

O Projeto Mais Médicos para o Brasil:

desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados

Hilton P. Silva^(a)
 Roseane Bittencourt Tavares^(b)
 Yamila Comes^(c)
 Lucélia Luiz Pereira^(d)
 Helena Eri Shimizu^(e)

Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1257-68.

The More Doctors for Brazil Project (PMMB) was created in 2013 aiming to provide physicians to difficult to reach areas, and to offer to medical doctors from Brazil and other countries training in Family Medicine. This paper analyzes aspects related to motivations, processes and working conditions in Primary Care, the health situation, the functioning of the Brazilian National Health System (SUS), and the relationship with managers in the municipalities, using interviews with 44 Cuban physicians working in 32 municipalities of all regions of the country. Their reports show that they have an acute sense of observation and manage to compose a detailed diagnostic of their working environment, demonstrating the lack of support still prevailing in the Primary Care of the municipalities. However, they also show that, with adequate training, it is possible to do quality health care even in conditions of great adversity.

Keywords: Primary Health Care. Public Health. Rural areas. Medical education.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado em 2013 visando prover médicos para áreas de difícil fixação de profissionais e oferecer treinamento em Saúde da Família para médicos brasileiros e estrangeiros. Neste artigo, são analisados aspectos relacionados às motivações, ao processo e condições de trabalho na Atenção Básica, à situação de saúde nos municípios, ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à relação com os gestores, a partir de entrevistas com 44 médicos cubanos, trabalhando em 32 municípios de todas as regiões do Brasil. As falas mostram que os cooperados têm um agudo senso de observação e conseguem fazer um detalhado diagnóstico situacional de suas áreas de atuação, demonstrando a precariedade ainda prevalente na Atenção Básica nos municípios. Porém, eles também evidenciam que, com a adequada formação, é possível fazer atenção primária de qualidade, mesmo diante de grandes adversidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Zona rural. Formação médica.

Edgar Merchan-Hamann^(f)
 Ximena Pamela Bermúdez^(g)

^(a, b) Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Pará. Cidade Universitária José da Silveira Netto R. Augusto Corrêa, 01, Campus Universitário do Guamá. Belém, PA, Brasil. 66075-900. hdsilva@ufpa.br; roseanebtavares@yahoo.com.br

^(c, e, f, g) Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília (UNN). Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com, shimizu@unb.br; merchan.hamann@gmail.com; ximenapam@gmail.com

^(d) Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. lucelia@unb.br

Introdução

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

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

Em 2014, foi iniciado esforço para desenvolver pesquisas empíricas que pudessem avaliar os impactos do PMMB e subsidiar o processo de tomada de decisão dos gestores das esferas federal, estadual e municipal, visando ao aperfeiçoamento das intervenções públicas em saúde. Este artigo resulta de uma destas iniciativas, tendo como foco específico o olhar dos médicos cooperados sobre a AB no Brasil, sobre o SUS e sobre como eles consideram que o PMMB influencia sua implementação e fortalecimento.

Metodologia

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

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

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

^(g) Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado pelo CNPq e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

Realizou-se uma entrevista nos municípios que tinham um médico do PMMB e duas nos municípios que tinham dois ou mais médicos do programa. Optou-se por utilizar neste artigo apenas os registros dos médicos de nacionalidade cubana, uma vez que aqueles profissionais têm formação prévia específica na área de AB/Medicina de Família e compõem a maioria absoluta dos médicos do programa.

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

Emergiram das entrevistas as seguintes categorias temáticas: motivações para participar do PMMB, processos e condições de trabalho na AB; situação de saúde nos municípios e funcionamento do SUS e a relação dos médicos com os gestores.

O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2015. Tratou-se da primeira etapa da avaliação do projeto, que ocorrerá em três etapas envolvendo, além de médicos, gestores, outros profissionais de saúde e usuários dos municípios selecionados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS-UNB) e todos os médicos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual detalharam-se o objetivo da pesquisa e as condições da sua participação.

