



Artigos Originais

Impacto Social do Programa Mais Médicos no Vale do Rio Itajaí: de palavras tensas a palavras discriminatórias¹

Social Impact of the More Medical Doctors Program in Rio Itajaí Valley:
from tense words to discriminatory ones

Carlos Eduardo Maximo¹
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: Este texto constitui parte do corpo de trabalhos de análise decorrentes da pesquisa sobre o impacto social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina. Para este recorte foram tomados como alvo de estudo as informações produzidas em dois grupos focais realizados nas Regiões de Saúde do Alto e Médio Vale do Itajaí, com gestores municipais de saúde. O material transcrito, a partir das gravações dos grupos focais, foi refletido a partir do sentido de suas palavras tomadas como artefatos culturais historicamente situados. As categorias de análise construídas a posteriori resultaram em dois domínios: Palavras tensas: limites na apropriação do Programa; Palavras discriminatórias: negação e resistência no trabalho em saúde. As reflexões apontam para a necessidade de uma retomada estratégica do Programa Mais Médicos sob a forma de diálogos entre os entes federados da gestão do SUS; investimento em educação de gestores; desenvolvimento de relações de tolerância étnica, cultural e política no trabalho em saúde, e de prospecção de novas relações de trabalho que rompam com a condição de opressão e alienação do trabalhador em saúde, brasileiro ou estrangeiro, para a construção de uma sociedade baseada na garantia de direitos sociais.

Palavras-chave: sistema único de saúde, atenção básica, educação; medicina comunitária.

Abstract: This text is part of the set of analysis papers deriving from a research on the social impact of the More Medical Doctors Program in Santa Catarina. For this cut off, the study targeted the information produced within two focus groups from the Health Regions from the High and Mean Itajaí Valley with municipal health managers. The material transcribed from the records made with the focus groups was reflected from the sense of their words seen as cultural artifacts that were historically based. The analysis categories constructed a *posteriori* resulted in two realms: Tense words: limits in the appropriation of the Program; Discriminatory words: negation and resistance in the health work. The reflections point out to the need of a strategic resumption of the More Medical Doctors Program under the form of dialogues among the federation entities of the SUS management; investment in the managers' education; development of ethnical, cultural and political tolerance relations within the health work and the prospection of new work relations that break with the oppression and alienation condition of the health worker, either the Brazilian or the foreign, for the construction of a society based in the guarantee of social rights.

Keywords: unique health system, primary healthcare, education, community medicine.

1. Introdução

O presente texto emerge como diálogo com a multiplicidade de vozes postas nos enfrentamentos cotidianos pela preservação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seus quase trinta anos de existência, o SUS tem convivido com forças conservadoras que insistem em descaracterizar a sua condição de maior bem público da sociedade brasileira. Face à supremacia deste movimento essencialmente antidemocrático e ao descaso com que o direito à educação é tratado no Brasil, a grande maioria da população usuária do SUS tende a internalizar o seu Sistema de Saúde como uma benevolência de oferta de procedimentos clínico-laboratoriais e cirúrgicos.

¹ Produto da pesquisa estadual Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014/1, Termo 2015TR363, e realizada com o apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

O reconhecimento social de que a assistência a doenças não é benevolência, mas um direito universal, consagrado na Constituição de 1988¹, um bem capital real, implica não a discussão de oferta e demanda, mas em avanço político e econômico para os brasileiros. Político, no sentido da necessidade de transpor a distância entre Estado e Sociedade, para que o diálogo pelo direito à saúde alcance os brasileiros em seus cotidianos e os transforme, da condição de pedintes por ofertas procedimentais e expectadores de estratégias sanitária-campanhista, em sujeitos históricos que se reconheçam na posse do bem público. Econômico, como consequência desta política de apropriação que, em suas relações, vai gerando matizes de res pública e criando o domínio da materialidade coletiva na vida em sociedade.

Tomando como base uma questão histórica do SUS - a dificuldade para atrair médicos para a atenção básica - no contexto do Programa Mais Médicos (PMM)¹, este texto apresenta algumas reflexões sobre o impacto social gerado por este Programa na Macrorregião Vale do Rio Itajaí, SC.

A tessitura das reflexões se dará a partir de relações engendradas com excertos de falas de secretários municipais de saúde da respectiva Macrorregião, entrando os autores em diálogo com as palavras manifestas, na tentativa de identificar se elas traduzem relações que refletem o domínio de práticas conservadoras em prol da manutenção de relações sociais de opressão e submissão e, ao mesmo tempo, força de contradição; e na tentativa de olhar os espaços sociais como possibilidade, para além da facticidade.

