por uma questão ou por outra, e... a questão cultural, sabe, se dificulta bastante as nossas ações, o nosso objetivo de tentar mudar um pouco a estrutura.(S3)

Há uma visão de que os Cubanos, por estarem acostumados em situações de emergência e catástrofes, são mais propensos a trabalhar com estruturas deficientes. No entanto, nos relatos anteriores, uma das coisas mais criticadas pelos médicos cubanos foi exatamente a falta de estrutura para atuar nas unidades de saúde. Na visão de um supervisor do programa:

Na realidade você conhece esse sistema, é um exército, talvez seja a segunda ou terceira renda do país, esse exército sanitário, e vários países do mundo lançam mão, inclusive países desenvolvidos, lançam mão desses médicos. E eles estão muito acostumados com catástrofes, por exemplo, então esses que estão comigo já estiveram em Angola, já estiveram em alguns lugares, Haiti, lugares de guerra ou lugares de terremoto ou lugares de situações muito adversas, então uma coisa que chama a atenção é que eles trabalham com o que têm. Isso é muito interessante. (S1)

A clínica cubana, brasileira ou clínica do sujeito

Para discutir a clínica do sujeito, Campos (2003), constrói um arcabouço conceitual que se filia a Basaglia e Gramsci e as suas teorias de transformação dos sujeitos e seu contexto. Gramsci, segundo Campos, foi o primeiro autor a falar em transformação molecular, as transformações cotidianas, dos espaços de vida como escola, trabalho, comunidade, reconhecendo que existiriam outros modos de gerar transformações além da revolução e Basaglia, segundo o mesmo autor, que teria sido capaz de levar essa compreensão para a clínica médica na reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, Campos discute, ainda, a trajetória da clínica médica no Brasil, as críticas à redução do seu escopo para a doença e uma resposta dada pelos sanitaristas que por outro lado reduz a importância do tratamento e da cura que a clínica traz. Ele desenha a clínica hoje dividida em clínica oficial, clínica degradada e clínica ampliada, onde a clínica degradada:

viola princípios básicos dos próprios manuais da Clínica Oficial; a degradação existente resulta de uma mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam, atendem os casos de uma forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um dos seus pacientes. (CAMPOS, 2003, p.60)

Campos afirma, ainda, que a clínica oficial seria o exercício da clínica de forma restrita sem a influência dos determinantes políticos sociais e econômicos, se é que isso é possível. A clínica ampliada seria aquela que trabalharia com o escopo de campo e núcleo, onde o campo seria o que está no contexto, território, nos saberes compartilhados por várias profissões e o núcleo seria o que é mais específico de cada profissão. Pelos relatos, a clínica cubana e a estratégia de saúde da família brasileira, em sua concepção, se aproximam em relação a essa visão de ampliação de seu escopo e do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, do trabalho de equipe e do uso de instrumentos de desenvolvimento de uma intervenção que priorize

as necessidades do paciente. Em tese, as estratégias são similares, mas na prática cotidiana, por uma ausência de formação médica na área em larga escala, pela precarização do processo de trabalho, pela falta de planejamento de recursos humanos no país e a pouca oferta de profissionais disponíveis especialistas em medicina de família, a clínica brasileira transita entre a clínica oficial, degradada e tem lampejos de “clínica do sujeito”. A clínica cubana, pelas mesmas razões em contrário, ou seja, por ter formação adequada, por uma estabilidade trabalhista, por um planejamento e organização de serviço maior e por um modelo de sociedade que permite menos capturas para o mercado, teria mais aproximação com uma clínica ampliada. Há críticas à clínica cubana com relação ao uso da farmacologia e das tecnologias médicas. Há, por outro lado, uma constatação de que a clínica brasileira é “tecnologia-dependente”, criando uma cultura de consumo de exames que se estende par ao imaginário popular do que seria a “boa clínica”. Há dimensões, no entanto, que ficam inconclusas nos relatos. O projeto de medicina cubana, por exemplo, é biomédico, bem como o brasileiro. Apesar da formação cubana considerar o contexto como uma variável importante na clínica, a subjetividade dos usuários com os quais se inter-relacionam não é uma variável fundamental no processo de trabalho. A promoção e a prevenção da saúde estão relacionadas ao adoecimento e as relações interprofissionais não são um eixo forte na medicina cubana. O médico brasileiro, apesar de não ter em sua formação as dimensões ampliadas de contexto como fazendo parte da prática médica, reconhecem nas agentes de saúde e nos outros profissionais da equipe um elo importante de organização da ação no território.

Para alguns dos entrevistados, não há deficiência na clínica cubana, mas há problemas de comunicação, provavelmente relacionados ao idioma:

Eu não vejo deficiências específicas nos médicos cubanos não. Pelo contrário, eu vejo eles com uma formação virada pra atenção primária sólida e quando eu vejo alguma dificuldade eu vejo mais dificuldade de comunicação (S1)

Segundo esse mesmo supervisor, o cubano desenvolve com maior naturalidade atividades voltadas para organização do serviço e visitas domiciliares e o brasileiro teria uma clínica mais voltada para o modelo antigo, atendimento de demanda espontânea:

Juliana, uma coisa interessante, você vê na atuação dos médicos cubanos, você vê um senso de organização, uma tentativa de organizar o serviço, uma

tentativa de... as estratégias, por exemplo, a organização da demanda, visita domiciliar, isso é mais feito com naturalidade por eles. Os médicos brasileiros quando chegam eles casam bem com a gestão, porque a gestão não conhece a filosofia do "Saúde da Família", então médico recém-formado também não, então o quê que acontece, ele senta e atende, então a gestão usa muito médico brasileiro pra assistência direta, então o sujeito chega e atende.(S1)

Ainda se referindo aos brasileiros:

A maioria, olha que eu tenho andado por aí já tem um tempo, antes do saúde da família existia o PITS, que o PITS é o embrião do PROVAB e do "Mais Médicos", que a estrutura é idêntica né? Eu participei do piloto do "Saúde da Família" de 92 a 94 e depois a implantação, então tenho andado por aí em vários municípios diferentes, presenciando trabalhos de várias equipes diferentes. Eu garanto pra você que a maioria não trabalha dentro da filosofia do "Saúde da Família". A maioria trabalha no paradigma antigo, aquele que a gente queria mudar. Então o grosso dos atendimentos é em demanda espontânea. (S1)

Um médico cubano entrevistado fala de sua experiência de organização da unidade em que atua:

Sim, quando cheguei aqui não havia um planejamento, não havia nada estruturado. A primeira coisa que fiz foi uma reunião com os agentes de saúde, para atualizar o cadastro dos usuários. Aqui se trabalha com prontuários. Se imprime e se trabalha com cada um em cada consulta. Além disso, totalmente estruturado por rua, por família, e trata também do momento do tratamento, qual o melhor tratamento. Organizei também quem eram as grávidas e as crianças menores de um ano para orientar a puericultura. Aqui chegavam grávidas a qualquer hora e agora atendo crianças uma manhã inteira, uma vez por semana, grávidas uma manhã inteira, uma vez por semana, uma manhã inteira para a puericultura e outra manhã inteira para enfermidades crônicas não transmissíveis, diabéticos, hipertensos, cardiopatas etc. (MC1)

Uma autoridade municipal afirma que o médico cubano passa mais tempo com o paciente:

O médico cubano ele passa mais um tempo com o paciente, tá certo? E às vezes, em determinados momentos no município nos deparamos com situações que eles não sabiam lidar e que humildemente eles vieram pra secretaria pra gente direcionar e ajudar a resolver. E a parte negativa que eu achei foi porque a resolutividade poderia ser mais (sic) na Atenção Básica e acabou sobrecarregando a nossa fila na Atenção Secundária, os nossos especialistas, mas também isso foi temporário.(G1)

O sistema de regulação, a referência e contra referência no Brasil são falhos e isso se manifesta na fala dos cubanos:

Você tem facilidade de fazer os encaminhamentos e receber retorno?

L: Não, retorno não recebemos. (MC2)

Os cubanos entrevistados dão muito peso na clínica ao papel da educação em saúde:

Com as charlas educativas, você pode diminuir o efeito letal de qualquer complicação que causa no paciente. E os somáticos, ensinar-lhes como aparecem as doenças, tanto doenças crônicas não transmissíveis como transmissíveis. Pode dizer o que eles podem fazer com o mínimo de recursos. Por exemplo, com o problema da zika e a dengue. Limpar sua casa, não ter água alagada, tirar todo o mato. Se você não vai à casa do paciente, você não identifica quais os fatores de risco que afetam a vida dessa família. (MC1)

Uma autoridade nacional afirma que o cubano trabalha melhor em equipe e se diferencia porque faz pequenos procedimentos na APS:

Agora a impressão que me dá essa mudança é muito grande nas relações entre a equipe, ou seja, o que a gente está observando é que é médico um dos conhecimentos que são repassados é aquela capacidade de trabalhar melhor em equipe, o médico se preocupa mais de saúde, fala com a gente (com as pessoas), orienta, vai junto na visita domiciliar, com a enfermeira, ou seja, tem uma capacidade de se entrosar com a equipe e gerou efeitos positivo, mas não é bem recursos humanos, não é que ele se forma ou que ele passa conhecimentos mais do tipo técnico-científico. Por exemplo, médico cubano, qual é a diferença? Tem médico cubano que melhora a integralidade. Porque melhora a integralidade? Porque ele faz procedimento que o médico brasileiro normalmente não faz na Atenção Primária: coloca DIU, pequenas cirurgias, aquelas lesões de pele de hipertensão de úlcera venosa. (A7)

Ao falar de sua equipe, a médica cubana ressalta a capacidade de construção de vínculos e de dedicação dos profissionais de saúde brasileiros:

São pessoas que estão dedicadas a comunidade delas. Entregadas. E muito sacrificadas. Minha equipe, vou falar por mim. São pessoas qualificadas, são pessoas comprometidas com a comunidade, com o paciente, não tem horário para trabalhar. Não tem pressa, são pessoas que estão dedicadas ao paciente com muito amor, muita profissionalidade. Minhas agentes comunitárias, todas são concursadas. São todas pessoas com preparação, com conhecimento para fazer o que elas fazem aí. Comigo são muito boas, minha enfermeira muito boa também. Equipe muito boa (MC6)

Segundo uma supervisora os brasileiros parecem não ter dúvida em seu trabalho clínico. Como tem problemas em diagnosticar, nem sequer percebem os problemas que tem. Provavelmente, esta entrevistada estava se referindo aos médicos e médicas recém-formados que aderiram ao programa:

E o que eu tenho visto é que os médicos que eu geralmente supervisiono, principalmente os brasileiros, e aí pra mim é muito diferente, eles parecem que não tem dúvida. A gente tem até um item, a gente tem que preencher

toda supervisão mandar relatórios que são os *webportfolios* e tem um item lá que eu sempre pergunto, eu não, o Ministério pergunta, que é: você teve dúvida em algum caso em algum momento? A maioria diz que não, e eu fico perguntando, eu como médica tenho 11 anos, todo dia eu tenho dúvida em um caso, assim, tenho caso que eu acho que eu preciso ver mais e eles simplesmente acham que não têm e eu já percebi isso, algumas vezes quando eu faço supervisão in loco, principalmente no começo, eu vou pra cada local e fico atendendo, não atendo com eles, eu fico meio de sombra vendo eles atenderem e vejo realmente que eles não têm dúvidas porque eles não conseguem diagnosticar, eles deixam passar muita coisa que não deveria ser deixado passar, então eles nem se atentam pra deficiência deles, então esse passo pra educação permanente, que é uma questão da proatividade, do interesse, eu acho que a gente tem que ver uma outra estratégia pra tentar superar, porque pra eles não têm, quer dizer, eu tenho *WhatsApp*, eles têm meu telefone... a pessoa que me mandava caso pra resolver era a cubana. Me mandava caso, fazia foto, a gente discutia, mas os brasileiros...(S2)

Segundo um entrevistado cubano, a visita domiciliar não era frequente e acontecia mais com os acamados. A visão da visita como forma de se apropriar do contexto e dos modos de vida, perfil social ainda não foi incorporada:

Aqui você vai fazer uma visita domiciliar se o paciente está acamado ou se o paciente já morreu. Não é para fazer um trabalho preventivo. Você como médico que não visita a casa do paciente não vai identificar os fatores de risco que podem causar alguma doença a essa família. Aqui se vai a tratar o paciente que estar acamado, mas nunca fazer prevenção. (MC1)

Na visão de uma autoridade de outro município, no entanto, o problema não está em ser cubano ou não, mas na possibilidade de vínculos construídos:

Não, no atendimento domiciliar eu não percebo não, até porque os médicos do Parambu eles são parambuenses, então eles têm muitos vínculos com as famílias, pode até ser que eu possa perceber se vier um médico de fora e tudo, o que não é o caso no momento.(G1)

Ela continua afirmando que existem médicos e médicos independente da nacionalidade:

Assim, nas visitas domiciliares eu tenho médico cubano que se destaca e tenho também médicos cubanos acomodados, como também brasileiro. A médica mesmo do centro de saúde ela é cubana e ela, as visitas mais próximas ela vai à pé fazer, tá entendendo? Ela tem vontade de estar próxima das famílias. E a gente já tem outras Unidades que já existe uma acomodação de estarem realizando estas visitas. (G1)

Uma diferença marcante entre cubanos e brasileiros em clínica é que o primeiro é bem mais forte na avaliação diagnóstica, na anamnese, na exploração dos fatores intervenientes e o outro é melhor nas tecnologias, principalmente os medicamentos, diz uma referência local do programa:

clínica... a diferença é a seguinte, é bem simples de explicar, eles usam a clínica, eles usam a propedêutica, a semiologia, a gente usa muito pouco aqui na formação. Lá, por questões ideológicas e por questões de limitações de recursos eles foram treinados muito na questão da propedêutica, da semiologia, então eles usam muito a clínica mesmo. A diferença básica é essa, as outras diferenças são inerentes as limitações que Cuba acaba tendo, então a gente vê, por exemplo, na questão da farmacologia, eles ficam mais limitados porque talvez eles não tenham à disposição o arsenal que a gente tem aqui, mas do ponto de vista clínico, do exame físico, da anamnese eu considero que eles são muito melhores que a gente. (R1)

Uma supervisora do programa se coloca na mesma direção, enfatizando o uso mais frequente da tecnologia pelos médicos brasileiros:

Vejo. Eles são... eu acho que eles têm uma situação muito parecida com a gente aqui de escassez de recursos no sentido assim, não que falte, mas que seja de uma escassez mesmo de tecnologia, que a Atenção Primária faz, que a Atenção Primária é você ter uma alta complexidade de problemas, mas usar uma baixa densidade tecnológica, então isso eles estão acostumados, então eles sabem lidar com isso, isso é o campo deles, então têm drogas que a gente deixou de usar aqui, mas que eles ainda usam e que é efetiva pra lá. Então o aparato clínico, eles examinam muito mais, eles utilizam muito o exame físico, diferente daqui. Aqui a gente passa exame, o exame complementar agora é o principal. Muitas vezes a gente não examina e passa o exame. Eles geralmente examinam, então assim, eles tentam resolver o máximo sem utilizar realmente...(S2)

Essa supervisora refere à diferença na clínica entre brasileiros e cubanos muito mais relacionada à escassez de médicos formados em medicina de família e comunidade, afirmando que nas regiões Sul e Sudeste onde a profissão é mais difundida, a clínica é mais resolutiva. Fala do perfil mais sanitário do médico de família nordestino e da insegurança de fazer pequenos procedimentos cirúrgicos:

Sim, eu acho que tem. Eu acho que tem, principalmente aqui no nordeste. Eu acho. A nossa formação de Medicina de Família no nordeste ela é muito sanitária. Ela é muito de abordagem comunitária, da Saúde Coletiva, que eu acho importante, mas eu acho isso relega um pouco... eu acho que tem que ser meio a meio. A questão da técnica, então assim, a questão do procedimento, então fazer procedimentos, e isso é uma coisa que em Cuba se faz muito, eles fazem muitos procedimentos na clínica mesmo, então eles não têm medo de fazer. Então eles pedem material pra fazer. E mesmo o médico de família, principalmente o médico de família daqui, eu tenho

observado daqui do nordeste, ele encaminha qualquer... sutura, drenagem de abscesso, tudo ele encaminha

Mas se você for pro Sul isso já muda. Eles já têm uma vivência de procedural muito maior. Acho que começa assim, Rio e São Paulo começa a aparecer isso, então é tanto que as clínicas de família têm ECG, têm Raio X, tem ultrassom, e no Sul eles fazem... o que tiver na Unidade, até cirurgia plástica às vezes eles fazem, então eles já têm uma outra visão de Medicina de Família, eu acho que aqui a gente tem que avançar ainda. O médico de família daqui ele ainda é muito inseguro pra fazer as coisas, ele é muito ainda de referenciar ao hospital. Ele ainda não tem segurança, principalmente pros procedimentos, então ele encaminha, principalmente para o especialista.

Segundo um tutor, há também diferença de protocolos clínicos que precisam ser adaptados pelos cubanos quando chegam no país, mas em relação à competência técnica ele não vê diferença:

há algumas diferenças em relação a alguns protocolos, da competência técnica. Alguns medicamentos que se usa em Cuba não se usa no Brasil e vice-versa, mas a medicina como um todo ela não tem tanta diferença; técnica, o que teve que ter inicialmente uma adaptação dos protocolos brasileiros aos medicamentos que são disponibilizados pelo SUS, com as dosagens dos antibióticos e determinados anti-hipertensivos, enfim, dosagem de medicamentos e o tipo de drogas, uma uma vez que houvesse essa padronização e tivesse o conhecimento de quais seriam os medicamentos ou exames, a competência técnica ela se iguala, não tem nenhum problema.(T1)

Alguns cubanos entrevistados não veem diferença, no entanto:

Quais são as diferenças que vocês veem com relação a forma de fazer a clínica? Existe diferença entre a prática cubana e a prática brasileira fora essa questão da comunicação?

M: O diagnóstico, tratamento?

J: Isso

A: Não, é quase igual.