Resultados

Motivações

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

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

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

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

Na missão da Venezuela, que foi a missão “Bairro a dentro”, foi uma missão também muito bonita, que chegamos pela primeira vez em 2003, novembro de 2003, a Venezuela. Também trabalhei em zona rural e no centro de Venezuela [...] como médica geral/integral e Medicina comunitária. A experiência foi muito boa, porque no início não tinha consultório onde trabalhar e iniciamos o trabalho casa a casa. (Med. 20 – PA)

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

Para outros profissionais, a experiência em Cuba é também um elemento importante na motivação para o exercício da Medicina em outros territórios, pois possibilitou praticar a profissão nas áreas rurais e no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS); na Medicina Integral; e nos consultórios populares:

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

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

Processos e condições de trabalho na Atenção Básica

Uma das primeiras observações nas entrevistas desses profissionais diz respeito à organização da jornada de trabalho. Os médicos relatam que trabalham, em geral, oito horas diariamente, com exceção de sexta-feira, dia estipulado para participar do curso de especialização em Saúde da Família que também constitui parte das atribuições pactuadas no PMMB, com o intuito de contribuir para a formação dos médicos intercambistas e, nesse processo, apresentar a eles a forma como se estrutura, no Brasil, o modelo de APS e desenvolver estratégias de educação permanente. De acordo com alguns dos entrevistados, o horário deve ser cumprido rigorosamente, pois é necessário que os médicos estejam disponíveis a serviço da população. Entretanto, essa carga horária pode ser ultrapassada devido à necessidade de atender pacientes por demanda espontânea e por emergências ou, ainda, em visitas domiciliares em áreas distantes. Ademais, percebe-se que o trabalho cotidiano é organizado em função das peculiaridades do lugar de inserção e das demandas locais. Em uma situação típica, o médico relata: “Faço consultas de oito horas às doze horas e meia, mais ou menos. E à tarde eu faço consulta de duas às cinco ou saio para fazer visita domiciliar também em toda à tarde”. (Med. 2 – MG)

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

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

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

A carga horária é dividida em atendimentos na unidade (agendados, atendimento de demanda emergente, atendimento às gestantes e às crianças); um turno é utilizado para visitas

domiciliares; um dia, atendimento na zona rural em diferentes lugares; um turno, reunião com a equipe do [Programa Saúde da Família] PSF; e atividades educativas nas escolas, quando há campanhas temáticas. (Med. 10 – AL)

Segundo os relatos, o número de pacientes atendidos por dia varia entre dez e cinquenta pessoas. Para alguns, a média de atendimentos em um dia oscila entre 25 e 35 pacientes, o que é considerado uma grande demanda. Há também considerável diferença de acordo com o dia da semana. Um fator que influencia o número de consultas é o tempo dedicado a cada paciente. Alguns afirmaram que varia entre dez e 15 ou entre dez e vinte minutos, pois são muitos pacientes para poucas horas de trabalho. Afirmaram que esse tempo depende de vários fatores, como a doença investigada; o paciente (se é conhecido ou se vem pela primeira vez à consulta); a idade; a comunidade de origem; os tipos de exames físicos precisam ser feitos; a necessidade de escutar o paciente, de fazer a anamnese detalhada e, ainda, da instrução sobre a medicação prescrita; e se é uma consulta normal ou uma urgência. Gestantes e pacientes com doença mental requerem mais tempo. A consulta pode chegar a quarenta minutos, se for preciso, dependendo do quadro clínico do paciente, incluindo a prescrição de exames, em especial, se for um indivíduo que está se consultando pela primeira vez.

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

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

Em relação à visita domiciliar:

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

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

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

A situação da Atenção Básica e de saúde nos municípios

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

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

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

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

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

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

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

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

Avaliação do funcionamento do SUS e da relação com os gestores

Sobre os serviços de saúde, os médicos relataram que é necessário desenvolver melhorias na organização, devido à existência de diversos problemas, como a insuficiência constante de

medicamentos e a falta de combustível para o transporte do médico – o que impede que seja feita a visita domiciliar –, frequentes trocas nos gestores, carência de recursos para o atendimento cotidiano e falta de profissionais de Medicina nos plantões dos hospitais – que acabam precisando atender a muitos pacientes.