Na perspectiva aqui assumida, impacto social é um domínio da política, da sociedade e da cultura - um produto de expressões históricas dos modos como os sujeitos e as suas sociedades locais se relacionam com as instituições de saúde, o Estado e as diferenças socioculturais.

2. Metodologia

2.1 Delineamento

Estudo do tipo qualitativo, de abordagem dialética, desenvolvido na relação entre texto e contexto. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade do Vale do Itajaí, SC sob o número sob o parecer 1.177.923, e desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Corresponde a um desdobramento da pesquisa estadual mista "Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas", realizada com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014-1 Universal, e apoio direto da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

A proposta debruçou-se sobre o diálogo com o texto coletivo, constituído das palavras manifestas, de parte de uma realidade social do PMM em Santa Catarina.

Comportando-se como recurso da expressão humana, as palavras mostram-se preenchidas da realidade processualmente tramada em importantes processos de acontecer humanos, como nas relações de trabalho, educação e no movimento da pólis, enredo político da existência em sociedade. Elas são artefatos humanos que ocupam lugar na linguagem. Como construção humana refletem e refratam o universo de relações históricas, objetivadas nas práticas sociais de cada contexto.

Deste modo, as palavras não são meramente manifestações comunicacionais aleatórias, pois cumprem um papel social: o de reconstruir a história em contextos determinados. Vygotsky² ratifica esta perspectiva ao afirmar que a palavra é um microcosmo da consciência humana. Consciência que é relação social e domínio subjetivo construído nas práticas sociais.

No mesmo horizonte ético, Paulo Freire³ toma a palavra como ferramenta, arma que liberta, mas que também oprime. A palavra que liberta é palavra-ação, domínio da palavra que faz acontecer o desvelamento das relações históricas de opressão. A palavra que resulta de relações de alienação, por sua vez, ainda não é palavra própria da pessoa que a põe na ação, mas palavra do outro (relação de submissão) que lhe rouba o lugar na sua possibilidade de fazer a história na direção de suas necessidades.

2.2 Participantes

O levantamento de campo foi realizado, em 2016, nas duas Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião de Saúde do Vale do Rio Itajaí: Alto Vale e Médio Vale. A região Alto Vale é

composta por vinte e oito (28) municípios, e contava com vinte e seis (26) médicos pelo PMM, distribuídos em dezessete (17) de seus municípios, em março de 2016. O Médio Vale, por seu turno, é composto por quatorze (14) municípios e contava, no mesmo período, com quarenta e oito (48) médicos pelo Mais Médicos, lotados em onze (11) municípios.

Os participantes foram secretários municipais de saúde de municípios vinculados ao Programa. Do total de vinte e oito (28) municípios desta Macrorregião, com Mais Médicos, dezessete (17) participaram do estudo.

2.3 Instrumento e cenários

A técnica de coleta de dados foi grupo focal. A escolha por esta modalidade de entrevista coletiva se deu em virtude da intenção de reunir, em interação, informações e percepções sobre o Programa, em municípios do Vale do Rio Itajaí. Em um grupo focal, as reflexões sobre o objeto são geradas na troca de saberes e experiências⁴.

As entrevistas coletivas foram realizadas em reuniões mensais das Comissões Inترgestores Regionais (CIR) da Macrorregião de Saúde do Vale do Rio Itajaí: na reunião da CIR/Médio Vale e na reunião da CIR/Alto Vale. Essas Comissões constituem-se em fóruns propositivos e deliberativos sobre a operacionalidade, organização e funcionamento do SUS, no âmbito das regiões de saúde⁵.

Após a apresentação da pesquisa estadual, e o convite para firmar a participação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em ambos os espaços, o moderador executou um roteiro semiestruturado, conferindo liberdade para que os participantes conduzissem o fluxo do debate.

Vale registrar que no grupo focal realizado no Alto Vale, cinco (5) secretários de saúde de municípios não envolvidos com o Mais Médicos, presentes no encontro em função de a reunião da CIR se tratar de uma reunião mensal de todos os municípios da Região de Saúde, manifestaram o interesse em participar da entrevista, através de algumas colocações implicadas ao Programa. Deste modo, o grupo focal do Alto Vale acabou contando com a participação de treze (13) secretários municipais de saúde, sendo que oito (8) possuíam o PMM, em seus municípios de atuação, e cinco (5) não possuíam.