Vários: Aplicar o método clínico, o protocolo. É quase igual ao dos cubanos. Quase, quase. Não temo diferenças. Nisso não temos problemas. (MC3)

Uma autoridade de instituição de ensino local, no entanto, aponta diferenças importantes relacionadas ao acesso, a disciplina, ao acolhimento:

O principal efeito imediato é a melhoria do acesso, então a população que antes não tinha acesso, principalmente, são médicos que cumprem carga horária, que são rigorosos, são disciplinados, cumprem a carga horária, que não colocam condições pra atender as pessoas, atendem, acolhem a todos que vão buscar, então, de uma pesquisa que eu tô participando e que fez essas... entrevistou gestores, entrevistou profissionais de saúde não-médicos

(Enfermeiros, Agentes Comunitários), então isso que eles são unânimes em dizer, que o acesso melhorou e a forma de fazer clínica também desses profissionais que é mais ampliada, que é uma clínica que não se ocupa só da questão individual de cada paciente, mas que ao acolher o indivíduo, que é isso que o Saúde da Família propõe, que ao acolher a pessoa ela olha também as suas condições de vida, as suas condições de trabalho, os seus hábitos, a questão da cultura, da espiritualidade, então olha a pessoa como um todo pra poder tomar decisões e estabelecer condutas, e também a... o entrosamento, o vínculo com a equipe, o vínculo com a comunidade, então são coisas que foram percebidas, mas assim, uma coisa que é unânime, porque essas outras coisas pode ter (sic) variação de um médico pra outro, mas uma coisa que pareceu unânime entre todos (sic), as entrevistas que eu vi, é a melhoria do acesso. (A9)

Essa mesma entrevistada fala da dificuldade do médico brasileiro em trabalhar em equipe:

A gente sabe que em relação à medicina brasileira, aos médicos brasileiros, têm muitos estudos mostrando a dificuldade de comunicação e de participação na equipe, de inserção, porque é assim, é você ter vínculo, presença, qual é a diferença? É tá lá as 40 horas, é participar de reuniões, então assim, a maioria das entrevistas que eu li falavam isso, a participação na conversa com os outros profissionais pra tomada de decisão sobre a conduta com os pacientes e na... na participação em geral nas atividades da equipe, e também na participação em reuniões da comunidade e inclusive também até frequentar casas de pessoas da comunidade. (A9)

Uma autoridade municipal fala da disponibilidade dos cubanos de trabalhar em qualquer lugar, independente da distância e da estrutura:

O mais importante mesmo pra população foi garantir o médico próximo da população naquelas áreas onde ninguém queria ir. Porque não é fácil atender no Cococi, não é fácil atender no Juá, e assim, o médico que tá nessa área ele vai. Então assim, esse acesso à acessibilidade que fez a diferença, e eles chegavam com muita garra naquele momento no município, até aqui no Ceará a gente fala assim que é "pau pra toda obra", então quando eles chegaram no Ceará realmente aqui em Parambu eles chegaram com essa vontade de trabalhar, de fazer e acontecer, então não tinha área longe pra eles. Hoje já percebo que a área longe já é obstáculo, mas entendo também que é porque eles estão com 3 anos trabalhando, que está finalizando um programa, surge a incerteza e uma insegurança e a gente entende essa parte. (G1)

Para um dos supervisores, a contribuição dos cubanos foi Humanização, no sentido mais profundo do termo:

Olha, eu acho que o... engraçado que eu estava discutindo isso essa semana. Eles trouxeram pra mim, eles trouxeram essa questão mais da humanização, agora humanização que eu falo não é... eu tenho medo dessa palavra, não é uma humanização exotérica, utópica, sabe, bonitinha, não é isso, eu tô falando de uma política que existe critérios técnicos de humanização, coisa mais pragmática, certo? De ter uma escuta ampliada, de tá preocupado com

a ambiência, de fazer uma gestão da clínica, coisa que o brasileiro além de não fazer não tem a menor ideia do que é que seja. (S3)

Outra supervisora entrevistada fala da diferença da clínica cubana, afirmando que eles são realmente preparados para atuar na APS:

Tem. Primeiro eu acho que, assim, os cubanos que vem eles são realmente preparados pra atuar em Atenção Primária, então esse olhar que talvez seja o meu olhar de formação é o olhar que eles têm. Então eles vêm geralmente já bem formados, com outros especialistas, já tiveram alguns que foram secretários de saúde, então eles têm um olhar direcionado pra Atenção Primária. (S2)

Essa mesma supervisora descreve um incidente com um médico brasileiro no PROVAB que não examinava e não se levantava para abrir a porta para o paciente:

Primeiro pra ver qual é a perspectiva deles de cuidado, que uma coisa é eles estarem na reunião falando, outra coisa é eu ver como eles agem, então eu tive, que não foi no "Mais Médicos", foi no PROVAB em Itatira, que eu fui supervisionar, é que eles simplesmente não se levantava nem pra abrir a porta, ele só gritava o nome da pessoa do lado de fora, não é? Ai a pessoa entrava, então assim, eu acho que é... eu faço isso umas duas vezes, eu acho. As primeiras duas supervisões que eu faço é mais de escuta e de observação. Lógico que eu não consigo não deixar de intervir porque às vezes é uma coisa tão drástica assim do cuidado, que vai fazer tanta diferença no cuidado daquela pessoa que eu me levanto e intervenho: "Não, vamos examinar? O que é que você acha disso?" (S2)

Na observação de campo, visualizam-se dimensões da clínica cubana que são difíceis de traduzir nas entrevistas. A forma como se relacionam com os sujeitos que os servem, a não consideração de classe como um elemento chave na definição de seu padrão de relacionamentos, o olhar para as dimensões do território e dos aspectos ambientais. Uma generosidade para com o sofrimento do outro e uma incansável disposição para servir ao outro, em qualquer cenário, em condições adversas e com afetividade. Por outro lado, o cubano faz uma clínica biomédica, não enfoca as questões da subjetividade, tão pouco analisa as dimensões sociais incorporadas nos relatos dos sujeitos. Muitos entrevistados se referem aos brasileiros que atendem como uma população que não entende nada e necessita de muitas "charlas" educativas para melhorar sua saúde. Esse profissional não considera os mecanismos de resistência que a população utiliza para lidar com o serviço médico que lhe é oferecido ou mesmo as inúmeras implicações subjetivas que levam a um sujeito aderir ou não determinada conduta ou determinado tratamento. Ademais, a

relação cultural de inferioridade em relação a figura do médico, muitas vezes faz com que o sujeito, mais por timidez do que por ignorância, não revele o que pensa ou acha de sua condição clínica. Esse aspecto, reconhecemos, não pode ser aprofundado como desejado na pesquisa porque exigiria da pesquisadora um acompanhamento mais cotidiano da prática clínica e não era esse o objetivo.

A supervisão e a aprendizagem mútua

O termo supervisão talvez não seja o mais adequado, carrega uma carga da educação tradicional, cujo papel do professor em serviço era apresentar uma “super” visão, uma visão alargada do que acontecia para efeito de monitoramento e controle. Mas o que realmente se observa na prática desses profissionais que dão suporte educacional ao programa é um híbrido entre o preceptor médico tradicional e o apoiador clínico institucional preconizado pelos teóricos da clínica ampliada (Campos, 2002), cuja função precípua seria acompanhar e apoiar os processos de desenvolvimento da clínica, incluindo organização de serviço e planejamento de ações, trabalho de equipe e processos de subjetivação. A supervisão estritamente no programa Mais Médicos se diferencia da visão da clínica ampliada porque não é direcionada para a equipe. O trabalho ocorre entre médicos e, embora haja diretrizes nacionais previamente definidas, cada supervisor trabalha à sua maneira, dependendo da sua formação e da sua compreensão do que seria exatamente sua função ali. Os critérios de escolha dos supervisores, embora definido em documentos não é amarrado pela operação da política, dando margem para perfis de supervisores muito variados, desde o cirurgião até o médico de família. Para cada 10 supervisores, há um tutor que, em última instância, ficaria responsável por garantir essa coerência do processo para que a atuação de cada supervisor não ficasse tão distinta. Contudo, é tarefa quase impossível, a partir do momento que critérios de adequação da formação e experiência no campo requerido não foram consideradas ou valorizadas desde o início. Alguns supervisores, no entanto, por sua formação em medicina de família e comunidade ou por sua experiência com a estratégia de saúde da família como educadores, conseguem criar mecanismos de ruptura que movimentam toda a equipe e provocam o aperfeiçoamento do trabalho de equipe de forma indireta. Outros, por compreenderem o seu papel como mediador entre os educação e gestão, médicos e equipe, acabam por transformar possíveis diferenças de especialidades em oportunidade de mútuo aprendizagem. Essas diferenças, aparentemente

problemáticas, têm gerado boas interações entre médicos de família e médico de outras áreas, mostrando que o campo é soberano na formatação de uma política que se adeque aos objetivos e necessidades de quem ali vive e trabalha.

Atualmente, no Estado do Ceará, são seis (6) instituições supervisoras, ou seja, de ensino entre Universidades e Escolas de Saúde Pública que respondem pelo acompanhamento através da tutoria e da supervisão do programa. Uma referência local explica como as instituições são selecionadas:

Através de editais. O MEC lança o edital e as instituições aderem e depois de uma avaliação do MEC se corrobora ou não essa solicitação dessas instituições, então aqui no estado nós temos 6 instituições supervisoras: a Escola de Saúde Pública do Ceará, a Universidade Federal do Ceará, a Universidade Federal do Cariri, a Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia em Sobral, a UNILAB e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, são essas 6 as instituições supervisoras. O estado é dividido territorialmente entre essas 6 instituições supervisoras. Nós aqui na Escola de Saúde Pública o nosso território de atuação está mais concentrado no sertão central, litoral oeste basicamente, então nós temos, se eu não me engano aproximadamente 241 médicos sob a nossa supervisão com 23 supervisores. Desses 23 supervisores 20 deles são médicos de família, especialistas em medicina de família, nós temos 1 oftalmologista, 1 ginecologista-obstetra e 1 pediatra, então esse é o nosso corpo de supervisores. (R1)¹⁴

Ao ser indagado sobre os critérios de escolha do supervisor, essa mesma referência local afirma que as instituições têm autonomia para selecionar quem julgarem necessário e do modo que acharem mais adequado:

Não existem critérios específicos de escolha. O Ministério da Educação deixa isso a cargo de cada instituição, então as instituições são autônomas pra fazer a sua seleção (sic). Da nossa experiência e das informações que nós dispomos hoje, a Escola de Saúde Pública é a única instituição que fez uma seleção pública, e aí sim, nós temos critérios. Ser médico de família era um dos critérios que pontuava mais, ter pelo menos 4 anos de experiência na Atenção Básica, ser preceptor de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ou ter tido experiência como preceptor e experiência docente, seja na graduação ou na pós-graduação. (R1)

Uma autoridade nacional explica um pouco mais porque os critérios de escolha do supervisor são flexibilizados, dando margens a escolhas sem necessariamente priorizar a dimensão técnica:

¹⁴ Essa distribuição geográfica das instituições de ensino também pode ser vista anteriormente na experiência de Fortaleza do Sistema Municipal de Saúde Escola, que pressupunha a educação permanente como ferramenta de gestão. (Barreto et al, 2006)

Tem critério né? Mas aí vamos supor. Você tem um tutor na Universidade Federal do Ceará. Aí esse tutor tá tentando arrumar médico para fazer a supervisão. Ele é responsável por organizar os supervisores. Aí ele não consegue, aí tem os amigos dele que ele acha que tal e o cara tem Currículo. Ele vira supervisor, tá entendendo? Porque tem os critérios acadêmicos. Mas não existe a delimitação para que o cara seja médico de família, senão nós não conseguiríamos supervisores. Então, infelizmente, a ideia era que preferencialmente fosse, que você fizesse todo o esforço pra ser e quando não desse de jeito nenhum você tentasse outra coisa, mas não é bem isso que acontece. Às vezes você tem um tutor que é professor de clínica e a relação dele é com os urgencistas e arruma um monte de supervisores emergencistas. (A5)

Outra entrevistada ainda sobre os critérios de escolha do supervisor:

E como é que vocês definem quais são os critérios pra você ser um tutor?

M: Um supervisor, você fala?

J: É, um supervisor.

M: No dia que tu descobrir, tu vai descobrir (sic) com a pesquisa tu me avisa? (risos). Não tem. É QI, "Quem Indica". E disponibilidade. (risos)(S2)

Em contraponto, um tutor entrevistado compartilha os critérios utilizados por sua instituição para a seleção de tutores:

Esse critério ele depende da instituição. Aqui no Ceará nós temos 5 instituições supervisoras, cada instituição definiu o seu processo de seleção. Nós da Escola de Saúde Pública adotamos como critério a especificidade e experiência na área, então a gente abriu um processo de seleção onde as pessoas se inscreveram e foram pontuadas quanto a experiência, quanto a formação, professor, tutor, preceptor. O fato de ser médico de família e comunidade, que é a especialidade da Atenção Primária teve uma pontuação diferenciada. Preceptor da residência de Medicina de Família teve uma pontuação diferenciada, mas lógico que a gente não excluiu outros atores. Quem tinha experiência de formação e atuação em áreas básicas, como ginecologia, clínica, pediatria também puderam concorrer, então a gente fez uma seleção a partir da experiência técnica, do tipo de formação específica, que a gente priorizou a Medicina de Família e a da experiência enquanto formadores, como preceptores, enfim, experiência docente. (T1)

Esse mesmo tutor, pondera a dificuldade de supervisores não serem da área requerida:

É, exatamente, isso a gente não só como o Programa Mais Médicos, mas qualquer outro programa que se faça a formação de alguém. Se você forma pra uma determinada área, você tem que ter especialistas ou *experts*, de pessoas que entendam das especificidades daquela área, então se o foco é a Atenção Primária, em se tratando do médico, o médico que é especialista na Atenção Primária é o médico de família. Seria incoerente também se você tivesse como supervisor de um programa de cirurgia, fosse preceptor de um programa de cirurgia um médico de família, então as competências técnicas

pra cirurgia o médico de família não poderia tá atuando, mas, enfim, a gente sabe que aconteceu isso em algumas instituições, nem todas as instituições adotaram o critério que nós adotamos, talvez pelas questões próprias de cada instituição, por exemplo, programas vinculados à universidades priorizaram os professores, os docentes daquela universidade, e a gente sabe que nas universidades têm poucos docentes com esse perfil pra Medicina de Família, então foram agregando os professores, os docentes que tinham mais essa, uma aproximação com a Atenção Primária, sem necessariamente ter esse perfil. (T1)

Uma médica brasileira entrevistada descreve como acontecem as supervisões no seu campo e apontam que os supervisores não são somente médicos de família

Porque os supervisores da UFCA não são só médicos de saúde da família. São várias especialidades.

L: Eles adotam um modelo de estudo de caso, por exemplo, eles discutem os problemas, resolvem os problemas, dão uma conferência relacionada aos problemas de saúde, uma atualização. Muito bom. E os supervisores também muito bom, bem preparados. (MB 1)

Uma supervisora entrevistada descreve a equipe de supervisores com a qual trabalha e as dificuldades de serem profissionais de outra especialidade e vivência:

Na verdade médica de família só sou eu porque tem um que é psiquiatra e médico de família e tem um que é clínico e médico de família, então assim, agora é que eles estão entendendo (faz muita ênfase) a estruturação, depois de 3 anos; os próprios supervisores que são especialistas, mas tem hemato, tem endócrino-pediatra, tem pediatra, mas o hemato é que é mais especialista mesmo, então agora é que eles estão começando a entender e a perceber como é que é a dinâmica, porque eles até ficam muito chocados com coisas que pra gente é comum, essa questão do desmonte dos municípios quando termina a gestão, da falta de recurso mesmo, então eles achavam que era uma coisa meio que: "Ah, isso é desculpa do médico", mas acontece, eles estão vendo a redução de horário, a questão do atendimento fazer um número de atendimentos, o volume e não a qualidade, então agora é que tá começando a "cair a ficha" deles do que é a realidade. (S2)

Um supervisor entrevistado fala do perfil dos supervisores contratados para o Mais Médicos, que é uma mistura de professor com preceptor, que seria o educador em serviço:

Então a busca vai ser de pessoas com esse perfil, é... o que aconteceu na prática foi que você tem uma figura chamada "Preceptor", que é uma figura mal esclarecida, ou seja, ele seria um professor prático. Ele é aquele médico que trabalha dentro de hospitais universitários, que exerce a sua preceptoria de ensino, mas não é professor de formação. E eles foram absorvidos também como supervisores, na medida em que eles se interessaram, que houve vaga, que houve chance. Então hoje você tem uma mescla de

professores e preceptores, ou seja, pessoas que já atuavam com essa característica e foram captadas por existir vaga.(S1)

A ideia de preceptor é definida por Parente (2008) como aquele que possibilita e promove o diálogo das categorias profissionais, apoia na organização do processo de trabalho, estimula a responsabilidade sanitária e a integralidade da atenção e contribui com a avaliação do processo formativo (p.52). Em 2005, a Portaria 1111/GM nos seus incisos I e II descrevem a função de Tutor e Preceptor (PAGANI E ANDRADE, 2012) fazem uma alusão ao conceito de preceptor de território, que seria o responsável pelo acompanhamento educacional do campo comum (CAMPOS, 2002) das várias profissões, com o foco na organização do serviço e na promoção da saúde no território.