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

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

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

Segundo os entrevistados, dificuldades são frequentes também na realização de exames solicitados pelo médico, pois alguns são realizados somente nas capitais dos estados, que ficam distantes, muitas vezes impossibilitando que o exame seja levado a cabo e, conseqüentemente, que seja realizada uma análise integral do paciente. Dentre os problemas de transporte, destaca-se que não há ambulâncias ou que estas são insuficientes para levar os pacientes para tratamento fora do domicílio. Porém, para um número menor de cooperados, a organização não é perfeita, mas ainda assim é boa, pois consideram que há um bom atendimento: todos os que necessitam são encaminhados, os serviços são melhor organizados nesses casos e as UBS deles estão bem equipadas. Há equipes completas com dentistas, médicos, enfermeiros e ACS, e referem boa integração com os hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ambulâncias, etc.

As narrativas revelam dificuldades para realizar ações de acompanhamento a pacientes, que poderiam ser resolvidas nesse nível de atenção, mas que faltam alguns instrumentos adequados de trabalho básico: “Temos um problema muito grande que é com as grávidas. Nós não temos estetoscópio [...], isso é para detectar o batimento cardíaco fetal, temos problemas com isso. Atualmente estou fazendo com meu estetoscópio, que é difícil, mas que eu trato de logo escutar o batimento cardíaco-fetal [...]” (Med. 37 – PA).

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

Segundo um dos entrevistados:

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

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que os médicos cooperados mostraram-se bastante motivados para trabalhar em áreas remotas e de difícil provimento, objetivo principal do PMMB. A solidariedade foi recorrente no discurso desses médicos, como um valor que evocou a disposição para ajudar as pessoas que vivem em áreas longínquas, com escasso acesso aos serviços de saúde. Trata-se da solidariedade social, de alcance coletivo, que ultrapassa fronteiras e fundamenta-se no vínculo do reconhecimento recíproco entre as pessoas, isto é, pela necessidade das pessoas, enquanto seres sociais⁴.

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

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

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

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

Além das consultas, os médicos afirmaram realizar atividades educativas, especialmente palestras nas unidades de saúde para os grupos de hipertensos e diabéticos, nas escolas e na comunidade. Realizam também visitas domiciliares, principalmente para as pessoas com dificuldade de locomoção, mas também por sua própria iniciativa. Nessas visitas, o olhar do médico parece abranger competências relacionadas à vigilância, que inclui a verificação do ambiente, das condições socio sanitárias e de vida das pessoas de sua área adscrita. O trabalho de “terreno”, isto é, extramuros da Unidade de Saúde da Família (USF) – principalmente a visita domiciliar –, é bastante valorizado pelos médicos cooperados.

Quanto à situação de saúde em áreas remotas, observou-se um perfil epidemiológico complexo, no qual convivem simultaneamente as doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas e doenças originárias da escassez e da pobreza. Nesse sentido, alguns médicos cooperados demonstraram certa perplexidade, pois não esperavam encontrar essa situação em um país rico como o Brasil.

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

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

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

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

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

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

O Brasil ainda vivencia grande carência de recursos humanos na área da Saúde, principalmente no que se refere às áreas rurais e às populações social e economicamente mais vulnerabilizadas^{14,15}, que

são o principal foco do PMMB. Embora controverso, o PMMB ampliou significativamente o acesso e a efetividade da AB no país¹⁶⁻¹⁸, contribuindo para a universalização da AB e o reforço à resolutividade do Sistema Nacional de Saúde, elementos hoje considerados fundamentais por um grande número de nações^{19,20}.

Considerações finais

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

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

Como as entrevistas foram conduzidas ainda em um momento inicial da implementação do PMMB (2014-2015), quando os profissionais tinham pouca experiência nos seus locais de trabalho, há, nas opiniões dos profissionais, a necessidade de aguardar as próximas etapas de avaliação para analisar a consolidação ou a mudança do projeto e verificar quais resultados do programa foram efetivamente alcançados.