No Médio Vale, um gestor de um município sem Mais Médicos manifestou o interesse em participar. Em função desta adesão, a entrevista coletiva contou com a participação de onze (11) secretários municipais de saúde, dos quais dez (10) possuíam médico(s) pelo Programa.

3. Desenvolvimento da Relação com os Dados e Discussão

3.1 Palavras tensas: limites no processo de apropriação do Programa

Os registros das falas dos participantes, nos dois grupos focais do Médio e Alto Vale do Itajaí, resultaram em um texto de diálogos de gestores com o PMM. Da relação entre este *corpus* e o marco teórico dos autores emergiram as reflexões, expostas a seguir.

Os movimentos de aproximação, distanciamento e reaproximação do texto dos gestores revelaram uma peculiaridade: ausência de referência ao conteúdo da Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013, a que institui o Programa Mais Médicos. Em nenhum momento, os secretários municipais de saúde referiram este texto. Esta sinalização torna-se importante, desde já, à medida que as reflexões, descritas ao longo desta categoria, remetem à posição marginal ocupada pelo documento, considerado o marco regulamentário do Mais Médicos⁶.

Já em seu Artigo 1º, a finalidade e os objetivos do Mais Médicos estão explícitos: o Programa tem por finalidade "formar recursos na área médica para o SUS", e seus oito objetivos versam sobre a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; fortalecimento da atenção básica; melhoria da formação médica e incremento da relação desta formação com o campo de práticas; fortalecimento da política de educação permanente e a integração ensino-serviço; favorecimento da troca de experiências entre médicos nacionais de diferentes contextos assim como com estrangeiros; e estímulo para a realização de pesquisas sobre a realidade do SUS⁶.

A finalidade do Programa, portanto, não é angariar um contingente aleatório de massa humana médica, para socialmente demonstrar o preenchimento de vazios da atenção médica na atenção básica, mas formar para o SUS, na atenção básica. Corresponde, portanto, a uma

ação dirigida para a garantia constitucional de ser da competência do SUS o ordenamento da formação em saúde¹. Os oito objetivos, foram dispostos, portanto, à serviço desta finalidade. Eles não estão nela configurados por uma decisão técnico-administrativa do executivo do Ministério da Saúde, mas para traduzir, sobretudo, a necessidade premente do SUS: de formar o seu trabalhador.

Em que pese a dialética entre provimento de curto prazo e direito de todos à atenção médica na atenção básica, a possibilidade de política de médio e longo prazo para a formação médica também foi disparada pelo Programa. Vale assinalar que o Mais Médicos é formado por três eixos: provimento emergencial, aumento da oferta de cursos de graduação e residência médica, e novos parâmetros para a formação médica. Com políticas de curto, médio e longo prazo, portanto, a iniciativa acabou enfrentando o perverso sistema político, que se alimenta da histórica hegemonia elitista-privativa da formação médica⁶, avessa à medicina comunitária, indo ao encontro da formação médica para a atenção básica do SUS, em caráter imediato e provisório, e em médio e longo prazos.

No entanto, ainda que a Lei deixe claro a finalidade e objetivos do Programa, é importante ponderar que seu texto não é de fácil compreensão. É no processo de mergulho no complexo arcabouço do Programa, em relação com os movimentos conjunturais e com os de elegibilidade de médicos e municípios, que se encontra condições de possibilidades para traduzir os movimentos do Estado brasileiro na disposição Mais Médicos.

No escopo específico da ponderação ora apresentada, observa-se, por exemplo, no texto da Lei, que o Programa foi direcionado para médicos brasileiros e intercambistas, mas com a previsão de acordos com organismos internacionais, provavelmente para garantir o ingresso de médicos estrangeiros, através de acordos de cooperação, caso não houvesse interesse individual de médicos brasileiros e de médicos formados no exterior. Há uma Seção extensa destinada ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cujos médicos elegíveis são brasileiros e intercambistas. Em contrapartida, somente ao final do texto, em um Artigo de poucas palavras, mas com sentido denso (Art. 23º), a Lei dispõe a possibilidade de o Brasil fazer acordos com organismos internacionais para concretizar o provimento⁶.

Esta ponderação reveste-se de importância, pois, além de os gestores não terem feito menção ao texto da Lei Mais Médicos, eles também demonstraram entender o Mais Médicos somente como provimento emergencial. Ao comentarem que a maioria de médicos vindos para o Vale é cubana, eles sinalizaram a compreensão de que o Programa é 'o' provimento emergencial, e que vir de Cuba ou da Argentina é fruto de um mesmo Projeto. Ou seja, pareciam desconhecer as distintas propostas do Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Projeto de Cooperação Mais Médicos.