Um entrevistado, ao falar das funções do supervisor, afirma que já estão previamente definidas pelos formuladores da política:

A central. Você quando se habilita a ser supervisor, você já tem um farto material pra ler, em que estão definidas as suas atribuições, o quê que você tem que fazer, inclusive a parte técnica, o que é que você tem que explorar, [00:17:55] explorar no supervisionado e tal, então isso aí já tá pré-definido.(S1)

Esse mesmo entrevistado descreve como está desenhada a supervisão no programa:

As coordenações locais podem funcionar um pouquinho diferente umas das outras, mas tem uma série de procedimentos que são formais, então, por exemplo, você tem os encontros loco-regionais, então todos os médicos vêm pra um lugar só, normalmente é a capital, a cidade grande, e é feito um evento que normalmente dura o dia inteiro, com todos os supervisores e todos os médicos daquela região. Esse é um evento bimensal. Você tem as visitas de campo que são mensais, então no caso o supervisor tem que ir na ponta mensalmente trabalhar lá, passar um dia ou dois dias, depende... com o médico na ponta, no lugar onde ele atua. Você tem comunicação *online*, então ele...(A1)

Uma supervisora entrevistada relata como faz seu plano de supervisão e ressalta que a rotatividade dos médicos prejudica o processo porque os novos que chegam vão estar em momentos muito distintos dos que já estão há mais tempo. Ela

chama a atenção do potencial da supervisão para fazer com que os médicos interajam com outros membros da equipe, como o ACS, por exemplo :

Mas às vezes eu me boto como observadora e vou conversando com a gestão, então assim, a partir do 4º mês é que eu posso dizer que eu tenho um plano de supervisão, até o 3º mês eu faço 2 supervisões in loco mesmo, mais de imersão que geralmente são 2 meses, aí tem a supervisão loco regional que é esse momento maior e aí na 4ª eu já tenho um planejamento e é aí que eu disse que dificulta porque, por exemplo, se você pega uma turma agora que começou há 3 anos, há 2 anos, então eles já passaram pelo processo de territorialização comigo, a gente discutiu coisas básicas: o que é que um Agente de Saúde faz...eu lembro que foi icônico quando a gente começou na Escola de Saúde Pública que a gente começou com o carro andando, foi quando começou o PROVAB e aí eles tinham que fazer uma apresentação da territorialização e um dos supervisionados disse assim: "Ai eu adorei esse trabalho porque eu finalmente falei com os meus Agentes de Saúde". O cara estava há 6 meses na Unidade e não tinha falado com o Agente de Saúde(S2)

Essa mesma supervisora descreve seu processo de formação, através da supervisão que mistura noções de gestão da clínica, planejamento, territorialização, organização de serviço e construção da sala de situação, demonstrando que a supervisão é essencialmente um espaço de educação permanente:

Então assim, esse primeiro processo é de falar coisas básicas, de Medicina de Família mais voltado ao território. O quê que é um território, como é que você faz um diagnóstico, quais são os indicadores que a gente precisa. Terminado isso a gente começa a entrar um pouquinho na gestão da clínica. Tá, você tem esses indicadores: tua população é mais idosa, tu tem mais visita domiciliar ou tu tem mais crianças... e aí como é que a gente vai fazer essa gestão da clínica? Aí geralmente eu começo a dar algumas noções de como é que você faz, que é a questão da gestão: o que é acesso avançado... outros modelos, esse modelo que a gente não tem nome aqui que a gente faz a demanda espontânea demanda programada, começa a discutir o que são os programas, quais são as limitações de atender por programa. Que na área rural você não tem como fazer uma gestão igual ao que tá na área urbana, que tem que fazer o horário corrido, tem que ter acesso avançado. Então assim, a gente começa a trabalhar isso, então assim, lá... na verdade pro final do primeiro ano, porque aí já passou 3 meses e aí fica com a gestão da clínica é mais difícil pra eles um pouquinho, porque assim, eu tento fazer até diagnóstico até que eles se sensibilizem, então: "Oh, vamos fazer 2 meses... eu quero que vocês coletem as informações dos atendimentos de vocês. Vamos planilhar? O que é que você atende mais, o que é que você atende menos? Agora vamos ver o perfil do município. Corresponde ao perfil do município?" Então isso aí tudo dura mais ou menos quase um ano, 9 meses, vamos supor assim, é uma gestação. Então quando ele começa a entender a Atenção Primária, a questão do serviço é que eu começo a fazer a clínica mesmo. (S2)

Um outro supervisor fala que a função do tutor seria cuidar dos problemas de gestão e a do supervisor seria pedagógica. Mas descobre em campo

que quem faz a mediação dessa relação é o supervisor e que não há separação entre educação e gestão em serviço.

Eu não vou saber te dizer os números Juliana, mas por exemplo, um supervisor, no caso eu, eu posso ficar no máximo com 10 supervisionados. Pela questão da distância que a gente tem que ir e tudo, né? Cada supervisor, pra poder ter interlocução com o Ministério da Saúde, que é o nosso empregador, o nosso gestor, ele precisa ter um tutor, então um tutor ele tem um número X de supervisores. Eu não tenho certeza absoluta, mas eu acredito que é em torno de 10 supervisores para cada tutor, certo? Então essa figura do tutor é que também na teoria deveria se responsabilizar pela questão da gestão. E o supervisor ficaria mais a questão pedagógica, certo? Isso é o que é dito pra gente desde o começo, não vi isso escrito em canto nenhum, certo, Mas era o que era pra ser. O que acontece é que o tutor ele "não tem pernas" pra poder dar conta de todos os problemas de gestão que são inúmeros, são muitos! E além disso nós estamos próximos, a gente tá diretamente lá todo mês com gestão, com supervisionados e tudo, então acaba que a gente acabou assimilando esse papel também, e eu particularmente acho que gestão e educação são duas coisas inseparáveis, então eu faço as duas coisas, todo mundo faz, e aí o quê que acontece (S3)

Esse mesmo supervisor descreve seu próprio processo de aprendizagem e mudança a partir do contato com o campo. Partiu de um modelo para outro e compreendeu que as várias experiências poderiam ser válidas a partir dos efeitos que ela traz para o processo de trabalho:

Não, até porque essa questão da supervisão é uma questão nova no país, não havia isso definido, entendeu? Então alguns colegas iam para o Posto e sentavam e atendiam. Eu no meu caso eu gostava de fazer reuniões de equipe. Eu levava todos os médicos para um Posto numa manhã, juntava com o Agente de Saúde... eu gostava de fazer dessa forma e aí a gente discutia os processos de trabalho, os casos e discutir naquela reunião ali com... porque eu pensava, aliás, eu penso ainda que isso é uma forma de estruturar a Rede, dos médicos se conhecerem, as equipes se conhecerem e terem essa proximidade. Então havia mais de 2, 3 formas de fazer. Com o passar do tempo a gente foi vendo que o ideal era ficar alternando, a depender dos problemas que surgissem, das demandas, porque depois com bastante tempo eu fui partir pra essa estratégia de atender no Posto e eu vi que é interessantíssimo você atender no Posto, porque você pega coisas que você não consegue pegar de outra forma, averiguar de outra forma (S3)

Uma supervisora fala da dificuldade de fazer supervisão em vários municípios pequenos, com os médicos espalhados e um tempo curto para cobrir todas as cidades e os problemas de deslocamento:

Eu acho que talvez foi um pouco de falta de percepção, na verdade do conhecimento do que é a realidade do interior, principalmente no interior. Na cidade é mais fácil a locomoção, o deslocamento. Mas no interior você tem municípios, na verdade locais onde os médicos atuam que são 20km da estrada, não é nem do município, então assim, da estrada principal, que não é a sede, são 20km de terra batida e 20 de terra batida pra voltar. Então só pra visitar esse médico você tem que destinar um turno. Então se você tem 6 médicos nesse município, você teria que ter 6 turnos no mês pra esse município, e o quê que a gente faz? A gente faz na verdade uma visita mensal pra todos porque você não vai, geralmente, não consegue muitas vezes in loco, eu tento ir, mas a gente não consegue, então a supervisão in loco, como a gente chama ela é muito variável. Às vezes a gente reúne todo o mundo pra fazer reunião ou debater temas, então, por exemplo, no município de Itatira que é 300km daqui, que era onde eu fiz o PROVAB, então eu tinha que reservar pelo menos 2 dias, porque eu tinha o deslocamento de 5 horas pra ir e 5 horas pra voltar e eu dormia lá, e aí eu tentava ir em cada Unidade e depois reunia os médicos, essa era a supervisão in loco. (S2)

Outra questão que a supervisora traz é a dificuldade de fazer supervisão ou educação permanente nesse tempo e com as dificuldades que se apresentam. O supervisor acaba sendo mediador de conflitos e da gestão de processos e não tem espaço para avançar no processo educacional:

Eu não sei se o nome "supervisão", talvez, eu acho que não é o mais adequado, porque você não faz uma supervisão. Como você vai uma vez no mês pontualmente você consegue diagnosticar algumas situações, alguns problemas, mas é muito difícil você intervir nessa situação, porque você acaba sendo um mediador também, a gestão te enxerga como...tanto no Ministério eles acham que você é do Ministério, vinculado ao Ministério da Saúde e não à UFC, por exemplo, eles não te vinculam à instituição de educação de ensino, mas sim ao Ministério, então você acaba sendo um meio termo dessa relação, então muitos conflitos as vezes que surgem entre a gestão e o médico eles chamam pra você intervir e aí muitas vezes você não consegue dar essa questão da educação permanente, de ver quais são, por exemplo, não só as deficiências técnicas como da medicina, do conteúdo, da habilidade, da competência, mas do próprio sistema, a habilidade mesmo de lidar com o sistema. (S2)

Uma entrevistada da corporação médica cita o relatório do TCU e fala do vazio de supervisores e tutores pelo país, prejudicando a efetividade do programa:

gente foi também ver o relatório do TCU, boa parte dessas localidades onde o "Mais Médicos" acontece, não tem tutoria alguma, se eu não me engano 30% dos locais onde o "Mais Médicos" hoje existe, não existe nenhum tipo de tutoria, então esses profissionais simplesmente vieram como se viessem fazer parte de um programa monitorizado (sic) e na verdade eles não têm nenhuma supervisão, e nós médicos mesmo residentes brasileiros, a gente precisa de supervisão, pros programas brasileiros também a gente tem a mesma dificuldade. O PROVAB, que é o Programa de Valorização da Atenção Básica também a gente tem aí 30% dos locais no Ceará, sem nenhuma supervisão, então acho que esses são os pontos mais relevantes que a gente questiona. (C1)

Uma autoridade nacional quando entrevistada fala da potência desses encontros:

Esses médicos, particularmente os médicos cubanos tem uma experiência e uma formação diferente e é nesse encontro nos centros de saúde, nas unidades de atenção e as equipes básicas dos centros de saúde, eles trazem um comportamento, uma habilidade, uma prática que no dia a dia se produz um intercâmbio permanente entre os médicos. E aí há um valor agregado. (A2)

Uma referência local descreve como as três grandes contribuições do Mais Médicos, a possibilidade de reunir médicos para discussão da clínica fora dos Congressos, a supervisão e a oportunidade de estender a formação para outros profissionais dos municípios cobertos pelo programa, principalmente os pequenos:

Primeiro que eu considero que é inovador é o fato de você conseguir reunir profissionais médicos fora do contexto de congresso [risos]. A Educação Permanente do médico hoje é a grande [00:20:59] através de congresso, o que é lamentável, então você colocar os pares pra conversar, pra sentar pra discutir casos, pra discutir fluxos, protocolos, enfim, eu acho que isso é uma inovação. A segunda inovação do ponto de vista da supervisão é o fato de você colocar profissionais com um pouco mais de experiência talvez, do ponto de vista da Medicina de Família e Comunidade em contato com os gestores, essa é outra coisa. Outra coisa que eu acho interessante e que foi uma das nossas linhas de atuação, tem sido uma das nossas linhas de atuação aqui na Escola é o fato da gente através das necessidades que a gente vai identificando junto com os gestores e supervisionado a gente construir uma linha de Educação Permanente para os municípios. Os municípios menores não costumam ter uma política de Educação Permanente. (R1)

Os cubanos entrevistados, embora valorizem muito o processo de supervisão, consideram o curso EAD ofertado para eles desnecessário e inadequado para suas necessidades de formação:

E essa formação que vcs fazem, ela adianta de alguma coisa, vc acha que ela muda alguma coisa na sua prática? Esse curso de especialização que vc tá fazendo, que agora vc tá fazendo o TCC? O que vc acha dele?

L: Eso é terrible! É complicado, ayuda, pero no..yo conosco há muito tempo. É uma coisa um pouco abstrata, não é muito...graças a Dios estoy terminando, viu?(MC4)

Outros afirmam:

: E com relação essa formação que vcs receberam aqui? De EAD né, vcs receberam no primeiro ano? Cada um chega, faz um curso, o que vcs acham? Quem já fez?

Todos: todos fizemos.

J: O que vcs acharam desse curso?

Al: a gente fez por obrigação. (risos)

Al: não queria fazer, nem precisava. Não aprendi nada. Só foi o trabalho, à noite. Foi uma condição que o Brasil impôs para o programa. Formação eu posso até precisar, mas não vai ser um enfermeiro com um mês de graduado dando aula pra mim. (Vários médicos em supervisão)

Ainda sobre o curso EAD, um cubano comenta:

Pra mim, ainda passa. Sou jovem ainda. Mas ele tem 50 e tem médico de 60 e 65 anos, fazendo um curso que tem umas coisas, por exemplo que tem a ver com o seguimento de uma grávida, um seguimento de uma puericultura que varia algumas coisas de Cuba, mas não tem que fazer um curso de um ano, ou fazer um protocolo. Nunca estivemos de acordo com isso, a gente cumpriu para não ser..indisciplinado. Aqui todos nós somos especialistas em atenção primária a saúde. Então, para nós foi também um pouco, não vou utilizar a palavra humilhante, mas não foi produtivo para nós. Outra coisa, isso que estamos fazendo agora, qualificação apsus, meu trabalho diário é isso. Tudo que faço no posto de saúde, na minha equipe, praticamente diário. Trabalhamos assim.

O Supervisor argumenta, no entanto, que esse curso foi montado para que o Brasil aprendesse a formar médico de família e uma resposta as corporações médicas que estavam questionando a incorporação de médicos cubanos e o revalida:

objetivo é a gente aprender a formar médico de família. Vocês entenderam? Acho até que a gente já discutiu isso uma vez aqui. Porque na verdade, tudo isso que tá acontecendo aqui, a gente tá fazendo uma preparação porque daqui a pouco nós vamos ter que fazer todo mundo especialista. Os brasileiros. E a gente não sabe fazer isso. Vocês estão passando pela primeira experiência. E esse é o motivo. Acho que esse é o maior motivo. A gente se deparou com dificuldades que vocês falaram aí. Com a questão da internet, com a questão do encontro presencial que é longe pra caramba. Isso aí pra gente foi cruel. Foi um negócio que eles sofreram muito. A gente se deparou com essas dificuldades. E além disso, tem um outro motivo da fazer o curso. Como o programa, vocês entraram no primeiro ciclo, e havia uma grande resistência da sociedade, principalmente dos médicos, o curso era uma forma de certificar, de garantir que os médicos iam ser acompanhados. Porque uma grande coisa que se falava contra é que os médicos aqui vão ficar soltos. Não que eu não ache que vocês não possam ficar soltos. Eu acho que vocês podem ficar soltos tranquilamente. Mas a gente precisava justificar para poder implantar o programa. (S3)

A supervisão do Mais Médicos nasce para atender uma demanda das corporações médicas, a partir da emissão de um registro médico provisório pelo governo. Universidades que aderiram não necessariamente tinham as condições necessárias para atender ao chamado do governo. Algumas, enviaram para os seus departamentos de saúde coletiva e o tutor nomeado chamava as pessoas com quem se relacionava melhor, sem quaisquer critérios de seleção baseados no perfil do trabalho. Por outro lado, como o desenho de todo o programa era novo e não havia

médicos de família suficientes para assumir a responsabilidade, é compreensível que as pessoas se sentissem mais à vontade para fazer escolhas menos ortodoxas. O grande problema na escolha da supervisão não é só o fato de não serem médicos de família, mas do desenho ser todo concentrado nos médicos do programa, sem o envolvimento de outros profissionais no processo e na escolha dos supervisores. Esse trabalho seria imensamente mais rico e mais efetivo para a rede de saúde local se incluíssemos na supervisão os outros profissionais da equipe, talvez em momentos intercalados e que entre os supervisores, tivessem outras profissões que pudessem auxiliar com outros olhares os fenômenos que se apresentavam no contexto de prática. Por outro lado, visivelmente esse é o momento de maior aprendizado para brasileiros e cubanos quando eles se encontram e conseguem discutir sobre seu processo de trabalho. Do que foi observado por essa pesquisa, os maiores afetados são os supervisores, que em geral são médicos experientes e tem posições de docência. Esse afetamento é reproduzido em parte em outros ambientes de trabalho em que esse sujeito faz parte, ocasionando um efeito interessante que não seria possível dimensionar aqui.

Vistas las cosas desde un punto de vista superficial, pudiera parecer que tienen razón aquellos que hablan de supeditación del individuo al Estado, la masa realiza con entusiasmo y disciplina sin iguales las tareas que el gobierno fija, ya sean de índole económica, cultural, de defensa, deportiva, etcétera. La iniciativa parte en general de Fidel o del alto mando de la revolución y es explicada al pueblo que la toma como suya. Otras veces, experiencias locales se toman por el partido y el gobierno para hacerlas generales, siguiendo el mismo procedimiento.

en el capitalismo se pueden ver algunos fenómenos de este tipo cuando aparecen políticos capaces de lograr la movilización popular, pero si no se trata de un auténtico movimiento social, en cuyo caso no es plenamente lícito hablar de capitalismo, el movimiento vivirá lo que la vida de quien lo impulse o hasta el fin de las ilusiones populares, impuesto por el rigor de la sociedad capitalista. En esta, el hombre está dirigido por un frío ordenamiento que, habitualmente, escapa al dominio de la comprensión. El ejemplar humano, enajenado, tiene un invisible cordón umbilical que le liga a la sociedad en su conjunto: la ley del valor. Ella actúa en todos los aspectos de la vida, va modelando su camino y su destino.

Che Guevara, El socialismo y el hombre en Cuba, 1965

Havana Foto: Celso Oliveira

“Capítulo 6 – Afinal, o Programa mais médicos é uma inovação? Uma inovação de Políticas Públicas?”

6.1 Inovação, trabalho médico e um mosaico de possibilidades

A literatura que explora a capacidade de retroalimentação dos sistemas de saúde e da capacidade de reinvenção desses sistemas se subdivide de forma didática em uma visão cognitiva e uma visão política dessas transformações. A fundamentação aqui adotada, no entanto, dialoga entre capacidade de desenvolvimento de políticas como um processo de aprendizagem e de geração de evidências, ao mesmo tempo que reconhece a elaboração e implementação de programas e projetos como um evento essencialmente político. Olhando para o Programa Mais Médicos e seu desenho institucional, enfocamos na potência de uma política pública como dispositivo para analisar a capacidade dos municípios de desenvolver e implementar políticas e no seu potencial de inovação para o trabalho médico no Brasil no primeiro momento.

Inovação pode ser definida de diversas maneiras, mas uma das mais recorrentes é a criação e adoção de novas ideias e comportamentos nos cenários de prática, organização e sistemas (Denis e al, 2013). A literatura aponta que existem muitos desafios na implementação de inovações relacionadas às dificuldades de implementação, adoção e abrangência das inovações que são criadas. Mais do que a criatividade de gerar novas alternativas, as dificuldades maiores estão na disseminação dessas inovações na medida e no momento necessários. Alguns autores as dividem em inovações de processo ou de serviços e tecnológicas (Atun, 2012). As primeiras – inovações de processo - estão relacionadas com as inovações de políticas públicas que nos referimos nesse estudo. Segundo Denis (2014), as inovações podem ser também divididas em inovações administrativas e técnicas, onde as primeiras se referem às novas práticas ou processos organizacionais e as segundas mais relacionadas às inovações tecnológicas, mais conhecidas e discutidas pelo termo “inovação”.

Os elementos fundamentais de uma inovação em um sistema de saúde são a sua complexidade, a intensidade de sua aplicação e a natureza imponderável da sua adoção e aplicação local. E é no sistema de adoção local, no momento da aplicação das várias teorias formuladas no desenho da política que uma iniciativa pode ou não se tornar uma inovação, a partir de sua relação com o contexto, com as

transformações do objeto e com a receptividade ou não do desenho da inovação pelos atores que compõem o campo de prática¹⁵.

Na visão dos formuladores, supervisores e outros atores implicados

De acordo com os entrevistados, o desenho do programa foi muito inovador. Sua magnitude, o enquadramento nas regras internacionais, a junção de experiências e conhecimento acumulados por outros países e adaptados para o contexto local, o modelo de contratação coletiva com a mediação da OPAS, dentre outros.