Agradecimentos

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

Colaboradores

A contribuição de cada autor foi, pelo menos, a seguinte:

- 1 - Hilton P. Silva – Coordenação da pesquisa, concepção do artigo, análise primária e secundária dos dados, redação inicial do artigo, revisão final e submissão do artigo (autor).
- 2 - Roseane Bittencourt Tavares – Coleta de dados em campo, preparação de bancos de dados, análise primária dos dados, levantamento bibliográfico e redação do artigo (coautora).
- 3 - Yamila Comes – Desenvolvimento da metodologia da pesquisa, descrição da metodologia da pesquisa no artigo, tradução do resumo para espanhol e apoio na redação do artigo (coautora).
- 4 - Lucélia Luis Pereira – Descrição metodológica, tradução do resumo para inglês, discussão dos dados, revisão do artigo (coautora).

5 - Helena Eri Shimizu – Análise secundária dos dados, redação da discussão e revisão do artigo (coautora).

6 - Edgar Merchan-Hamann – Discussão dos resultados, redação da discussão, revisão final do artigo (coautor).

7 - Ximena Pamela Bermúdez – Análise e discussão dos dados secundários, revisão da bibliografia, formatação final do artigo (coautora).

Observação: Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 621/2013. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9/12/1993, e 6.932, de 07/07/1981; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013 [acesso em 13 out 2015]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp.jsp?sessionid=7CD6D0862880808789CE90287211EDB4.node2?idProposicao=584020&ord=1&tp=reduzida.
2. Fernandes CA. Análise do discurso: reflexões introdutórias. 2ª ed.. São Carlos: Claraluz; 2008.
3. Gondim S, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. Cad Gestão Soc. 2009; 2(1): 9-26.
4. Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. Saúde Soc. 2015; 24 Supl 1: 152-161.
5. Nogueira MI. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. Physis. 2014; 24(3):909-30.
6. Gorry C. Latin American Medical School Class of 2015: exclusive with Cuban-trained US Graduates. MEDICC Rev. 2015; 17(3):7-11.
7. Taylor AL, Dhillon IS. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of health personnel: the evolution of Global Health Diplomacy. Glob Health Gov. 2011; 5(1):1-24.
8. Candice R, George G, Enigbokan O. The benefits of working abroad for British General Practice trainee doctors: the London deanery out of programme experience in South Africa. BMC Med Educ. 2015; 15:174. doi: 10.1186/s12909-015-0447-6. PMCID: PMC4606846.
9. Hafner M, Moraes M, Marvulo M, Bracciali L, Carvalho M, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15 Supl 1:1715-24.
10. Shimizu H, Carvalho Junior D. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(9): 2405-14.
11. Conselho Federal de Medicina. Fiscalização em cerca de mil unidades comprova sucateamento na Atenção Básica [Internet]. CFM. 2 Mar 2015 [citado 21 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25365:2015-03-02-15-36-16&catid=3.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Características das unidades de saúde [Internet]. In: Gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.1. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado 26 Out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Insumos e medicamentos nas unidades básicas de saúde [Internet]. In: Gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.2. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado em 26 out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.pdf.
14. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Rev ABPN. 2015; 7(16): 28-51.
15. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo; 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina.
16. Ribeiro RC. Programa Mais Médico - um equívoco conceitual. Cienc Saude Colet. 2015; 20(2):421-4.
17. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2015; 20(11): 3547-52.
18. TCU. Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos entre junho de 2013 e março de 2014. GRUPO I – CLASSE V – Plenário TC nº 005.391/2014-8 [internet]; 2014 [citado 20 Mar 2016]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU_Mais_Medicos.pdf.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
20. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):379-85.

Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. Proyecto Más Médicos para Brasil - desafíos y contribuciones para la Atención Primaria desde la perspectiva de los médicos cooperantes. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1257-68.

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

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud Pública. Medio rural. Formación médica.

Submetido em 21/06/2016. Aprovado em 08/05/2017.