Com base no arcabouço conhecido do Mais Médicos, é possível entender que o fluxo intenso de médicos cubanos se deu em função da falta de interesse de médicos brasileiros e intercambistas, revelado pela baixa adesão aos Editais lançados pelo Ministério da Saúde, para o primeiro ciclo: Edital nº 39/jul2013⁷; Edital nº 49/ago2013⁸; e Edital nº 4/jan 2014⁹.

Tendo como pano de fundo o vazio de manifestação sobre o texto da Lei Mais Médicos, o texto de diálogos dos gestores destacou, como mais debatidas, as seguintes questões: a motivação para a adesão ao Mais Médicos; a crítica quanto à formação médica de 8 horas semanais, para médicos do Mais Médicos; e a ênfase à cobertura de atenção médica na atenção básica.

Gestores referiram que a adesão ao Programa deu-se em virtude da necessidade de "aumento da cobertura", gerada pela dificuldade de atrair médicos para a atenção médica da atenção básica de municípios de pequeno porte do Vale. Eles expressaram que o que os motivou à adesão foram, fundamentalmente, "dificuldades de contratação e manutenção de profissional regular", "alta rotatividade" e "insustentabilidade financeira do custeio da saúde no município". Socializaram, também, que em municípios de pequeno porte, a dificuldade de desembolso de salários mais atrativos aos profissionais médicos brasileiros foi uma razão para adesão ao PMM.

Quando indagados sobre a dificuldade de fixação e/ou escassez de médico(s) na atenção básica, consenso praticamente consolidado como um problema do SUS e uma das razões para o Mais Médicos ter como finalidade a formação de médicos na atenção básica, gestores expressaram este limite como realidade local, argumentando que médicos brasileiros não têm interesse em trabalhar 40 horas semanais na Estratégia de Saúde da Família. Expressando esta carga horária como um impeditivo para atrair médicos regulares, mencionaram que a grande maioria de médicos interessa-se pela atenção básica desde que atrelada a 20 horas semanais, e que esta modalidade de contratação, por sua vez, encarece os custos com folha de pagamento e encargos sociais.

Em relação a essa dimensão do real, eles assinalaram que a inclusão de 8 horas de estudo na agenda semanal de trabalho do profissional do Mais Médicos é negativa ao desenvolvimento das atividades, devido à “má influência” gerada em demais médicos que não são do Programa e da sobrecarga produzida a outras unidades de saúde, já que vazios de atenção médica na atenção básica resultam em uma busca maior por pronto atendimentos. Esta fala reforça o desconhecimento dos eixos do Programa, por parte dos gestores. Na perspectiva aqui assumida, seria papel do gestor equacionar a situação, entre médicos regulares e médicos do Mais Médicos, já que o provimento é um provimento formador. No entanto, o que o texto revela é que a “questão do estudo do médico do Mais Médicos” não necessariamente tem que ser “oito horas contínuas”.

Um gestor assinalou que “o horário de trabalho tem que produzir procedimentos”, frente à necessidade de atendimento da população. Outros referiram que conseguiram organizar esta especificidade da “questão dos estudos” no diálogo com os próprios médicos do Programa: negociando dois períodos na semana, fracionados em quatro horas:

Como ponto negativo do programa é essa sexta-feira eles têm que estudar, isso pra nós é terrível porque quando a unidade de saúde tá fechada vai tudo pro ponto socorro então é bem complicado. Uma das situações que a gente levantou aqui é essa questão do horário de sexta-feira...sempre era nas sextas-feiras e a gente só organizou. Também não diz que tem que ser o dia inteiro né, então é meio período num dia e meio período no outro, daí eu acho que é uma questão de gestão e de organização do serviço, não é o programa que interfere, né, o programa sempre deu liberdade pra que a gestão pudesse organizar dessa forma.

Gestores também posicionaram-se sobre a intenção de garantir cobertura e oferecer algo melhor para a população no seu município.

Então nós tivemos que aderir pra aumentar a cobertura, eu quando eu entrei lá a minha preocupação sempre foi proporcionar um maior atendimento à população, e eu vi uma grande possibilidade nesse Programa (V 5).