Para um entrevistado, a ideia de provimento em lugares remotos inicia com a Estratégia de Saúde da Família, mas o PMM inova na magnitude, conseguindo atingir áreas remotas até então não beneficiadas:

Acho que a ideia é muito boa. No fundo no fundo ela já existia antes com as equipes de Saúde da Família. O grande problema sempre foi chegar na ponta, nos lugares mais remotos e mais inóspitos e as gestões locais. Esse programa ele teve o grande mérito de conseguir uma provisão de médicos. Ele ultrapassou a cota. Ele tem mais de 100% de cobertura. Então ele conseguiu botar na ponta, lá na pontinha mesmo o médico. E as avaliações, por exemplo, mostram que a presença do médico, mesmo sem as condições ideais, ela é positiva na medida que o sujeito tem a visão de Atenção Primária realmente, então dá pra se fazer mesmo sem ter condições ideais. (S1)

Para outro entrevistado, o Mais Médicos é uma inovação pelo tamanho, pela velocidade com que foi implantado, pelo desenho e pelo mecanismo de discussão pública adotado que deu espaço para interferência de outros atores:

Sim, eu acho que foi uma inovação. O modelo Mais Médicos no Brasil foi uma inovação. Primeiro pelo tamanho, montar uma operação desse tamanho em um país, acho que não existem precedentes. Operação desse tamanho e com essa velocidade. Segundo, porque o mecanismo de discussão pública foi muito amplo, por mais que o governo no final das contas não fez uma, digamos, não tiramos a parte. O governo discutiu no parlamento amplamente o assunto. Então foi conhecido os termos em que foi feito. Então me parece que também foi uma coisa meio inovação porque esses programas, muitas vezes, passam simplesmente, devido à oposição das corporações médicas e outros passam muitas vezes despercebidos ou se conhecem depois. Nesse caso foi conhecido publicamente. Terceiro, porque originalmente tiveram um cálculo sobre como fazer que depois não foi cumprido, mas que foi, digamos,

¹⁵ Esse referencial de inovação é epistemologicamente contrário ao referencial marxista e desconstrucionista que utilizamos nessa tese, mas acho importante utiliza-lo já que a questão geradora do estudo tem como um dos pontos centrais o caráter inovador do PMM.

teoricamente, e por isso deu um certo resultado muito positivo. Então, me parece que todas essas coisas são uma inovação. (A6)

Outro entrevistado fala sobre o desenho inovador da política salientando os aspectos de educação em serviço, apoio técnico, apoio clínico, incentivo financeiro, as medidas regulatórias e a combinação de elementos propagados pela OMS para fixação de profissionais de saúde:

A outra coisa de inovação é justamente o fato de o programa ter conseguido reunir e unir várias das estratégias que são estratégias importantes, colocadas em vários documentos da Organização Mundial de Saúde de questões que são utilizadas para prover e fixar profissionais de saúde. Tem medidas educacionais, a especialização, a supervisão. Tem medidas de apoio técnico, apoio clínico, o teles saúde, o próprio acompanhamento dos profissionais das Universidades. Tem medidas regulatórias, os 10% da residência paga e tem incentivo financeiro. Então o Mais Médicos também combina aqueles quatro elementos que a OMS coloca que tem que ser combinados e deste jeito no Brasil é a primeira vez que consegue combinar todas essas questões (A5)

A centralização da contratação de profissionais médicos pelo modelo de cooperação para uma entrevistada é uma inovação:

o Programa Mais Médicos, que facilitou a vida dos gestores municipais, porque anteriormente ao Programa como os contratos eram individuais e feitos por cada secretaria, havia uma concorrência muito grande entre as prefeituras, e às vezes uma variação pequena de salário já motivava um médico que estava trabalhando num município X ir pro outro se o Y pagasse 100 reais, 200 reais a mais, dele mudar, então isso também era um agravante da instabilidade, da rotatividade dos médicos que existia, e com esse modelo de cooperação, não só com Cuba, mas a forma de gestão do "Mais Médicos" faz com que você tenha uma regra mais constante pra contratação dos profissionais (A9)

Para um dos entrevistados, a organização do governo federal para realizar o provimento, a articulação com pares, o envolvimento de 07 ministérios foi uma inovação administrativa:

E tem inovação do ponto de vista administrativo, não tinha nada parecido no governo federal que é essa lógica do recrutamento, provimento, formação etc. E tanto é que teve que envolver aí 07 ministérios. (A5)

As dificuldades administrativas também eram grandes, sete ministérios envolvidos, uma estratégia impressionante de emissão de vistos, de abrir conta, de conseguir fazer o acompanhamento de 18240 profissionais, lembrando que 13000 vieram no primeiro ano, 11500 no primeiro ano. 11500 pessoas em menos de 6 meses para você distribuir em território nacional, tem uma dimensão logística, abrir conta, etc. e tal. Então isso foi muito difícil. Mas teve um comando muito importante que a casa civil reuniu sete ministérios, o exército, a FAB e por aí vai indo (A5)

Para outro entrevistado, o inovador do mais médicos é, para além da magnitude no provimento emergencial, uma mudança importante na formação médica, a partir da intervenção nas matrizes curriculares, universalização das residências médicas e interiorização da formação:

Não tem similitude em escala internacional, de um programa de provimento emergencial desse tamanho e que também coloque, porque o mais interessante do Mais Médicos, Juliana, é que ele tem uma dimensão de provimento emergencial, mas ele entra, como é que eu diria assim, ele age estruturalmente nos problemas relacionados ao provimento de médico à medida em que ele mexe na formação médica, ele mexe nas diretrizes curriculares para a formação médica, ele aponta a universalização da residência médica, situação para 100% dos egressos, trabalha com a ideia de interiorização, tanto da formação como da residência, que são fatores determinantes para a fixação desses profissionais e tem uma perspectiva de resolução do problema do provimento médico no país, a médio e longo prazo. Por isso que eu acho que ele é profundamente inovador porque ele é de uma ousadia, ele é de uma... é assim: conseguir produzir, em um curtíssimo espaço de tempo, um programa de provimento desse tamanho e, ao mesmo tempo, mexer estruturalmente nos determinantes do problema, raramente se encontra uma estratégia de intervenção governamental dessa magnitude. (A1)

Outro entrevistado reforça a ideia de que o PMM ocasionou uma mudança cultural na valorização da Atenção Primária, da disseminação de suas ideias entre médicos e população brasileira:

Sim, no Brasil sim. Outros países já adotaram um programa de provimento, países como o Canadá, mesmo a Inglaterra que tem de médicos, a Austrália já vem adotando a muito tempo. Agora no Brasil houve resistência pela corporação médica, por ter médicos que não são formados dentro do Brasil, mas ele acabou trazendo muitas coisas de positivas, desde a questão do provimento, desde a mudança cultural da própria população e do entendimento do que é uma boa Atenção Primária, então acho que foi uma inovação que precisava ser feita. Já tinha alguns ensaios, mas enquanto política pública ela sem dúvida nenhuma foi um marco. Foi um marco importante na saúde pública do Brasil. (T1)

Para uma referência local, o programa coloca a medicina em cheque e questiona qual o papel do médico hoje:

Eu acho que essa questão cultural também, sabe? De trazer um pouco o significado da figura médica. Qual que é o significado da figura médica hoje? Será que é aquela figura, um semideus mesmo ou não? Eu acho que ele traz um pouco disso. (R1)

Para essa mesma referência, a grande inovação dos mais médicos é a estratégia de formação em serviço que foi capaz de reunir médicos fora dos Congressos para discutir e aperfeiçoar a clínica, colocar profissionais com mais experiência em Medicina de Família e Comunidade com os gestores, como estratégia de formação do gestor também. Para o local, a construção de uma linha de Educação Permanente para os municípios baseada nas necessidades identificadas pelos gestores e disseminar o uso das metodologias ativas na formação médica do Ceará:

Primeiro que eu considero que é inovador é o fato de você conseguir reunir profissionais médicos fora do contexto de congresso [risos]. A Educação Permanente do médico hoje é em grande parte através de congresso, o que é lamentável, então você colocar os pares pra conversar, pra sentar pra discutir casos, pra discutir fluxos, protocolos, enfim, eu acho que isso é uma inovação. A segunda inovação do ponto de vista da supervisão é o fato de você colocar profissionais com um pouco mais de experiência talvez, do ponto de vista da Medicina de Família e Comunidade em contato com os gestores, essa é outra coisa. Outra coisa que eu acho interessante e que foi uma das nossas linhas de atuação, tem sido uma das nossas linhas de atuação aqui na Escola é o fato da gente através das necessidades que a gente vai identificando junto com os gestores e supervisionado a gente construir uma linha de Educação Permanente para os municípios. Os municípios menores não costumam ter uma política de Educação Permanente. As capitais dificilmente têm, imagina os municípios menores, então isso é uma coisa que a gente vem trabalhando, tensionando com eles pra a partir daí fazer pelo menos um pontapé inicial do que seria uma política de Educação Permanente, eu acho que isso é outra coisa interessante. E dentro dessa perspectiva de reunir profissionais médicos você trabalhar metodologias ativas, eu acho isso outra coisa interessante, então você sair só da questão da exposição dialogada, trabalhar problematização, trabalhar PBL, levar conceitos próprios da Medicina de Família pra médicos recém-formados ou até mesmo médicos com mais experiência, mas que não tinham se apropriado ainda de instrumentos próprios da Medicina de Família, eu acho que é outra coisa interessante.

Na mesma direção esse entrevistado afirma:

Tanto pela ousadia de levar médicos para onde não tinha médicos, é uma inovação porque muda e abre perspectiva de novas vagas de medicina e com regras transparentes e com... invertendo a lógica, o governo quem diz onde precisa ter cursos de graduação em medicina e diz como que as instituições devem participar e quais são os compromissos que elas devem honrar, quais são as regras que elas devem cumprir, então muda, é inovador nesse sentido, porque dá transparência, porque leva pro interior do país a abertura de cursos de graduação em medicina, descentraliza, na verdade desconcentra os cursos de medicina. Se você olhar o "Mais Médicos" aumenta muito no norte e no nordeste, no centro-oeste, pouco, proporcionalmente é muito menos no sudeste, no sul cresce também, então é inovador. E na formação você tem uma inovação gigante, enorme, porque você consegue universalizar a residência, transformar a Medicina Geral de Família e Comunidade como pré-requisito pras outras especialidades, você cria o cadastro de especialistas, você transforma em lei as diretrizes curriculares, é uma mudança radical e muito inovadora.(A3)

A possibilidade de troca de experiência e conhecimento com médicos estrangeiros também foi vista como inovadora por uma entrevistada:

a outra oportunidade que esse convênio gera é a oportunidade da troca de experiência, da troca de conhecimento entre esses médicos cubanos e médicos estrangeiros de outros países e a medicina brasileira, eu acho que é uma oportunidade que se tem de crescimento mútuo, crescimento compartilhado de ambas as partes.(A9)

Outro entrevistado afirma que uma inovação foi a construção de direito novo, já que no Brasil não havia nada nesse sentido em experiências anteriores:

Então, teve uma espécie de construção de direito novo, digamos assim, o programa teve que se construir a partir de referências internacionais, não tinha nada no Brasil que parecia antes e essa dificuldade foi enfrentada a contento (A5)

A Cooperação através da OPAS também foi considerada, por esse entrevistado uma inovação. Pois o modelo foi replicado depois pela própria organização em missões em outros países:

De um lado, a lógica do termo de cooperação, Cuba já estabeleceu essa relação com mais de 60 países. Então nesse ponto de vista, quem tinha o acumulado era Cuba. Só que nossa cooperação foi com a OPAS. A OPAS nunca tinha feito esse tipo de cooperação. Ou seja, construir um termo de cooperação com a OPAS que permitia fazer cooperação com vários países. Fizemos só com Cuba, porque Cuba colocou seus funcionários para poder atuar no Brasil. Mas, para a OPAS, por exemplo, essa é uma inovação. Tanto é uma inovação que a OMS usou essa inovação para a organização com Cuba no Ébola e tem pensado para fazer uma força de saúde mundial para cuidar de situações endêmicas, de catástrofes etc (A5)

Um dirigente internacional fala que a maior inovação feita pelos mais médicos foi a capacidade de apropriação cubana, dentro do jeito brasileiro de fazer política, a capacidade de usar uma coisa externa sem se tornar dependente dela. O Sistema é meu, o médico é que é cubano, disse ele:

Em vez que essa coisa de fora matasse o meu modelo eu consegui fortalecer o modelo com isso esse é pra mim o "lance" inovador do Mais Médicos, se eu posso dizer que é inovação. É aquela capacidade de usar cooperação cubana, cooperação externa para fortalecer o meu modelo e não pra ser... e essa talvez seja a coisa mais bonita, poderia ser a coisa da cooperação sul-sul uma das suas características dessa coisa [...]então, mas poderia ser isso, a cooperação sul-sul tem como característica o fato que... de ser paritária ou então de alguma forma da capacidade de aproveitar do que eu tenho e de não ser dependente, ou seja, a capacidade de usar uma coisa externa sem me tornar dependente dele, porque eu sou dependente do médico cubano, mas uma vez que eu tenho o meu médico eu tô tranquilo. O médico não faz

o meu sistema, o médico faz o sistema funcionar, o sistema é meu, o médico é que é cubano, mas o sistema (A7)

Na visão dos avaliadores externos

Uma pulverização de estudos e avaliação de impacto distribuídos por todo o Brasil, plataformas virtuais, teses de mestrado e doutorado, estudos de governo, vídeo-documentários, instituições parceiras e não parceiras, inquéritos internacionais, redes multicêntricas, observatórios, apresentações científicas, produções coletivas e individuais dos percursos, processo, resultados e efeitos de uma política que inquietou a saúde pública do país para o bem e para o mal. Todos construídos como estratégia de convencimento, ou de fiscalização, de negação e de aprendizagem sobre o que foi esse fenômeno de distribuição em massa de médicos no país.

As avaliações feitas até agora transitam entre a demonstração de que o PMM inovou em vários aspectos e demonstrar que o efeito da política não atingiu o que se pretendia. Carvalho et al (2016), demonstra que dentre as recomendações da OMS, que foram divididas pelos autores em *quatro categorias: i) educação; ii) aspectos regulatórios; iii) incentivos financeiros; iv) apoio profissional e pessoal* (Carvalho et al, 2016, 2776), somente a categoria incentivos financeiros foi completamente atendida que diz respeito a incentivos financeiros com sustentabilidade fiscal. A categoria apoio profissional e pessoal que está subdividido em melhoria das condições de vida, ambiente de trabalho seguro e de apoio, apoio solidário, programas de desenvolvimento de carreira, medidas de reconhecimento público e redes profissionais, somente sobre o ambiente de trabalho seguro e de apoio foram tomadas medidas na reestruturação das unidades. Com relação à categoria educação que foi subdivida em: estudantes de origens rurais, escolas de saúde para profissionais fora das grandes cidades, escalas clínicas em áreas rurais durante os estudos, currículos que refletem problemas de saúde rurais, desenvolvimento profissional contínuo para os trabalhadores de saúde rurais, somente este último e criação de escolas de saúde para profissionais fora das grandes cidades foram alvo das ações do PMM. Com relação à regulação, que foi dividido em alcance ampliado do campo de prática, diferentes tipos de trabalhadores de saúde, serviço obrigatório e educação subsidiada em troca do serviço, o Programa desenvolveu estratégias para as duas últimas questões. Miranda et al, 2016, em um estudo exploratório, aponta que

o PMM no seu primeiro ciclo preponderou o caráter substitutivo dos médicos pelas prefeituras e não encontrou mudanças significativas no aumento de acesso em comparação com outros municípios que não receberam o programa. Girardi et al, 2016, aponta que não houve ampliação do escopo de prática, apesar de em outro estudo Girardi et al, 2016, reconhecer que houve diminuição da iniquidade na distribuição de profissionais de saúde. Ainda sobre iniquidades, Giovanella et al, 2016, aponta que as unidades priorizadas para a alocação dos médicos eram do tipo A e B, ou seja, eram as melhores unidades do município. Comes et al, 2016, avaliou a satisfação do usuário e os resultados foram positivos para as categorias de comunicação, relação médico-paciente, tempo de espera, respeito a privacidade e tempo de consulta. Segundo Oliveira et al, 2016, com relação à distribuição de médicos obedecendo critérios de prioridade, entre os municípios que aderiram ao programa, 2377(62,8%) atendiam a algum critério de prioridade ou vulnerabilidade e 1408(37,2%) não atendiam, assumindo a categoria de “demais municípios”, o que não constava das regras do programa inicialmente. Gonçalves et al, 2016, afirma que o PMM avança na redução da rotatividade de médicos e na construção de vínculos, mas a razão de médicos e a cobertura de ESF não mudou significativamente após a implantação do Programa. Thumé et al, 2016, afirma que a formação à distância oferecida aos médicos foi valorizada significativamente por seus entrevistados, o que não se confirmou nesse estudo.

Discutindo o modelo de inovação e para além dele

Figura 6: Efeitos da cooperação no trabalho médico em múltiplas dimensões

A figura acima procura demonstrar as dimensões conceituais dos efeitos em uma tipologia que envolve transformação, inovação e invenção atravessando os contextos de política, atores e prática. Nos retângulos estão alguns dos exemplos de como em macro ou micro dimensões sobre como o PMM teve efeito no trabalho médico a partir da cooperação Cuba Brasil.

A análise dos efeitos de uma política, a partir dos contextos de Ball foi criticada na literatura, fundamentalmente pelos neomarxistas que achavam que era necessária uma teoria de Estado melhor delineada. Ball, segundo Mainardes (2006),

concordou com as críticas de Henry, mas reiterou o contraste entre o “desordenamento” que caracteriza a realidade das políticas e a abordagem macro analítica, preocupada com a análise de questões mais amplas (por exemplo, o Estado e suas relações com o capital, as relações das respostas locais com a agenda do Estado etc.)., Com base na perspectiva pós-estruturalista, ele destaca a importância de se considerar a disputa e a resistência para o desenvolvimento de uma teoria da e para a mudança (MAINARDES, 2006, p.57).

É nesse pêndulo entre o pluralismo e o marxismo, entre a produção e o desejo, que discutiremos o tema do trabalho médico e a cooperação cubana, sob o disparador do Programa Mais Médicos. É nesse desordenamento dos conceitos e práticas que transitam em cada contexto que a política cria forma e materialidade. Afinal, como diria Deleuze & Guatarri, “toda produção é desejante e todo desejo é produtivo” (DELEUZE & GUATARRI, 2010).

É a partir dessa produção desejante que se observam os vários aspectos trazidos pelos atores dessa pesquisa e suas contribuições para uma tipologia da inovação do trabalho médico, efeitos de invenção e resistência para o trabalho médico.