Esta referência tem sua importância na discussão do impacto social do PMM, pois demonstra sensibilidades a serem exploradas no processo de acompanhamento e reflexão das possibilidades de alcance da proposta.

Lotta, Galvão e Favareto¹⁰ analisaram o Programa Mais Médicos pela perspectiva dos arranjos institucionais, configurando-os a partir de parâmetros como organização intersetorial, coordenação vertical (articulação entre os entes federativos), dimensão territorial e a participação dos atores no processo decisório. Aproximando este estudo da relação com as palavras do texto de gestores, percebe-se fragilidades no arranjo institucional do Mais Médicos.

Seja pela dificuldade teórico/conceitual e/ou falta de interesse e/ou qualquer outra razão, a pouca evidência de apropriação de elementos estratégicos do Programa, pelos gestores, pode significar equívoco estratégico, na construção do que os autores citados acima chamam de arranjo institucional do Programa.

Tendo em vista as condições de pressão econômica e política para a emergência do Mais Médicos, a percepção que se desenhou, nesta análise, é que o processo decisório gerou pouca possibilidade de debate e de produção de estratégias de convencimento, entre os atores envolvidos e os entes da federação, sobre a finalidade do Programa: formar médicos na atenção básica. Com efeito, a intenção de avanço democrático parece ter desaguado em, pelo menos, um reducionismo propositivo: baixa apropriação do arranjo do Programa e de seus elementos estratégicos, por aqueles que respondem pela gestão da saúde, em âmbito municipal.

Lorenzetti et al.¹¹ refletem sobre os processos de gestão em políticas de saúde e aludem à constrangedora situação de que cotidianamente se reproduz a idéia de que saber gerir se aprende na prática. Os autores apontam o vazio formativo em torno dos gestores quanto aos processos de gestão. Neste sentido, torna-se necessário provocar gestores via educação permanente sobre o trabalho em saúde, seu objeto, suas condições sociopolíticas, suas necessidades estratégicas e operacionais.

Tal provocação precisa ocorrer para além do âmbito da capacitação técnica. Um desenho interessante seria o de investir em um processo de educação a partir do universo político de seus atores considerando que suas falas, suas palavras são expressão de construções sociais.

Em perspectiva histórica, vê-se que a construção das políticas de saúde no Brasil, mesmo considerando suas contradições progressistas, serviram aos interesses das oligarquias que dominaram o estado brasileiro desde a primeira a primeira república. O *modus operandi* de interesses oligárquicos acabou por estabelecer na contemporaneidade uma política gerencial e burocrática. Esta modalidade política de gestão aliena pessoas, potenciais cidadãos, em práticas

de manutenção de um mínimo de direitos sociais justificadas pela preservação da eficácia financeira¹².

Em perspectiva contemporânea, o que dizer sobre a luta contra hegemônica, para fazer valer o SUS sonhado e conquistado? O que dizer sobre a gestão, em experiência com o Mais Médicos, com base na relação empreendida com as falas dos participantes deste estudo? Que mesmo quando redes contra hegemônicas de produção de conhecimento em saúde coletiva lutam pela concretização da formação em saúde para a atenção básica visando ao fortalecimento do SUS para todos; mesmo na presença dessas redes, que resistem ao SUS prescritivo e utilitário, aquele que nega o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde¹³ - saúde como uma questão de classes - para iluminar o conceito de risco da hegemonia, os gestores, destituídos de ampla formação permanente, parecem não alcançar as potencialidades da proposta do Mais Médicos. E, aqui, outra indagação: como entrelaçar essa falta de alcance? A fratura deste limite opressor pode ser iniciada por um encontro solidário entre academia e serviços. Por um encontro não *per se*, mas solidário, em que as relações sociais (de classe) sejam o farol educativo e em que as relações interpessoais se deem entre sujeitos concretos conduzidos pela vontade coletiva¹⁴ de defender o SUS sonhado e conquistado.

Como assinala Freire³, a relação de opressão se constitui desde o encobrimento das relações históricas de alienação, materializadas por práticas de educação. Essas práticas de educação não estão ligadas apenas ao domínio da escola formal, mas, sobretudo, ao domínio das relações de trabalho e das mais variadas formas de sociabilidades que reproduzem o cotidiano de uma dada sociedade. Educação não é apenas didática e técnica, mas, acima de tudo, um ato de problematização da realidade social. Frente a esta perspectiva, a qualificação do desenvolvimento do Programa Mais Médicos, em seu segundo ciclo, em curso, depende de uma retomada estratégica sob a forma de diálogos entre os entes federados da gestão do SUS.