A pesquisa, aqui desenvolvida, atravessa contextos e é atravessada por eles guardando um olhar cuidadoso sobre três dimensões fundamentais: inovação, transformação e invenção. A inovação já anteriormente descrita, é categoria que nasce no bojo das teorias mais funcionalistas e admite que existiria uma função para a política, uma utilidade e uma capacidade de mudança incremental. Política pública esta que teria de cumprir alguns requisitos para ser considerada inovadora, como o fato de ser aceita no sistema de adoção, de ser adequada ao contexto e ao problema e que teria que dependeria da capacidade receptiva das instituições, cognitivas e sociais para serem implementadas e consideradas realmente inovação (Denis et al,

2002, Atun et al, 2012). A invenção, por outro lado, tem uma caracterização pós-moderna, se afina com processos de resistência e produção de sujeitos e admite que as transformações acontecem nos espaços moleculares. As ações, nesse sentido, seriam absolutamente originais e se aproximam do conceito de criação (Costa, 2009). A transformação, por sua vez, nasce no escopo das teorias marxistas e neomarxistas, nos pós-modernos de esquerda e acreditam que as mudanças se dão nos espectros molares, na dimensão da macro política e os mecanismos de ação são radicais. (Santos, 2012, Navarro, etc).

Diante dessas dimensões, construímos uma tipologia que observa o Programa Mais Médicos, a cooperação cubana e seus efeitos sobre o trabalho médico da seguinte forma.

6.2 Transformação

6.2.1 Transformação histórica

A transformação do trabalho médico vem sendo construída no cenário brasileiro há alguns anos por um grupo de atores que questionam a estratificação técnica e social da medicina, se diferenciando de seus pares por uma adesão as políticas de mercado e por um isolamento de classe que cresce com o advento das tecnologias médicas.

Segundo Schraiber, a industrialização e a urbanização correlata com a produção de bens e serviços, na diferenciação destes, na repartição do trabalho e especialização de qualificações escolares, alterou os padrões de vida e suas polaridades. Criou novos estratos sociais, originou o consumo de massa e alterou as possibilidades de transformar a vida tornando a vida mais repleta e o viver mais difícil. A medicina fez-se profissão na transição entre os tempos; e desenvolvendo-se, diversificou, transformou e mudou de tal modo a configuração da prática que se perdeu nessa complexidade. (SCHRAIBER, 1993, p.148/149)

Como resposta a esse isolamento e à incorporação das ideias de mercadoria e consumo nas práticas médicas, um grupo de sanitaristas construiu um arcabouço teórico, antenado com as concepções internacionais da nova saúde pública, do movimento de mulheres e das revoluções pós maio de 1968 e pós ditadura na América Latina, voltado para uma medicina social, transformadora e radical de preservação da vida e do trabalho como agente de mudança. Enxergando a medicina

como prática social, esses autores reconhecem o caráter eminentemente político do trabalho médico e de seu compromisso com a transformação social. Os autores brasileiros são Donnangelo, Schraiber, Arouca, Bento Gonçalves, dentre outros. A medicina social vem perdendo terreno no Brasil, mas a estratégia de saúde da família é, ainda, uma herança importante brasileira desse movimento. Programas como o Mais Médicos podem ser fortalecedores dessa visão preconizada pelos autores referidos através do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, da medicina distribuída os espaços de exclusão e invisibilidade. Não opera, no entanto, nas dimensões do subfinanciamento das políticas do SUS, dentre elas as de gestão do trabalho, construção de uma carreira do profissional médico, da descentralização da figura do médico nas relações de trabalho e não diminuem as desigualdades em saúde, considerando que saúde é determinada socialmente. É importante dizer que programas como o Mais Médicos não resolvem os problemas de gestão do trabalho em saúde no país. Não vão ao cerne da questão das formas de contratação, definição de carreiras, plano de cargos e salários, cenários de práticas compartilhadas e interdisciplinaridade. Reproduz a dependência dos serviços a categoria médica e não resolve o problema da fixação do mesmo nos espaços distantes. Embora o programa abarque outros eixos como o investimento na interiorização da medicina, a proliferação de faculdades privadas não garante a qualidade no ensino médico ou tão pouco a formação voltada para as necessidades de saúde dos serviços, gerando o risco de inchar os grandes centros especializados do país com a mão de obra que vai migrar para fazer a medicina que foi treinado para fazer.

6.2.2 Impacto nas relações macro políticas – Cooperação Sul-Sul

A cooperação Cuba- Brasil fortalece as relações solidárias entre pares, se filia a uma visão pós-colonial de oposição, que acredita que temos que enfrentar o poder hegemônico dos países capitalistas a partir de acordos bilaterais ou multilaterais que fortaleçam a autonomia e a soberania dos países mais vulneráveis, compartilhem riquezas e desafios. Alguns autores, como Huish, trabalham com o conceito de solidariedade para a transformação social, com apoio mútuo e trocas financeiras ou bens e serviços, visualizando na internacionalização do trabalho médico uma estratégia de solidariedade e de luta contra hegemônica, ao mesmo tempo. Para Feinsilver, essa contra hegemonia se dá através do chamado *soft power*, ou

interesses diplomáticos para construir uma imagem vendável no jogo de negociações globais. Isto ou aquilo, são visões semelhantes de uma atuação de autopreservação ou empoderamento. Na visão de outros teóricos, no entanto, os médicos cubanos estariam sendo transformados em mercadoria, vendendo seus corpos em troca de óleo ou dinheiro no Market global. O Brasil estabeleceu uma relação direta financeira com Cuba porque era o país que tinha mão de obra para exportar, já era um parceiro comercial no ramo de aviões e se afinava ideologicamente com o grupo político no governo, à época, que procurava posicionar o Brasil entre as potências emergentes na disputa internacional. Para os cubanos essa dimensão é essencial para o seu trabalho como missionários da medicina, para os brasileiros, trouxe um terreno de incertezas, um estranhamento com o modelo econômico e social, um questionamento do papel do médico na sociedade e da relação entre liberdade e consumo, uma indignação pela relação de controle estabelecida sobre a vida do médico cubano e uma inflexão sobre os modelos médicos tecnologia dependentes nacionalmente adotados. No atual governo interino do presidente Michel Temer essa relação se fragiliza e as bases de parceria não são as mesmas. Provavelmente, nos próximos anos os médicos cubanos serão todos substituídos por brasileiros ou estrangeiros de outras nacionalidades. O atual governo não tem interesse de estreitar relações com o governo cubano.

6.2.3 Ampliação do Papel do Estado

Ampliação do papel do Estado e defesa de um projeto político de poder - o governo que idealizou o Mais Médicos tinha um projeto de poder. Era voltado para a construção de uma democracia de esquerda que usava a ampliação do consumo e de criação de políticas sociais como estratégia de inclusão. Acreditava nas transformações incrementais e investia fortemente em uma ampliação do capital financeiro do país, ampliando o investimento no capital social. Era um governo que transitava entre as políticas reformistas como o Mais Médicos e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, ao mesmo tempo que abria espaço para a entrada do capital estrangeiro no país, construía usinas em áreas de preservação ambiental e permitia a entrada do capital em terras indígenas. Para a medicina, o projeto de poder tinha inclinações da medicina social, favoreceu agentes de saúde, abriu espaço para estratégias contra hegemonias como a educação popular, políticas de gênero, raça e

etnia. A atenção primária foi privilegiada e junto dela os planos de saúde privados. O governo transitava entre mudanças incrementais e mais radicais, e sua intervenção sobre o trabalho médico foi mais conservadora. A criação da lei dos Mais Médicos, como criação de um novo direito sobre o provimento e sobre a formação médica, a ampliação do papel do estado nas políticas reguladoras da formação e do provimento foram conquistas do governo para a reorganização do trabalho médico no Brasil, mas só poderiam ser consideradas transformadoras se modificassem a forma de fazer gestão do trabalho médico, com políticas de contratação e fixação mais permanentes, se o financiamento do sistema público fosse maior do que o do privado e se a organização do serviço brasileiro privilegiasse um desenho de sistema realmente universal, se as especialidades médicas fossem reguladas pela necessidade de saúde da população e não pelas necessidades da corporação. As razões que explicam essa falta de radicalidade nas ações da força de trabalho guardam relação com o governo de coalizão que o projeto de poder teve que exercitar para garantir a governabilidade. Apesar da vitória eleitoral de Luiz Inácio Lula da Silva ter levado o partido de origem trabalhista ao poder, teve que fazer inúmeras concessões em nome das alianças com modelos programático e ideológicos quase opostos ao governo em questão. Com a subida ao poder do atual PMDB, as pequenas conquistas que o governo de coalizão direita esquerda tinha conseguido tem sido desmontas cotidianamente em um triunvirato dos representantes de elite Executivo, Legislativo e Judiciário.

6.3 Inovação

6.3.1 Desenho da política – magnitude e adequação

O Programa Mais Médicos foi muito bem desenhado, a partir de um conjunto de experiências internacionais acumuladas e analisadas pelos idealizadores do programa, visitas técnicas e diplomáticas, apropriação do regramento sobre fixação de médicos, internacionalmente definidos pelas agências internacionais, preocupação com a manutenção dos pactos de importação não predatórias, negociação com os pares, observação de estratégias de formação, de investimento em estrutura e acompanhamento através das instituições de ensino. As estratégias de cooperação com a mediação da OPAS permitiu, ao Programa, uma envergadura estratégica para o que se desejava alcançar. O desenho de distribuição, levando em consideração as áreas e povoados que não tinham médicos, os critérios de distribuição que consideravam IDH, distância e problemas sociais também foram chave na formatação dessa política.

6.3.2 Implementação da política ou sistema de adoção

A implementação se deu em larga escala, com muitos atores envolvidos ao mesmo tempo, em um esforço de governo nunca antes visto. As esferas de governo federal, estadual e municipal, prefeitos de diferentes partidos, setores governamentais diversos e Organismos Internacionais, parcerias de esferas de governo e parte da sociedade que se mobilizou para receber esses médicos em suas comunidades. A capacidade receptiva variava de localidade para localidade e não estava relacionada somente a pobreza das cidades que recebiam o programa, mas ao valor e à prioridade que eram dados a ela. Dos dois municípios em que fiz visita de campo, o município que demonstrava melhor estrutura não era o município com melhor capacidade de acolher e reorganizar suas práticas a partir do contato com o programa. Gusso, 2017, relata o exemplo da prefeitura de Jandira que foi reorganizando seu serviço, melhorando as condições de trabalho a partir da entrada dos médicos:

Com a chegada dos médicos, o município tem aos poucos reformado as USIs, contratado as enfermeiras que necessita para completar as equipes e organizado toda a rede de atenção. Algumas gerentes de USIs que trabalham há anos no município relatam que nunca viram um médico ficar as 40 horas semanais em uma unidade (GUSSO, 2017)

Apesar do investimento uni profissional, a presença desse sujeito que chega, muitas vezes de lugares além-mar, age como um disparador de ações em cadeia que transformam a capacidade de agir sobre a saúde daquele município ou daquela comunidade. As instituições de ensino, os supervisores e as estratégias de educação permanente, funcionaram como um potente reorganizador de práticas também, a partir do contato com os gestores, das possibilidades de reflexão sobre os aspectos administrativos, pedagógicos, emocionais e políticos do trabalho médico no território. A visão da tenda invertida, onde o mestre vai a tenda do aprendiz, porque na realidade são dois aprendizes, e a distribuição geográfica de acompanhamento pelas universidades também deu força a esse projeto. Por outro lado, a distribuição geográfica era por adesão, cidades com muita necessidade não aderiram ao programa, priorização de unidades de saúde de tipologia A e B em algumas regiões de saúde em vez das de menor estrutura, médicos em lugares de IDH alto ou com presença de muitos médicos, vazios de supervisões, supervisores e instituições de ensino despreparadas em tecnologias e pessoal para assumir a responsabilidade de acompanhamento do projeto. Categoria médica insatisfeita, apelos reiterados na mídia, disputas nas audiências e nos congressos.

6.4 Invenção

6.4.1 Encontros e Redes de afetos e Construção de novos sujeitos

Os encontros se deram das mais diversas formas e foi a maior riqueza dos relatos. Supervisores que questionavam a adequação do programa e achavam uma tática eleitoreira, de repente são tomados por uma reflexão sobre seu papel, sobre sua prática cotidiana, sobre seu escopo e o que tem priorizado. Universidades que, por alguma razão escolheram médicos de outras especialidades para a tutoria ou supervisão e se viram atravessados por territórios despedaçados e experiências de resistência que se tornaram suas histórias também. Médicos cubanos que não entendem os brasileiros que vivem mergulhados no mundo da tecnologia, mas que de repente descobrem que há uma Estratégia de Saúde da Família, em que existe uma equipe para ser parceira, em que há agentes de saúde distribuídos por todo o país e que a construção de vínculos também se dá nesses espaços. Os espaços de troca

que ocorriam nas supervisões, a convivência entre médicos brasileiros e médicos cubanos que diminuiu a distância de classe e perspectiva, a partir desse encontro. Dos espaços de dança e partilha que eles criaram juntos, por estarem ali, convivendo em um mesmo território. A partir desse encontro, também se deu o olhar para si e a possibilidade de se pôr em análise.

6.4.2 Reinvenção das práticas cotidianas

Um dos entrevistados fala da potência que foi o programa de importação de médicos no Brasil pela preservação do modelo brasileiro com a chegada da missão cubana. A reinvenção das práticas se deu aí, a possibilidade de troca também. Os cubanos nos ajudam a ampliar o escopo de práticas, a partir do momento que põem em cheque a possibilidade que um médico de atenção primária tem de intervir de forma a diminuir realmente o quadro de superlotação de hospitais e desorganização da assistência especializada o Brasil. O estudo de Girardi, 2016, demonstra que os cubanos sabem fazer bem mais procedimentos:

Já com relação aos procedimentos que os médicos declararam saber fazer, o padrão observado quanto ao sexo, porte e distância do município foi semelhante àquele observado para os realizados. Entretanto, foi relatado saber fazer maior número de procedimentos por médicos cubanos e de outras nacionalidades, formados no exterior, que possuem título de especialistas, que tinham maior tempo de atuação na APS e que atuavam nas regiões Norte e Sudeste. Não houve diferença entre eles quanto ao tempo de graduação e ao de atuação na UBS (GIRARDI ET AL, 2016, p.2744)

Mas não houve mudança do escopo de prática, provavelmente devido à falta de estrutura das unidades:

Entre os motivos apresentados pelos médicos para não realizar, na UBS, os procedimentos e as atividades que relataram saber fazer, ressalta-se a falta de materiais e a infraestrutura inadequada, citada por 87,3% dos participantes. (GIRARDI ET AL, 2016, p. 2744)

O mesmo foi observado nos relatos dessa pesquisa, mas o fato da ampliação não ocorrer, não quer dizer que não haja movimentação para a discussão dessas questões que foram reiteradas pelos cubanos diversas vezes nas entrevistas e nos encontros de supervisão. O olhar do outro é um agente de transformação e as reportagens especiais do Profissão Repórter e da Globonews na maior rede de

televisão do país, deram visibilidade a essa medicina que se realiza nos espaços afastados pelos rios, pelo sertão, pelas serras, pela pobreza e pela exclusão.

Os cubanos também têm legados das tecnologias de serviço que, aos poucos, fomos desenvolvendo, como o desenho do sistema, as redes de atenção à saúde, os sistemas de informação, as inovações tecnológicas (incluindo medicamentos) e o trabalho em equipe multiprofissional. Infelizmente, essa foi uma das lacunas desse Programa. Perdeu grande oportunidade de transformar a supervisão em uma janela de transformação das práticas e dos serviços de saúde no Brasil se tivesse envolvido supervisores não médicos e profissionais da equipe nos espaços de encontro. Pelas frestas, pelas dobras das intervenções clínicas, os profissionais não médicos foram afetados por esses encontros. Mas poderia ter saído do escopo tímido da clínica oficial e poderia ter adentrado pela clínica do sujeito. Ampliando o espectro de articulação, possibilitando uma real intervenção sobre a clínica de atenção primária desse país. Afinal, segundo Costa, formação e invenção guardam estreita relação uma com a outra e é nesses espaços de formação que a gente se transforma e outro sujeito emerge:

O processo histórico da hominização mostra que as culturas e as sociedades tanto são transmitidas de uma geração para outra quanto, a todo momento, são reinventadas por processos educativos-formativos. Nesses termos, formação e invenção parecem guardar estreitas relações, a ponto de não podermos pensar os processos que lhes dão substancialidade como dissociados uns dos outros. Em suma, tudo se passa como se, de alguma maneira e em alguma medida, a formação envolvesse a invenção e vice-versa. (Costa, 2009, p.40)

Quadro 5: Reflexão sobre os efeitos do PMM no Trabalho Médico

	TRANSFORMAÇÃO	INVENÇÃO	INOVAÇÃO
PMM COMO UM TODO	O Programa Mais Médicos não opera na dimensão da transformação. Não modifica a relação público privada, investe em faculdades privadas como solução para a interiorização da medicina. Ademais, reproduz as relações de trabalho precárias, as estratégias de organização do	O Programa Mais Médicos é uma invenção porque mexe com todo o aparato de comunicação, pesquisa e governo, bem como sociedade e seus representantes. O programa constrói subjetividade à medida que as pessoas passam a	O Programa Mais Médicos é uma inovação, a partir de seu desenho que envolve as dimensões de fixação nas 3 dimensões formação, infraestrutura e provisão de médicos com equidade. Também é uma inovação pela magnitude e pela velocidade em que as estratégias foram implantadas. É também

	trabalho em saúde voltadas para o mercado não foram objetivo do Programa	direcionar seu tempo, energia e saberes para provar se esse projeto funciona, não funciona, satisfaz ou não a população, muda ou não o quadro de indicadores. Cria uma inflexão na política brasileira e coloca a gestão do trabalho em saúde na agenda do país.	uma inovação por ter construído um sistema de adoção da inovação, envolvendo prefeitos, secretários, legislativo e 07 ministérios, caracterizando um trabalho intersetorial e intrasetorial articulado e coordenado. É também uma inovação por ter sido divulgado e debatido em audiências públicas, com negociação explícitas dos atores.
COOPERAÇÃO CUBA BRASIL	A cooperação Cuba Brasil, apesar de investir na cooperação sul-sul, colaborando com um país que luta contra embargos econômicos pelo regime de sociedade que adota, não modifica a relação de mercado, mão de obra em troca comercial, pessoas que tem suas vidas controladas por um regime ditatorial. E no Brasil, as dimensões da clínica médica voltada para o mercado, excesso de exames e a lógica do empreendedor não se modificam, pois dependem de uma mudança da estratégia de contratação médica, na estruturação dos serviços, no investimento no sistema público e no refreamento da tomada do capital estrangeiro no Brasil. Não há prática passível de ser completamente transformada se não houver as condições de possibilidade instauradas.	A cooperação Cuba Brasil abre espaço para a invenção de novos saberes e novas práticas, a partir dos encontros, da experiência em serviço, das reuniões de supervisão. Embora a possibilidade de ampliação da prática clínica tenha sido limitada pela ausência de outros profissionais de saúde nas estratégias de supervisão e educação permanente, salvo quando o supervisor abria esse espaço de forma esporádica.	A cooperação é uma inovação por ter sido a primeira dessa natureza feita no país, por ter sido a primeira experiência da OPAS na mediação de uma cooperação dessa natureza, por ter, a partir da cooperação, organizado todo um aparato de acompanhamento de tutoria e supervisão, formação a distância e reuniões macrorregionais, experimentando as inovações brasileiras em educação permanente, todas juntas em um só programa.

O quadro acima procura sintetizar as várias visões que foram surgindo durante o processo de pesquisa. Como um estudo qualitativo, não há uma preocupação com

o esgotamento das questões ou com a generalização dos fatos aqui observados ao longo dessa narrativa. Há um rigor na leitura da realidade, uso da metodologia e revisão dos pares, mas há sempre espaço para outros olhares e outras interpretações. Na visão dos formuladores da política, o PMM buscava a transformação do Sistema de Saúde, através do fortalecimento da atenção primária e da diminuição das iniquidades, a partir da melhor distribuição de médicos no território nacional. Os formuladores criaram estratégias de financiamento da estruturação das unidades, institucionalizaram a política através de uma lei e criaram estratégias para a fixação relacionadas à universalização da residência na atenção primária e criação de faculdades privadas. Os estudos de pesquisadores nacionais mostram uma distância razoável entre o que foi pensado e o que foi alcançado no que diz respeito a essas transformações da atenção primária. No entanto, houve ampliação do papel do Estado, inovação de estratégias de provimento e cooperação técnica e redução de iniquidades de distribuição de médicos, aumento de construção de vínculos e o mais importante colocou a questão do planejamento de recursos humanos na agenda política do país. As críticas ao Programa se deram pelo fato de muitas ações estruturantes como carreira, investimento em faculdades públicas, estruturação de serviços e inclusão de outros profissionais não aconteceram e teriam sido decisivos para que as mudanças nos indicadores requeridos atingissem o planejado. No entanto, ao observar o movimento das lideranças do governo à época, pelo cuidado técnico e metodológico que tiveram, pelas avenidas de enfrentamento que abriram nos espaços de interlocução com atores poderosos, pelas vitórias no legislativo e no judiciário, a probabilidade é que a política avançaria para esses outros percursos que faltavam ao instalar o Programa. No entanto, as ações de governo sozinhas, sem uma sociedade preparada para as transformações desejadas, não são sustentáveis. Isso nos leva a questionar com Orione, 2015, se políticas de governo, mesmo institucionalizadas como políticas de Estado são sustentáveis. Podemos, talvez, inferir que políticas públicas não são mais que disparadores, molas propulsoras que podem ou não ser recebidas pela sociedade, podem ou não ter efeitos permanentes na conjuntura social, dependendo dos atores envolvidos e do tempo que a política tem para ser compreendida e incorporada. O PMM tem sobrevivido à mudança de governo porque algo se instaurou nos cenários remotos, como o sertão, e atingiu atores que não estavam nos fluxos de poder. Não sabemos ainda o tamanho dos afetos, mas a partir deles e, no momento, só a partir deles, veremos o que resultou dessa movimentação

política e social que tem sido o Mais Médicos. Com a chegada do Governo do PMDB, a possibilidade de mudança desse quadro é improvável. Em poucos meses, apoiado pelo Congresso Nacional esse governo realizou uma reforma trabalhista que só atinge as classes média e baixa da população, abriu espaço para extinguir demarcações de terras indígenas, favoreceu um ambiente de conservadorismo para grupos como Escola Sem Partido, conceitos equivocados como ideologia de gênero, redução da verba para inovação, ciência e tecnologia, dirigentes do MEC que afirmam que professores tem privilégios e um desmonte cotidiano do Sistema Único de Saúde com o apoio aos investidores privados, planos de saúde e indústrias de medicamentos, incentivados pelo Ministério da Saúde.

Foto: Celso Oliveira

*Eu sou de uma terra que o povo padece
Mas não esmorece e procura vencer.
Da terra querida, que a linda cabocla
De riso na boca zomba no sofrer
Não nego meu sangue, não nego meu nome
Olho para a fome, pergunto o que há?
Eu sou brasileiro, filho do Nordeste,
Sou cabra da Peste, sou do Ceará.
Patativa do Assaré”*

Conclusões inconclusas

A trajetória dessa pesquisa foi entrecortada por uma série de dobraduras e fissuras até chegar no mosaico que se construiu. Não havia aqui a pretensão de realizar uma avaliação de efeitos tradicional, com observação de impacto ou um investigador à procura de evidências. A pesquisa qualitativa tem desses encantos. Ela pode nos arrebatrar e nos transformar e recolocar o objeto em um outro campo. A ideia de entender os fluxos políticos que se articularam para construir esse Programa, olhar para seus sistemas de adoção, sua sociedade híbrida, seu ecossistema favorável ou não a inovação foi mantida, mas ela foi perdendo força no campo. Não é que as pessoas não fossem afetadas pela inovação ou não reconhecessem as dimensões de inovação contidas na política. Mas não era essa dimensão que mais importava para elas. Essa era pergunta de investigador, não era do sujeito que vive a política. O sujeito, primeiro de tudo, quer falar de si. Quer dizer de si, do seu contentamento de fazer parte daquela história. Ele quer narrar fatos, com riqueza de detalhes, quer mostrar as portas quebradas, as cadeiras amarradas, os postos sem remédios, a estrada de terra e o rame rame da gestora. Ele também quer contar como foi engenhoso, criativo, como soube negociar, como foi ele que teve a ideia, como criou e recriou uma série de estratégias e recursos para que a política se materializasse. Ele também quer denunciar, quer questionar, quer dizer que foi assim e que não foi bem assim que tudo se deu, que ele não foi ouvido, nem foi entendido, que os resultados não foram o que ele esperava ou o que se apregoava.

E assim, em um momento de encontro entre sujeito e pesquisa fomos traçando esse novelo que foi olhar para o trabalho médico hoje no Brasil, com suas dificuldades, sua beleza, sua potência e seu desordenamento e reconhecer que o capitalismo contemporâneo tem conseguido por uma série de razões, se embrenhar no cotidiano das nossas práticas e relações que fica difícil saber onde a vida nua começa e quando ela vira biopolítica, para usar um termo de Agambem (2010). O trabalho é um dos mais poderosos meios de dominação e ao mesmo tempo de resistência. É a partir do trabalho que o sujeito se reinventa e se reconstrói no tecido social. É no trabalho que ele constrói relações e que ele exerce boa parte do seu processo criativo. Com a medicina não é diferente. A medicina inventou estratégias clínicas e tecnológicas de ampliar o tempo de vida, desenhou sistemas de saúde, criou a epidemiologia, instituiu novos modos de viver e de morrer.

O Programa Mais Médicos nasce de uma tentativa de governo de fortalecer seu sistema de saúde, diminuir a escassez de médicos, distribuir geograficamente de forma mais equânime, dar respostas as manifestações sociais, dar continuidade a um projeto de poder nas urnas, cooperar com os pares e aumentar o seu *soft power* no jogo diplomático internacional.

Ele se materializa através de um grande esforço de gestão de articular-se com atores chaves, distribuir os aliados em posições estratégicas de decisão, apoiar-se nas experiências e nas evidências internacionais e nacionais, construir uma rede de colaboradores inexorável, enfrentar alguns leões, entrar em rota de colisão com atores poderosos e achar formas de negociar, importar médicos de outros países mediados pelos organismos internacionais, criar estratégias de acompanhamento e avaliação desses médicos, apoiar e avaliar seus resultados.

Respondendo aos objetivos, o objetivo geral em que traçamos o enfoque central da pesquisa relacionada aos efeitos do programa, recortado pela cooperação Cuba- Brasil, temos um PMM que não transforma o quadro geral do trabalho médico no Brasil pelas impossibilidades de investir em políticas mais estruturantes e radicais, relacionadas com um governo de coalizão e um capitalismo corporativo que domina hoje as grandes decisões do Estado-Nação. No campo da inovação, como já foi dito anteriormente, tem desenho, magnitude, velocidade, capacidade de adoção e avaliação que se destaca no país e procura se apoiar nos achados internacionais e nas experiências prévias para construir uma iniciativa bastante significativa, principalmente no que concerne ao provimento imediato de áreas remotas. No que concerne à invenção, visivelmente o programa movimenta a sociedade. Movimenta a mídia, o governo, as corporações médicas, a academia, os movimentos, as prefeituras. Movimenta pela dificuldade com a cooperação cubana, com importação de médicos, pelas cidades que tiveram médicos pela primeira vez, por um governo que teve que se organizar para montar a estratégia e defende-la, os processos que chegaram no judiciário, as pesquisas que foram montadas para avalia-lo, as universidades que se organizaram para dar conta de supervisão e tutoria e os profissionais e usuários de todo o país que tiveram suas vidas atingidas de uma maneira ou por outra pelo programa.

As dificuldades e êxitos na implantação, como já foi dito, estão relacionadas ao processo de adesão de prefeituras que nem sempre foi com critérios

claros e influenciadas pela política, a resistência da categoria médica e a dificuldade de negociação de governo nesse campo, as nuances de pagamento diferenciado entre cubanos e não cubanos, algumas prefeituras que não cumpriam com seus acordos e não apoiavam da maneira como deveriam, algumas supervisões mal estruturadas, falta de estrutura adequada para o trabalho em alguns municípios, uma centralização de decisões no governo federal que poderiam ter sido mais compartilhadas. Por outro lado, os êxitos foram visíveis na maior distribuição de médicos no país, um olhar para atenção primária mais delicado, a ampliação da capacidade instalada de prefeituras para receber os médicos, os encontros entre médicos brasileiros e cubanos, a organização rápida e eficiente de sete (7) ministérios e a parceria da OPAS/Brasil, o contato com médicos em áreas indígenas e muito distantes pela primeira vez. No que diz respeito às forças propulsoras e desafiadoras, temos a categoria médica, partidos de oposição e setores da mídia como principais opositores e as forças propulsoras estão ligadas ao governo nas três esferas, parte do Congresso Nacional, a coalizão entre os três poderes, organismos internacionais, movimentos sociais e comunidades em áreas de exclusão. Visivelmente, a pesquisa também permite uma melhor compreensão das várias dimensões do trabalho médico no país e o que caracteriza ser médico brasileiro na sociedade partida em que vivemos. Com relação aos efeitos na carreira nacional, essa pesquisa teria que ter se aprofundado mais no eixo de formação do PMM que não era objeto da tese, portanto não há elementos suficientes para responde-lo. Talvez podemos inferir que a carreira ganhou visibilidade com o provimento, chamando a atenção de prefeituras, tribunais de contas estaduais e federais, mídia e médicos brasileiros, atraindo uma atenção maior para essa carreira pouco divulgada e pouco conhecida fora da saúde. Com relação ao potencial de inovação para as Américas, está relacionado com a construção da cooperação via OPAS, ao desenho de inovação do programa envolvendo os três eixos, o respeito aos pactos internacionais de importação de médicos, a articulação intersetorial de ministérios e a articulação bem desenhada entre setores dentro do governo e esferas estaduais e municipais. A supervisão com a tenda invertida, a organização de um curso de especialização também, se melhorados, podem ser fatores de inovação para as Américas.

A pesquisa, mostra ainda a dimensão macro política a prática e a educação médica voltada para a atenção especializada, orientada pelo mercado, com um uso exagerado de tecnologias de alta densidade, comparados aos médicos

cubanos. Os médicos cubanos trazem uma nova perspectiva para os profissionais de saúde na forma de construir vínculos com os usuários e na maneira de lidar com a pobreza e a iniquidade. Na dimensão micropolítica, ambos brasileiros e cubanos se beneficiam de estratégias de educação permanente, supervisão em loco, cursos EAD, rodas de conversa para discussão de problemas, grupos de troca de experiência e compartilhamento de estratégias no planejamento local. Um dos principais problemas do programa apontados é que a estratégia de provisão é temporária, não está bem afinada com a corporação médica brasileira e as supervisões não são bem organizadas pelas Universidades. Demonstra também a fragilidade na articulação entre gestão local e nacional na organização do processo. Sua perspectiva de transformação da saúde em uma perspectiva sistêmica é restrita, mas é um espaço fértil de possibilidades de criações e invenções cotidianas.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Acessado em 01/09/2017, disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>

AGAMBEN G. Homo Sacer. **O poder e a vida nua**. 2ª. Ed. UFMG. 2010

AGENCIA CÂMARA. **Ministro da Saúde responde a questionamentos sobre Mais Médicos** Comissão de Fiscalização Financeira e Controle – CFCC Brasília, 20/03/2014, disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cffc/noticias/ministro-da-saude-responde-a-questionamentos-sobre-mais-medicos><acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA **Audiência em conjunto com a CSSF debate a prorrogação dos contratos sem a realização do REVALIDA para a participação no Programa Mais Médicos – MP 723/2016**. Comissão de Educação – CE e Seguridade social e família CSSF. Brasília, 28/06/2016 disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ce/noticias/audiencia-em-conjunto-com-a-cssf-debatera-a-prorrogacao-dos-contratos-sem-a-realizacao-do-revalida-para-participacao-no-programa-mais-medicos> <acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA **Ministro garante continuidade do programa Mais Médicos** Comissão de Fiscalização Financeira e Controle CFCC <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cffc/noticias/ministro-garante-continuidade-do-programa-201cmais-medicos201d> 13/07/2016<acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Deputados debatem com ministro o Programa Mais Médicos** Comissão de Seguridade Social e Família 14/08/2013 <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/noticias-2016/deputados-debatem-com-ministro-o-programa-mais-medicos><acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Ministro da saúde afirma que programa Mais Médicos já atendeu 49 milhões de brasileiros** Comissão de Seguridade Social e Família 04/06/2014 15h20<acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Ministro destaca geração de emprego e resultados do Programa Mais Médicos em audiência pública** 07/05/2014 13h30 CSSF disponível

em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/noticias-2016/ministro-destaca-geracao-de-emprego-e-resultados-do-programa-mais-medicos-em-audiencia-publica> <acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Ministro da Saúde responde a questionamentos sobre Mais Médicos** 20/03/2014 16h25 disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cffc/noticias/ministro-da-saude-responde-a-questionamentos-sobre-mais-medicos><acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Ministro da Saúde defende ampliação do Programa MAIS Médicos** 30/04/2015 15h19 Comissão de controle fiscalização financeira disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cffc/noticias/ministro-da-saude-defende-ampliacao-do-programa-mais-medicos><acesso em 09.09.2017>

AGENCIA CAMARA. **Ministro da Saúde terá de explicar irregularidades no Mais Médicos** 28/02/2014 19h25 disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/credn/noticias/ministro-da-saude-tera-de-explicar-irregularidades-no-mais-medicos><acesso em 09.09.2017>

CREDN

AGENCIA CAMARA. **Audiência Pública para debater o programa "Mais Médicos"**. 17/10/2013 00h00 disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/audiencia-publica-para-debater-o-programa-mais-medicos> Comissão de Direitos Humanos e Minoria<acesso em 09.09.2017>

AKERMAN, M; DOMPIERI, M.A. **Aprendizados & Legados, a experiência cubana na realidade do Sistema Único de Saúde**. Direção: Marco Akerman. Produção: Marcos Andrey Dompieri. Documentário, 02'06" 2017. Vídeo. <https://www.youtube.com/watch?v=Y6KL1QrD6ew>

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB. **Ação contra mais médicos (ADI 5035)** <https://amb.org.br/noticias/amb/acao-contra-mais-medicos-adi-5035-vai-plenario-no-stf-amanha-31082017/>

ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo**. In SADER, Emir & GENTILI Pablo (Orgs). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.; MARTINS, J.R.T; AMARAL, M.I.V. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. Ano V, N.1 Jan/Fev. 2004 – **Sanare**.

ANTUNES, R; BRAGA, R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de julho. Julho de 2013. **Revista Política Pública**.

ARENDT, A. **A condição humana**. 9ª. Edição. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro.1999

ARGYRIS, C. **On organizational learning**. Cambridge, MA: Blackwell, 1992a

ATUN R., Health Systems, systems thinking and Innovations.**Health Policy Plan**. 2012. Oct. 27 suppl. disponível em <http://www.heapol.oxfordjournal.com/>, acesso em 20.08.2017

AYRES R. **Ricardo Bruno**: história, processos sociais e práticas de saúde. IN: AYRES R, SANTOS L(Orgs) Ricrdo Bruno Mendes Gonçalves. Saúde, Sociedade e História. Hucitec Editora. Rede Unida. São Paulo-Porto Alegre, 2017.

AZEVEDO, REINALDO. **Dilma, que compra médicos de cuba, elogia campanha da CNBB contra o tráfico de pessoas**. Ou: vender gente, para cuba, é mais lucrativo e seguro do que vender droga. 06/03/2014. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/dilma-que-compra-medicos-de-cuba-elogia-campanha-da-cnbbcontra-o-trafico-de-pessoas-ou-vencer-gente-para-cuba-e-mais-lucrativo-e-seguro-do-que-vender-droga/>. Acesso em 2014 St

BALL, S. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. **Currículo sem Fronteiras**, v.6, n.2, pp.10-32, Jul/Dez 2006. Londres, Reino Unido.

BALL, S. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cadernos de Pesquisa**, v.35, n.126, p.539-564, set/dez. 2005

BALL, S. **Dossiê: Performatividade, privatização e o pós-estado do bem-estar** in Ball, S. "Globalização e educação: precarização do trabalho docente – II". Educ. Soc., Campinas, vol 25, n.80, Set/Dez.2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

BALL, S. J. **Politics and Policy-making in Education**: explorations in policy sociology. London: Routledge, 1990

BAPTISTA, T.W.F; REZENDE, M. **A ideia do ciclo da análise de políticas públicas**. IN: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F.(Orgs). Caminhos para análise das políticas de saúde. Rede Unida. Rio de Janeiro, 2011.

BARRETO, I.C.H.C, ANDRADE, L.O.M, LOIOLA F., PAULA J.B, MIRANDA A.S, GOYA N. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza. Serie **Divulgação Saúde e Debate**. CEBES(34) 31-46 Maio. 2006

BASKOY, T.; EVANS, B.; SHIELDS, J. Assessing policy capacity in Canada's public services: Perspectives of deputy and assistant deputy ministers. **Canadian Public Administration / Administration Publique Du Canada** Vol. 54, NO. 2 (JUNE/JUIN

2011), PP. 217–234. The Institute of Public Administration of Canada/L'Institut d'administration publique du Canada 2011

BISCAIA, A. **Futurar em Positivo**: satisfação no trabalho. MSD. Portugal. Julho de 2013

BOWE & BALL. **Reforming education and changing schools**. 1992

BRASIL. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2014** - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio.PNAD <https://loja.ibge.gov.br/sintese-de-indicadores-sociais-2014-uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populac-o-brasileira.html>

BRASIL. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 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 2013; 22 out

BRASIL. **MEDIDA PROVISÓRIA N.º 723, DE 2016**. Prorroga o prazo de dispensa de que trata o caput do art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 MENSAGEM Nº 178/16 AVISO Nº 221/16 – C. Civil

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Human Resources for Health** 2011

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. in: Saúde Global e Diplomacia da Saúde. Volume Temático. 4. N.1 **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Reciis**, 2010

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. acessado em 11 Set. 2017.