Tal estratégia pode consistir em instigar atores do processo de construção do SUS para que carreguem as palavras que expressam sua relação com o Sistema de Saúde no domínio das relações concretas que constituem os territórios catarinenses, e, também, os demais deste País. O vazio de concretude nas palavras de quem planeja e participa das políticas públicas pode se dar pela condição de alienação de seus atores que, ou não se reconhecem como pessoas com as mesmas necessidades de saúde, ou não reconhecem as pessoas dessas necessidades em sua humanidade.

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra dos demais^{3:78}.

Reconhecer a humanidade de quem participa do Sistema de Saúde é quebrar o silêncio pragmático da tomada de decisão. A ruptura do silêncio administrativo é alcançada em nível dos coletivos de trabalho que pronunciam sua palavra, ou ainda, suas palavras, condição própria do diálogo que acolhe e reflete as contradições históricas na sociedade.

3.2 Palavras discriminatórias: negação e resistência no trabalho em saúde

Ao garantir o provimento emergencial como um de seus eixos, o Programa Mais Médicos expõe a intenção de favorecer o intercâmbio entre médicos de diferentes contextos¹. Para tanto, a circulação de profissionais brasileiros de diferentes regiões do país, bem como a inserção de estrangeiros, torna-se estratégica.

Segundo os participantes da pesquisa, os médicos encaminhados pelo Programa aos municípios das duas Regiões de Saúde são brasileiros, cubanos, argentinos e italiano, com a participação, já mencionada, mais expressiva de cubanos.

Durante os debates que circularam nos grupos focais, gestores usavam frequentemente expressões discriminatórias ao posicionarem-se quanto aos profissionais do Programa. Essas expressões os apontavam como "rebeldes", "lentos", "complicados" e remetiam a posturas de gestão que lhes desqualificavam como trabalhadores. Mencionavam os gestores que iriam devolver o trabalhador para o Ministério da Saúde como se fosse objeto de troca. Não raramente expressaram: "se não funcionou, troca"; "o meu ou a minha incomodou, deu trabalho, não se adaptou às necessidades do município".

Percebe-se, em tais expressões, o quão eticamente questionável é esta discriminação externada por gestores. Compreendida como uma prática de relação de poder, executada por

um grupo social sobre as pessoas de outro grupo social, para fins de exclusão deste, a discriminação atua atribuindo menor valor moral ao grupo a ser excluído, enquanto os membros do grupo que excluí são investidos de atributos virtuosos¹⁵. No contexto do estudo, as expressões discriminatórias acabam encontrando ancoragem no suposto caráter virtuoso do grupo gestor que “troca de médico” em caso de este não “se adaptar às necessidades do município”. Além deste distrato ético para com os de outro grupo social, enquanto seres humanos, tal postura retira o lugar de diálogo com pessoas distintas e fecha a possibilidade de troca cultural, política e mesmo científica.

Guareschi¹⁶ aponta que as relações com o outro são relações que transcendem o domínio interativo, no caso, administrativo, e alcançam o domínio de valores éticos historicamente construídos que podem tornar o outro exótico, perigoso, superior, inferior.

Neste sentido, Thompson^{17:208} enuncia que os contextos culturalmente determinados constituem campos de interação nos quais os sujeitos se movem a partir de estratégias de valorização simbólica. Dentre estas estratégias baseadas em uma posição dominante, os sujeitos podem usar recursos de distinção para um determinado grupo, condescendência em relação a outros considerados incapazes ou frágeis, ou menosprezo para aqueles que serão desqualificados. “Isto é, considerando as formas simbólicas produzidas por aqueles que estão abaixo deles como defeituosas, desajeitadas, imaturas ou grosseiras”.

A diferença de nacionalidade como problema apareceu como justificativa para indicações de dificuldades com a manutenção do Programa, nos municípios. Em ambos os grupos focais, esta questão foi posta na roda, com o detalhe de que não houve contra argumentação, o que sugere um dado assentimento de demais gestores sobre as posições assumidas por aqueles que assim se manifestaram. Abaixo, um trecho que denota este modo de ver/perceber o outro, o nacionalmente diferente:

E nós temos uma dinâmica: tem que atender na consulta humanizada mais um número de consultas. Então não tá funcionando; eu tive problema com um médico e eu troquei, um outro veio de outro município, eles mandaram de lá e eu mandei esse pra lá, então digamos que ele é um rebelde esse, um rebelde próximo pra voltar pra Cuba, e to falando a verdade.