CALLINICOS, A. **Bonfire of Illusions**. New York: John Wiley, 2010.

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

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JR,N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites **Ciencia e Saude Coletiva** 21(9); 2655-2663,2016

CAMPOS, G.W.S. Mais Médicos e a construção de uma política de pessoal para a atenção básica no Sistema único de saúde. **Interface comunicação e Saúde Educação**. 2015

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** IN CAMPOS, G.W.S. Saúde Paideia. Ed. Hucitec. São Paulo, 2003.

CARCHEDI, G.; ROBERTS, M. The long roots of the present crisis: Keynesians, Austerians, and Marx's law. World Review of Political Economy. WRPE Vol 4 No.1 Spring 2013. **Pluto Journals**. www.plutojournals.com/wrpe/

CARVALHO, B.G.; TURINI, B.; NUNES, E.F.P.A.; BANDEIRA, I.F.; BARBOSA, P.F.A.; TAKAO, T.S. Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de educação permanente. **Revista brasileira de educação médica**. 35(1) 131-141, 2011

CARVALHO, V.; SILVA, K.; MARQUES, C.P.; SILVA, E.M. A contribuição do Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento médico. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V21. N.9. p.2723-2784, set.2016

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **R.Bras.Enferm**. Brasília. V.53. No. Especial, p.143-147, dez, 2000

COLLAR, J.M.; ALMEIDA NETO, J.B.; FERLA, A.A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção básica e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**. 2015; 1(2): 43-56.

COMES, Y.; TRINDADE, J.S.; SHIMIZU, H.E.; HAMANN, E.M.; BARGIONI, F.; MAURO, L.R.; SANCHEZ, N.; SANTOS, L.M.P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9): 2749-2759, 2016

COSTA, S.S.G. **Revisitando três proposições sobre formação e invenção.** IN ROCHA T: Graduações em dança no Brasil. O que será que será? Seminário de Dança. Org: Instituto Festival de Dança de Joinville. 9ª. Edição. Nova Letra Gráfica e Editora. Joinville, 2016

COSTA, S.S.G. Governamentalidade neoliberal, Teoria do Capital Humano e Empreendedorismo. **Educação & Realidade**. 34(2): 171-186 mar/ago 2009.

CUNHA, J.F. **Os governos progressistas da América Latina foram funcionais à reprodução do neoliberalismo** Entrevista especial com Fábio Luís Barbosa dos Santos. Adital. Instituto Humanitas Unisinos. 11 Maio 2017.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1924-1926

EL PAÍS. O que os médicos cubanos estão ensinando aos Estados Unidos. 2017. https://brasil.elpais.com/brasil/2017/06/26/internacional/1498480113_331183.html

DA MATTA, R. **O ofício do etnólogo ou como ter “antropological blues”**. In: NUNES. OLIVEIRA E. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro. Zahar Editora, 1978, p.23-35.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia** 1. ED.34 2010

DENIS, J.; HEBERT, Y.; LANGLEY, A.; LOZEAU, D.; TROTTIER, L.H. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. **Health Care Manage Rev.** 2002. Summer, 27(3): 68-73. Aspen Publishers

DENIS, J.; FERLIE, E.; FITZGERALD, L. **Assessing initiative to transform health care systems**: lessons for the Canadian Health Care System. Series on Health Care Transformation. Paper 1. Canadian Health Services Research Foundation. CHSRF. May 2011

DENIS, J.; FOREST, P. Real reform begins within an organizational approach to health care reform. **Journal of Health Policy and Law**. Vol. 37 n 54. August 2012. Duke University Press

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. Livraria Duas Cidades. 1976

ESPING-ANDERSEN, G.. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo , n. 24, p. 85-116, Sept. 1991 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Sept. 2017.

FEINSILVER, J.M. **Fifty years of Cuba's Medical Diplomacy**: from Idealism to Pragmatism. Cuban Studies, Volume 41: pp.85. 104 press

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

_____. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2007a.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Cadê o Médico?** 18/02/2013. <http://cadeomedico.blogspot.com.br/>

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**. Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48ª. Edição. Recife-Pernambuco-Brasil. Global Editora.2003

FURTADO, Celso. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1959

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; BOUSQUET, A.; LIMA, J.G.; SEIDL, H.; FRANCO, C.M.; FUSARO, E.R.; ALMEIDA, S.Z.F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades de básicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 21 (9): 2697-2708 – 2016 – Rio de Janeiro

GIRARDI, S.N.; VAN STRALEN, A.C.S.; CELLA, J.N.; WAN DER MAAS, L.; CARVALHO, C.L.; FRIA, E.O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde **Ciencia e Saude Coletiva** 21(9); 2675-2684,2016

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L.; PIERANTONI, C.R.; COSTA, J.O.; VAN STALEN, A.C.S.; LAVOR, T.V.; DAVID, R.B. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva** 21 (9) 2739-2748 – 2016 – Rio de Janeiro

GLEESON, D.H.; LEGGE, D.G.; O'NEILL, D. Evaluating health policy capacity: learning from international and Australian experience. **Australian and New Zealand Health Policy** 2009, 6:3 www.anzhealthpolicy.com/content/6/1/3

GLEESON, D.H.; LEGGE, D.G.; O'NEILL, D.; PFEFFER, M. Negotiating tensions in Developing Organizational Policy Capacity: Comparing lessons to be drawn. **Journal of Comparative Policy Analysis**, Vol.13, No.3, 237-263, June 2011

GOETZ, K.H.; WOLLMANN, H. 2001. "Governmentalizing central executives in post-communist Europe: A four-country comparison." **Journal of European Public Policy** 8 (6) December: 864–87.

GONÇALVES, F.R.; SOUSA, I.M.C.; TANAKA, O.U.; SANTOS, C.R.; BRITO-SILVA, K.; SANTOS, L.X.; BEZERRA, A.F.B. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2815-2824, 2016, Rio de Janeiro

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Caderno de Informação em Saúde**. Região de Saúde Caucaia. Dez 2016

GRAMSCI, A. – **La política y el Estado Moderno**. Ed. Península, Barcelona, 1971.

GUEVARA C. **El socialismo y el hombre em Cuba**. Eumedonet, 1965. Disponível em <http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/Che%20Guevara%20%281965%29%20El%20socialismo%20y%20el%20hombre.htm>

GUSSO, G. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira . RBMFC – Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Relatos de experiência.

Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-9

HARDT, M.; NEGRI, T. **Bem Estar Comum.** 1ª. Ed. Rio de Janeiro. Record. 2016.

HOLANDA, S.B. **Raízes do Brasil.** 3a. Ed revista pelo autor. Coleção Documentos Brasileiros. Livraria José Olympio Editora. Rio de Janeiro, 1936.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Policy Science and Policy Cicles.** In: HOWLETT, M.; RAMESH, M. Studying public policy: policy cicles and subsystems. Oxford: Oxford University Press, 2003. cap. 1, p. 2-19

HUIISH R. **Why does Cuba care so much?** Understanding the empistemology of solidarity in Global Health Outreach. Dalhousie University.2014

FONSECA, P.C.D. Keynes: o liberalismo economico como mito. **Economia e Sociedade**, Campinas. V.19, n.3(40) p. 425-447. Dez, 2010.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies.** Boston, Longman (2.ª edição revista).2011

KICKBUSCH, I. Global Health Diplomacy in: Saúde Global e Diplomacia da Saúde. Volume Temático. 4. N.1 Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Reciis, 2010

LA TINTA. Cuba longeva: hay dos mil personas com más de 100 anos. 14 de julho, 2017 por Redaccion La Tinta

LALIOTS, J., LOANNIDIS, J.P.A.; STAVROPOULOUS, C. Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. The Lancet Public Health, Vol.1. No.2, e56-e65Regidor E, Vallejo F, Granados JAT, Vicianá-Fernández FJ, de La Fuente L, Barrio G. **The Lancet**, 26 November-2 December 2016, Vol. 388 (10060) pp. 2642-2652

LASSWELL, H. D. (1956), **The Decision Process.** Seven Categories of Functional Analysis, College Park, MD, University of Maryland Press.

LASSWELL, H. D. (1970), "The emerging conception of the policy sciences", **Public Policy**, 1, pp. 3-14.
DOI : 10.1007/BF00145189

LAZZARATO, M. **Enunciação e política** – uma leitura paralela da democracia – Foucault e Rancière. CASTELO BRANCO G, VEIGA-NETO A.(Orgs) Foucault: filosofia e política. Estudos Foucaultianos. Autentica Editora. Belo Horizonte, 2011

LEITE, V.R.; LIMA, K.C.; VASCONCELOS, C.M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1849-1856, July 2012 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Aug. 2017

LIMA, L.D. et al . 2016: um ano de perplexidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, eED011216, 2016 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200201&lng=en&nrm=iso>. Accessado em 01 Sept. 2017. Epub Dec 15, 2016.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. **O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica**. IN: MATTOS RA, BAPTISTA TWF(Orgs). Caminhos para análise das políticas de saúde. Rede Unida. Rio de Janeiro, 2011.

LINDBLOM, C. E. (1959), “The science of ‘muddling through’ ”, **Public Administration Review**, 19 (2), pp. 79-88, disponível em: <https://faculty.washington.edu/mccurdy/SciencePolicy/Lindblom%20Muddling%20Through.pdf> (última consulta em agosto de 2016).

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS F.R.S. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados Jorge **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 417-25 problemas de gestao

LOTTA, G.S.M.; GALVÃO, M.C.C.P, FAVARETO, A.S. Analysis of the Mais Médicos(More Doctors) Program in terms of its institutional arrangements, sector cooperation, federative relations, social participation, and territoriality.

MACHADO, M.H.; CAMPOS, F.; LIMA, N. **Em defesa dos Mais Médicos**. Saúde na Mídia. Ministério da Saúde. 2015

MACIEL FILHO, R. **Estratégias de distribuição e fixação de médicos nos Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro**. (TESE). 2007

MBEMBE A. A era do humanismo está terminando. **Adital**. Instituto Humanitas Unisinos. 24/01/2017. <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/564255-achille-mbembe-a-era-do-humanismo-esta-terminando>

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação Sociedade**, Campinas, vol. 27. Nº94, p 47-69, jan/abril 2006. Disponível em [HTTP://www.cedes.unicamp.br](http://www.cedes.unicamp.br)

MARX, K.; ENGELS, F. . **O Manifesto Comunista**. Rocket Edition de 1999. Ed. Ridento Castigat Mores. www.jahr.org.

MATTOS, R.A. **Por que algumas políticas vingam e outras não**. IN: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.181-219.

MENDONÇA, C.S.; DIERCKS, M.S.; KOPITKE, L. Strengthening Primary Health Care in the municipalities in the Metropolitan Region of Porto Alegre, Brazil, after the introduction of the Mais Médicos (More Doctors) Program: an inter-municipal comparison. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9) 2871-2878. 2016

MENDES, A.N.. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00188916, 2016 . disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso>. acessado em on 31 Aug. 2017. Epub Dec 15, 2016.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. ISC tomo II, 2001

MENDES-GONÇALVES, R.B. Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades. IN: AYRES R, SANTOS L (Orgs) Ricrdo Bruno Mendes Gonçalves. **Saúde, Sociedade e História**. Hucitec Editora. Rede Unida. São Paulo-Porto Alegre, 2017.

MENDES-GONÇALVES, RB.. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho do médico**. Dissertação de Mestrado, SP. 1971

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. SP – Hucitec – ABRASCO.1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. Estado: Ceará. Nota técnica, 2017. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/> acessado em 05/08/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tuberculose** Fonte: SINAN / SIM / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em (2) Dados processados pelas áreas técnicas ACS e cobertura de saúde da família Fonte: DAB/SAS/MS disponível em <http://sage.saude.gov.br/#2017>

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Sífilis congênita** Fonte: SINAN / SIM / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em 11/04/2017 (2) Dados processados pelas áreas técnicas. disponível em <http://sage.saude.gov.br/#2017>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Município: Caucaia.** Nota técnica, 2017. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. acessado em in 05/08/2017. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Município: Parambu.** Nota técnica, 2017. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. acessado em 05/08/2017 Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

MIRANDA, A. S., MELO, D.A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9) 2837-2848. 2016

NAVARRO, V. “**Neoliberalism, globalization**”, **unemployment, inequalities and the welfare state, the political economy of social inequalities**: consequences for health and quality of life. Baywood Publishing. Amityville (NY), 2002.

NEY, M. Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1293-1311, 2012

NOGUEIRA, P.T.A.; BEZERRA, A.F.B.; LEITE, A.F.B.; CARVALHO, I.M.S; GONÇALVES, R.F.; BRITO-SILVA, K.S. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9) 2889-2898, 2016.

O GLOBO. Sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil, apesar do tratamento rápido <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-no-brasil-apesar-do-tratamento-rapido.html>. 14/04/2017

OLIVEIRA, J.P.; SANCHEZ, M.N.; SANTOS, L.M.P. O programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V.21, N.9, p.2719-2727, set.2016

ONUBR. **OMS pede fim do preconceito contra parteiras e critica falta de regulamentação** 14/10/2016 <https://nacoesunidas.org/oms-pede-fim-do-preconceito-contraparteiras-e-critica-falta-de-regulamentacao/>

ORIONE, M. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p 55-65, 2015

PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M.. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, May 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso>. access acessado em 16 Set. 2017.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges Jairnilson Paim, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko. **Revista The Lancet**. www.thelancet.org

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R.G.. Legal and sanitary aspects conditioning access to medicines in Brazilian courts. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, Apr. 2012. disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200014&lng=en&nrm=iso>. acessado em 03 Aug. 2017. .

PARENTE, R. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista de Políticas Públicas. SANARE**. V.7, n.2. 2008

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicol. Teor. Pesqu.** 2000 (1) 71-9

PEDUZZI M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. 1(1) – 75-91, 2002

PEGO R. A., Análises, acompanhamento e avaliação. **Proposta de linhas de trabalho no marco da Cooperação do Programa “Mais Médicos”**. Mimeo. Fev.2014

PIMENTEL, F.C.; PAULETTE, A.C.; WAYNER, V.S. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional p.89 SAÚDE DEBATE Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, JAN-MAR 2015

PINTO, H.A.; OLIVEIRA, F.P.; SANTANA, J.S.S.; SANTOS, F.O.S.; ARAUJO, S.Q.; FIGUEIREDO, A.M. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**. Comunicação Saúde Educação 2016

PHILIPS, D. People are getting poorer: hunger and homelessness as Brasil crisis deepens. **The Guardian**. 2017, downloaded from <https://www.theguardian.com/global-development/2017/jul/19/people-getting-poorer-hunger-homelessness-brazil-crisis>

Profissão Repórter <https://youtu.be/n8j8jMBuWDY>

REGIDOR, E. ; VALLEJO, F. ; GRANADOS, J.O.S. during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people.**The Lancet**, 26 November-2 December 2016, Vol.388(10060), pp.2642-2652

REIS, F.W. **Política e racionalidade**. Problemas de teoria e método de uma sociologia crítica da política. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2010.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T.W.F. **A análise de política proposta por Ball**. IN: IN: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F.(Orgs). Caminhos para análise das políticas de saúde. Rede Unida. Rio de Janeiro, 2011.

RODRIGUES, L.A.L. Modelo de análise das políticas públicas. Revves.org Ed. Edição Eletrônica URL: <http://ssp.reuves.org> 3662. **Sociologia, Problemas e Práticas**. 83/2016. SPP 83

RODRIGUES, R.B.; SILVA, N.C.; ROCHA, T.A.H. **Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família**. XXXIV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro. 25 a 29 de setembro de 2010

RONDINELLI,; DENNIS, A.; JOHN, R.; NELLIS, G.; SHABBIR C. Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience, World Bank Staff Working Paper No. 581. Washington, DC: **World Bank**.1983

RÓVERE, M. El Programa Mais Médicos: um análisis complementário desde la perspectiva de la salud internacional. Debate. **Interface Comunicação, Saúde Educação**. 2015; 19(54) 635-6.

RAYNER, J.; MCNUTT, K.; WELLSTEAD, A. **Dispersed capacity and weak coordination**: the challenge of climate change adaptation in Canada's forest policy sector.

SAFATLE V. **Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo**. Autentica 2a. Edição Revista.03/2016

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo**. Razão e Emoção. 4 ed. Reimpr. São Paulo; Editora da Universidade de São Paulo, 2008. (Coleção Milton Santos)

SANTOS, B.S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006

SARTORI, G. **A política**. Ed. UNB. 2ª. Ed. 1924.

SATO, E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. in: Saúde Global e Diplomacia da Saúde. Volume Temático. 4. N.1 **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Recis, 2010

SAVOIE, D. **Strenghtening the policy capacity of government**, October 2003

SCHRAIBER, L.B. **O Médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo. Hucitec. 1993

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. Debatedores. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9) 2664-2665. 2016.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 31(4) 663-666. Abr. 2015

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (Coord) **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p.

SILVA, R.M.F. Do mar ao sertão: contribuição para a análise dos serviços de atenção básica no Estado do Ceará em relação à capacidade instalada e organização do processo de trabalho. Relatório Técnico. Projeto de desenvolvimento de Saúde sustentável e equânime nas Américas através de abordagens inovadoras de recursos humanos baseados nas necessidades. Setembro, 2008. **Organização Panamericana de Saúde**.

SOUSA, M.F. **A reconstrução da saúde da família no Brasil**: diversidade e incompletude. IN: SOUSA, M.F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA. V. M. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Saberes Editora. Campinas 2014

SOUZA, J. **A Ralé Brasileira**. Quem é e como vive. Ed. UFMG. 2009. Colaboradores André Grillo et al. Belo Horizonte. P: Il - Humanitas

STAKE, R. **The case study method in Social Inquiry**. Educational Researcher

Vol. 7, No. 2 (Feb., 1978), pp. 5-8

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Notícias STF. **Audiência Pública sobre o Programa Mais Médicos**. 25.11.2013 <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf> comissão de seguridade social e família <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/credn> comissão de relações exteriores e defesa nacional

STUCKER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A.; MCKEE, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis

Stuckler, David et al. **The Lancet** , Volume 374 , Issue 9686 , 315 – 323. 2009

TASCA, R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. in: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2014. **CONASS DEBATE**: Caminhos da Saúde no Brasil

THUMÉ; WACHS, L.S.; SOARES, U.M.; CUBAS, M.R.; FASSA, M.E.G.; TOMASI, E.; FASSA, A.G.; FACCHINI, L.A. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva** 21(9) 2807-2814, 2016

BRASIL.TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. **Relatório Sistêmico de Fiscalização de Saúde**. Exercício 2014. Relatório Benjamim Zymler – Brasília – TCU-Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2016 103p.