Expressões do tipo “eu troquei”, “um rebelde próximo pra voltar pra Cuba”, carregam uma dimensão simbólica que acaba inserindo o trabalhador da saúde na condição de objeto; de objeto de troca, de controle, que está sujeito ao uso de quem administra o serviço. A proposição, não tão velada nesta fala, discrimina e menospreza não apenas o trabalhador como também seu lugar de origem, um país que historicamente lida com suas próprias contradições e pressões do capitalismo internacional para manter políticas baseadas na equidade como justiça social e acesso para todos. Talvez todo o estado aversivo a políticas populares, gerado pelas forças conservadoras no Brasil nos últimos anos, aumente a disposição discriminatória frente a qualquer proposta ou pessoa que se vincule ou lembre relação com tais referências populares.

A dificuldade em admitir a distinção cultural e política dos médicos envolvidos no PMM faz com que algumas falas percam de vista a dimensão da política proposta pela parceria entre Ministério da Saúde e o da Educação e gerem manifestações que estereotipam o Programa como Programa de cubanos. “Eu, como gestor tenho a certeza que eu não renovarei com os cubanos pro próximo ano”. Deste modo, não está em questão a finalidade, objetivos e diretrizes do Programa e a fias intenções da Lei n. 12.871/2013, mas a relação com sujeitos que atuam e pensam de modo diferente frente ao processo de trabalho na atenção básica.

Claro, não se trata de tomar a condição de cubano, argentino, italiano, boliviano como condição tácita para a boa prática de saúde. Contudo, entende-se que em relações de trabalho, e muito mais em um trabalho que deveria ser coletivo, posto que é público, a consideração pela diversidade de saberes e a composição de práticas diversas que caminhem na direção da satisfação das necessidades de saúde da população tornam-se imperativos. O diálogo franco e participativo propicia o processo de trabalho mais tenso, mais vivo, criativo e problematizador das necessidades¹⁸, uma vez que mesmo estas são produções de relações sociais próprias das formações sócio econômicas interessadas em tornar as pessoas peças para sua finalidade de lucro e perpetuação gerencial.

Melo¹⁹, ao refletir sobre as possibilidades do PMM, refere que o impacto do Programa deveria se dar não apenas no plano da resolução dos problemas jurídico e financeiros dos municípios, mas na qualificação da micropolítica do processo de trabalho na atenção básica.

Neste âmbito, e em meio às falas discriminatórias, acerca dos profissionais do Programa e da exposição de um modelo de gestão autoritário, cabe destacar um posicionamento singular:

A nossa médica que veio lá se encaixou muito bem, o perfil dela é basicamente pra cidade pequena e ela tem muito essa integração na cidade, vamos dizer lá até a gente acha, os próprios moradores acharam uma surpresa o médico se tão disponível, andar na rua, porque aqui, basicamente aqui no Brasil, o médico (e olha que tenho até sobrinha que se formou médica) é sempre criado num patamar acima; a nossa lá, do Mais Médicos, ela se porta como um simples trabalhador que faz uma profissão qualquer então ela tá muito disponível pra sociedade.

Principalmente, na experiência dos municípios menores, esta perspectiva para a atuação comunitária, com base em 'disposição para', mencionada no excerto acima, deixa marcas na cultura local do trabalho em saúde. Tal engajamento, de profissionais de saúde disponíveis para a comunidade, tem potencial para gerar novas condições políticas e culturais, no que tange às expectativas da sociedade quanto ao Sistema de Saúde. Isto concorre para que, ao contrário de fortalecer a hegemonia burocrática que toma o PMM como 'programa de cubanos', a relação com as diferenças envolvidas seja revestida de curiosidade pela forma de atuar e pela relação com outro idioma, e gere disposição para criar saídas de aproximação entre profissionais do Programa, profissionais da rede local e população:

E em relação à atuação deles no município nós tivemos também a comunidade com algumas dificuldades de entendimento da língua e aí nós tivemos que disponibilizar uma enfermeira ou um técnico de enfermagem pra acompanhar as consultas pra poder orientá-los também em relação à atuação deles junto àquela comunidade porque cada comunidade tem a sua particularidade.