TEMPORÃO, J.G. Para onde vai o SUS? in: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2014. **CONASS DEBATE**: Caminhos da Saúde no Brasil

VICTORA et al. Saúde no Brasil 6 – Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Revista The Lancet**. Maio 2011. Online. www.thelancet.com

VIEIRA, R.S.; SERVO, L.M.S..Escassez de Médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos **Radar** nº 32 - Abril de 2014 http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/140508_radar32_cap1.pdf

WHO. **A universal truth**. No health without workforce. II Global health workforce alliance. 2014 disponível em http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_En_web.pdf acessado em Abril, 22, 2015

WHO. **Not enough here, too many there**. Country Office for India. 2007

WHO. **Human resources for health**: foundation for universal health coverage and the

post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil.

ŽIŽEK, S.. **A visão em paralaxe**. Boitempo 2008.pp. 74-97; cap.5.

Apêndice 1:

Figura 4: Print da tela dos códigos produzidos no NVIVO

As manifestações	24/07/2017 16:22	Documento do Mi...	12 KB
classe social	24/07/2017 16:22	Documento do Mi...	16 KB
Atenção Primária	24/07/2017 16:21	Documento do Mi...	20 KB
clínica	24/07/2017 16:20	Documento do Mi...	26 KB
condições de vida	24/07/2017 16:19	Documento do Mi...	13 KB
conselhos de medicina	24/07/2017 16:18	Documento do Mi...	23 KB
contratação de profissionais	24/07/2017 16:17	Documento do Mi...	14 KB
cooperação cubana	24/07/2017 16:16	Documento do Mi...	27 KB
cultural	24/07/2017 16:00	Documento do Mi...	22 KB
dificuldade de comunicação	24/07/2017 15:59	Documento do Mi...	14 KB
escolas de medicina	24/07/2017 15:58	Documento do Mi...	12 KB
estrutura	24/07/2017 15:57	Documento do Mi...	20 KB
fixação do profissional	24/07/2017 15:56	Documento do Mi...	13 KB
formação	24/07/2017 15:55	Documento do Mi...	23 KB
Gestão	24/07/2017 15:54	Documento do Mi...	16 KB
imigração internacional	24/07/2017 15:53	Documento do Mi...	12 KB
inovação	24/07/2017 15:52	Documento do Mi...	21 KB
internacionalização da medicina	24/07/2017 15:52	Documento do Mi...	13 KB
médico brasileiro	24/07/2017 15:51	Documento do Mi...	13 KB
médicos cubanos	24/07/2017 15:51	Documento do Mi...	15 KB
médicos estrangeiros	24/07/2017 15:50	Documento do Mi...	13 KB
mídias	24/07/2017 15:49	Documento do Mi...	13 KB
monitoramento	24/07/2017 15:48	Documento do Mi...	12 KB
objetivo a ser alcançado	24/07/2017 15:47	Documento do Mi...	13 KB
Organização Pan-americana de Saúde	24/07/2017 15:46	Documento do Mi...	14 KB

Apêndice 2:

Distribuição de Médicos do PMM nos distritos de saúde indígena

DSEI	Qtd Médicos em Atividade
1 DSEI ALAGOAS E SERGIPE	5
2 DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	9
3 DSEI ALTAMIRA	5
4 DSEI ALTO RIO JURUÁ	10
5 DSEI ALTO RIO PURUS	9
6 DSEI ALTO RIO NEGRO	20
7 DSEI ALTO RIO SOLIMÕES	18
8 DSEI ARAGUAIA	5
9 DSEI BAHIA	18
10 DSEI CEARÁ	4
11 DSEI MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	8
12 DSEI VALE DO JAVARI	6
13 DSEI KAIAPÓ DO PARÁ	4
15 DSEI LESTE DE RORAIMA	16
17 DSEI MANAUS	11
18 DSEI GUAMÁ-TOCANTINS	7
19 DSEI MARANHÃO	22
20 DSEI MATO GROSSO DO SUL	16
21 DSEI MÉDIO RIO PURUS	7
22 DSEI PARINTINS	12
23 DSEI PERNAMBUCO	13
24 DSEI PORTO VELHO	10
25 DSEI POTIGUARA	6
26 DSEI CUIABÁ	11
27 DSEI RIO TAPAJÓS	12
DSEI MÉDIO RIO SOLIMÕES E	13
28 AFLUENTES	
29 DSEI TOCANTINS	
30 DSEI VILHENA	3
31 DSEI XAVANTE	10
32 DSEI XINGU	7
33 DSEI YANOMAMI	18
34 DSEI KAIAPÓ DO MATO GROSSO	4
35 DSEI LITORAL SUL	7
36 DSEI INTERIOR SUL	11

APENDICE 3:**Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com os Médicos Cubanos****Dados de Identificação:**

Nome:

Data de Nascimento:

Tempo e Instituição de Formação:

Formação complementar:

Tempo de Trabalho em APS:

Vínculo empregatício:

Questões norteadoras:

1. Inicialmente, gostaria que me falasse um pouco sobre o que lhe levou a aderir o Programa Mais Médicos
2. E na APS? Como foi sua inserção? (Caso já tenha trabalhado em outro serviço, explorar as diferenças percebidas).
3. Aqui, no Centro de Saúde, que atividades você realiza? Como e quem decidiu que você deveria realizar tais atividades?
4. Quais os objetivos das atividades que coordena?ou que ele realiza?
5. Para você, existe alguma diferença significativa entre o atendimento feito no Brasil e o que vcs realizam em Cuba (Em caso afirmativo, que diferença seria essa e que pontos teriam em comum?).
6. No trabalho aqui na cidade..., quais as principais dificuldades e desafios vivenciados?
7. E nos atendimentos domiciliares? Você percebe alguma particularidade em realizar tais atendimentos nessa comunidade?
8. Tem sido possível, aqui nesse Centro, fazer o planejamento dos atendimentos e contemplar as particularidades de cada caso, fazendo o acompanhamento que você acredita ser o mais adequado?
9. Como e a sua relação com os outros profissionais da equipe?
10. Vc identifica alguma necessidade de formação, aperfeiçoamento da sua prática?
11. Como você definiria os seguintes termos:

-
- a. Programa Mais Médicos.
 - b. Clínica na APS.

Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com os demais profissionais da Unidade de Saúde da Família

Dados de Identificação:

Nome:

Data de Nascimento:

Tempo e Instituição de Formação:

Formação complementar:

Tempo de Trabalho em APS:

Vínculo empregatício:

Questões norteadoras:

1. Inicialmente, gostaria que me falasse um pouco sobre o que vc acha do Programa Mais Médicos
2. Fale um pouco do trabalho da sua equipe aqui nessa localidade? (Caso já tenha trabalhado em outro serviço, explorar as diferenças percebidas).
3. Aqui, no Centro de Saúde, que atividades você realiza? Como e quem decidiu quais atividades deveriam ser realizadas por você?
4. Quais os objetivos das atividades que realiza?
5. Para você, existe alguma diferença significativa entre o atendimento feito antes e depois da chegada do Médico. O que vc destacaria ? (Em caso afirmativo, que diferença seria essa e que pontos teriam em comum?).
6. Com a chegada desse profissional..., quais as principais dificuldades e desafios vivenciados no serviço que vc tem observado?
7. E nos atendimentos domiciliares? Você percebe alguma mudança?
8. Vc trabalham bem em equipe aqui? Como e a comunicação entre vcs e com os usuários?
9. Como e a sua relação com os outros profissionais da equipe?
10. Vc identifica alguma necessidade de formação, aperfeiçoamento da sua prática?
11. Como você definiria os seguintes termos:

-
- a. Programa Mais Medicos.
 - b. Clínica na APS.

Roteiro de Entrevista dos pesquisadores envolvidos nas pesquisas do Programa Mais Médicos

Dados de Identificação:

Nome:

Data de Nascimento:

Tempo e Instituição de Formação:

Formação complementar:

Tempo de Trabalho em APS:

Vínculo empregatício:

Questões norteadoras:

1. Por que vc decidiu investigar o Programa Mais Médicos?
2. O que vc observa de inovador nessa política? O que se diferencia das outras iniciativas já realizadas pelo governo brasileiro na contratação e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas?
3. Quais são os principais achados até aqui?
4. Vc observa que a cooperação técnica entre Brasil e Cuba traz contribuições inovadoras para os modelos de organização da Gestão do Trabalho no Brasil?
5. O seu estudo foi financiado pelo governo? Qual o propósito dessa linha de financiamento?

Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com os Gestores Municipais de Saúde

Dados de Identificação:

Nome:

Data de Nascimento:

Tempo e Instituição de Formação:

Formação complementar:

Tempo de Trabalho em APS:

Vínculo empregatício:

Questões norteadoras:

1. Inicialmente, gostaria que me falasse um pouco sobre o que lhe levou a aderir ao Programa Mais Médicos?
2. E a APS? Como ela está organizada no seu município? E a atenção especializada?
3. Aqui, no município x, quais as atividades que o Médico do programa realiza? Como tais atividades foram pensadas?
4. Você já observa alguma mudança com a chegada do Médico?
5. Para você, existe alguma diferença significativa entre o atendimento feito no Brasil e o que eles realizam em Cuba (Em caso afirmativo, que diferença seria essa e que pontos teriam em comum?).
6. No trabalho aqui na cidade..., quais as principais dificuldades e desafios vivenciados?
7. E nos atendimentos domiciliares? Você percebe alguma diferença de tais atendimentos realizados pelo médico cubano?
8. Vc tem alguma estratégia de monitoramento e avaliação do programa?
9. Como os outros profissionais receberam o médico? E a população? Esta satisfeita?
10. Vc identifica alguma necessidade de formação, aperfeiçoamento dos seus profissionais que estão na APS?
11. Como você definiria os seguintes termos:
 - a. Programa Mais Médicos.
 - b. Clínica na APS.

Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com os Ministros e Secretários de Estado de Saúde**Dados de Identificação:**

Nome:

Data de Nascimento:

Instituição:

Formação:

Questões norteadoras:

-
1. Inicialmente, gostaria que me falasse um pouco sobre o que levou o governo a criar/aderir o/ao Programa Mais Médicos?
 2. Qual o principal objetivo a ser alcançado com esse programa?
 3. Quais são as principais dificuldades que o governo tem encontrado na implantação?
 4. Como o Sr. Avalia a resistência dos Conselhos de Medicina?
 5. Existem críticas sobre a cooperação com o governo cubano e as relações trabalhistas estabelecidas naquele país que são diferentes das nossas. O que o Sr. Pensa sobre isso?
 6. Quais são os principais efeitos que já se observam com a implementação da política?
 7. O governo tem adotado estratégia de monitoramento e avaliação do programa?
 8. Como os outros profissionais receberam o medico? E a população? Esta satisfeita?
 9. O Sr identifica alguma necessidade de formação, aperfeiçoamento dos seus profissionais que estão na APS?
 10. Quem colocou o problema de RH em saúde na agenda de governo?
 11. Quais os atores que desempenharam um papel decisivo na formulação da política e na priorização desse tema na agenda política?
 12. Por que optar pela contratação de médicos cubanos a partir de um modelo de cooperação via OPAS?
 13. Qual a contribuição desse modelo de contratação para a gestão do trabalho no Brasil?
 14. Quais os erros e acertos dessa opção?

Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com o Representante da Organização Panamericana de Saude

Dados de Identificação:

Nome:

Data de Nascimento:

Instituição:

Formação:

1. Como emergiu a ideia de construir a cooperação Brasil e Cuba?
2. Quem colocou o problema na agenda?

-
3. Quais os atores que influenciaram contra e a favor?
 4. Quais os desafios enfrentados na formulação da política?
 5. Como ocorreu a tomada de decisão?
 6. Quais os temas dessa cooperação?
 7. Qual o papel da Opas nesse acordo?
 8. Quais os desafios para acompanhamento e manutenção da política?
 9. Quais os resultados alcançados?
 10. Qual a contribuição desse modelo de cooperação para os países das américas na área de provimento de RH?

Roteiro de Entrevista (Semi-Estruturada) a ser utilizada com o Relator do Programa MM na Câmara Federal

Dados de Identificação:

Nome:

Data de Nascimento:

Instituição:

Formação:

Questões norteadoras:

1. Inicialmente, gostaria que me falasse um pouco sobre o que levou o governo a criar/aderir o/ao Programa Mais Médicos?
2. Qual o principal objetivo a ser alcançado com esse programa?
3. Quais são as principais dificuldades que o governo tem encontrado na implantação?
4. Como o Sr. Avalia a resistência dos Conselhos de Medicina?
5. Existem críticas sobre a cooperação com o governo cubano e as relações trabalhistas estabelecidas naquele país que são diferentes das nossas. O que o Sr. Pensa sobre isso?
6. Quais são os principais efeitos que já se observam com a implementação da política?

-
7. O Sr observa resistência da mídia?
 8. Como os outros profissionais receberam o medico? E a população? Esta satisfeita?
 9. O Sr identifica alguma necessidade de formação, aperfeiçoamento dos seus profissionais que estão na APS?
 10. Se o Sr pudesse modificar algo no programa, o que mudaria?
 - a. Programa Mais Medicos.
 - b. Clínica na APS.

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIMENTO PARA OS ALUNOS

Eu, Juliana Braga de Paula, aluna do Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP, sob orientação da Professora Dr^a Márcia Faria Westphal, Docente do Departamento de Prática de Saúde Pública, pretendo desenvolver a pesquisa intitulada: **Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico que tem como objetivo** analisar todo o ciclo da política Mais Médicos, com o foco na cooperação bilateral Brasil-Cuba e na sua contribuição como inovação para uma gestão do trabalho médico no Brasil.

Solicito por meio deste termo, o qual será elaborado em 2 (duas) vias devidamente assinadas pelo pesquisador, onde uma das vias será entregue ao participante da pesquisa e a outra ficará sob a guarda do pesquisador a sua autorização e colaboração para participar do estudo, respondendo a este questionário que não necessitará de qualquer identificação de sua parte. Sua participação é livre e espontânea, responsabilizo-me por manter seus dados pessoais em sigilo, **mas os resultados gerais obtidos na entrevista serão publicados e divulgados junto à Universidade de São Paulo, na defesa de Tese para obtenção de doutorado e em artigos científicos de circulação nacional e internacional, bem como apresentações em congressos e fóruns para efeito de contribuição com atores chaves e pesquisadores da área.** Você poderá recusar ou desistir a qualquer momento sem risco de qualquer prejuízo ou penalização. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais como: (exposição do entrevistado, nenhum tipo de prática clínica ou experimental) nenhum risco a sua integridade física ou moral. O risco mínimo que pode acontecer é o constrangimento do respondente diante de alguma pergunta que lhe cause desconforto. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12.

Obrigada desde já, qualquer que seja sua decisão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – FSPUSP. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o: Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Saúde Pública da USP – Av. Dr. Arnaldo, 715, 2º andar, Cerqueira Cesar – SP, telefone (11) 3061-7779.

Ao final da pesquisa me comprometo a apresentar os resultados para os participantes.

Juliana Braga de Paula

Autorização

Eu, _____

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2 - retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

3- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; e

4- procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo, – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Declaro estar ciente do exposto e autorizo a participação do meu filho na pesquisa.

São Paulo, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do participante: _____

Apêndice 5

Parecer do Comitê de Ética

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Pesquisador: Título da Pesquisa: Instituição Proponente: Versão: CAAE: Análise do Ciclo da Política do Programa Mais Médicos no Brasil: a cooperação técnica como inovação da gestão do trabalho médico Juliana Braga de Paula Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP 2 56306616.0.0000.5421 Área Temática: DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Número do Parecer: 1.885.885 DADOS DO PARECER Projeto já foi avaliado no mérito e ficou com uma pendência no TCLE: inclusão dos dados da pesquisadora. Apresentação do Projeto: mantido o original Objetivo da Pesquisa: mantida a original Avaliação dos Riscos e Benefícios: nada a acrescentar Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: TCLE corrigido com inclusão de dados para contato da pesquisadora. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: nenhuma Recomendações: Aprovado Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Patrocinador Principal: Financiamento Próprio 01.246-904 (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Av. Doutor Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar UF: SP Município: SAO PAULO Fax: (11)3061-7779 Página 01 de 02 USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP Continuação do Parecer: 1.885.885 Considerações Finais a critério do CEP: SAO PAULO, 05 de Janeiro de 2017 Maria Regina Alves Cardoso (Coordenador) Assinado por

Apêndice 6

Roteiro de Observação

· Espaço Físico das Unidades:

- *Localização na Comunidade;
- *Aparência e estrutura do prédio;
- *Recepção;
- *Número de salas;
- *Adequação do espaço físico (tamanho, luminosidade, ventilação);
- *Distribuição dos espaços (salas de atendimento individual e grupal, refeitório, administração, etc).

· Aspectos Relacionais:

Observar nas díades:

- Gestor/Médicos;
- Médicos/ Outros técnicos;
- Médicos/ Familiares;
- Médicos/ Usuários.

Os seguintes aspectos:

- Relações de poder;
- Padrões Comunicacionais;
- Conflitos;
- Relatos sobre os efeitos do atendimento médico na vida dos usuários por parte dos vários atores e, de modo especial, por parte dos usuários e seus familiares;
- Subgrupos existentes, seus vínculos e o que motiva sua formação.

· Recursos Humanos e Materiais***Humanos:**

1. Número de Técnicos Disponíveis
2. Categorias Profissionais Presentes
3. Rotatividade
4. Formas de Contratação (vejam do total de funcionários, por categoria, quantos são concursados e quantos são prestadores de serviço).
5. Assiduidade
6. Cumprimento da Carga Horária Semanal

***Recursos Materiais:**

3. Recursos Disponíveis;
4. Adequação dos Recursos às Atividades Propostas;
5. Principais Queixas;
6. Estratégias/ Criatividade da Equipe (e dos psicólogos em particular) para Enfrentar os Problemas Existentes.

· Uso de Recursos da Comunidade e Trabalho no Território:

1. Observar se são utilizados recursos disponíveis na comunidade;
2. Como tais recursos foram identificados e quem tem tentado utilizá-los;
3. Observar como o médico se relaciona com a comunidade; se realiza trabalhos no território, que trabalhos são esses e como se sente realizando os mesmos.

· Fluxo de serviços

- ☐ Aumento dos encaminhamentos
- ☐ Diminuição dos encaminhamentos
- ☐ Relação equipe APS e atenção especializada
- ☐ Aumento de visitas domiciliares
- ☐ Observar a sala de situação das unidades
- ☐ Comunicação entre pares