Sanar as dificuldades com ajustes locais demonstra a intenção de viabilizar trocas culturais e de aproximar o trabalho em saúde à comunidade. A curiosidade e a surpresa com o diferente foram referidas em vários momentos, por alguns participantes, quando comentavam situações nas quais, sem querer, flagravam uma consulta médica que além de transcorrer em tempo maior do habitual, era uma consulta gerada em trocas de olhares, disposição para a escuta e uso do toque. As surpresas e diálogos com a diferença possibilitaram outras relações com o Programa, o que por si impacta as relações de trabalho na atenção básica:

A realidade do nosso município é de total aceitação, inclusive depoimento de usuário, depoimento de equipe, trabalho em prol da defesa da manutenção do programa, renovação dos contratos, nesse último mês recebemos mais três profissionais, hoje fecham nove médicos do programa atuando no município, temos dezesseis equipes, então, a maior parte das nossas equipes são com médicos, médicos do programa e intercambistas.

Enquanto essas relações de tolerância possibilitam o avanço de relações de trabalho, as relações de intolerância revelam não apenas as dificuldades dos processos de sociabilidades como servem de justificativa para problemas. Utilizar a intolerância étnica ou política como forma de negação das possibilidades do Programa pode também camuflar a não aceitação da história da Reforma Sanitária e seus efeitos na constituição do SUS. O processo da Reforma, já mencionado, está diretamente ligado com a luta por uma sociedade que supere a história brasileira de relações oportunistas e clientelistas entre Estado e sociedade civil²⁰.

Deste modo, o impacto do Programa Mais Médicos nas regiões do Médio e Alto Vale do Itajaí foi pensado no processo histórico e político do seu cotidiano e na medida em que este é articulado a práxis na sociedade. Tal exercício reflexivo, ao tornar-se público, poderá entrar em diálogo com atores do contexto histórico em discussão. Assim, poderá gerar possíveis estranhamentos aos sujeitos nos campos de práticas em torno do SUS e criar espaços para a construção de novas possibilidades históricas.

4. Considerações Finais

A construção do SUS está a caminho. Novidade? Claro que não! Contudo, é sempre bom lembrar do caminho enquanto se caminha para não ficar à beira da estrada perdido(a) na poeira dos acontecimentos que turvam a apreensão do horizonte.

A oportunidade de analisar este recorte da pesquisa estadual, em um momento de poeira tão cinzenta, permitiu aos autores retomar o contato com leituras antigas e outras, até então, negligenciadas. A leitura exaustiva do documento gerado nos grupos focais do Médio e Alto Vale do Itajaí ofereceu a oportunidade de soprar um pouco da poeira que envolve a todos, academia, serviços e comunidades, e poder pensar no estado de coisas, ou de, pelo menos, algumas coisas que atravessam os caminhos de materialização do SUS.

Neste movimento de tomar falas de duas reuniões regionais de saúde, que não se constituem mais do que fragmentos do modo de pensar a gestão da saúde na Macrorregião, é

sempre importante lembrar a tese de Vygotski² de que a palavra é um microcosmo da consciência humana, para pensar que a história social está sempre presente no movimento humanos mais desavisados.

Pessoas são pessoas com a objetivação possível da sociedade em que vivem. Assim, cada palavra ou contra palavra é um diálogo social tenso e o uníssono das palavras, em qualquer que seja o coletivo, é sempre o risco do fechamento dos diálogos e a chegada da alienação a práticas totalitárias. Deste modo, as tensões e asperezas geradas neste texto têm por perspectiva dar outras ondas de frequência ao impacto do PMM em Santa Catarina e no Brasil.

Ao garantir a continuidade do Programa e frente às negativas e resistências, veladas ou não, dos gestores participantes, talvez seja necessário garantir a abertura de um diálogo formativo sobre o Mais Médicos. Um diálogo franco, humilde e tolerante que não use como argumento de convencimento a injeção de dinheiro nas mãos de gestores, pressionados por uma descentralização que na prática é uma municipalização²⁰ de respostas públicas às necessidades de saúde da população. Abrindo espaço de diálogo que pondere as vicissitudes de um processo de mudança proposto pelo PMM e suas possibilidades concretas nas distintas regiões do país.

A clara ausência deste diálogo, ainda que o Programa tenha uma rede de tutores e supervisores, raramente apontados nos grupos focais, expõe as dificuldades de institucionalidade do SUS no Brasil. As marcas históricas da política nacional que configuram um Estado burocrático e patrimonialista²¹ pressionam e deformam as políticas públicas para que se tornem balcão de negócios de interesse dos governos em todos os níveis da federação, excluindo as possibilidades mais consistentes de garantir de forma perene a seguridade social para os brasileiros. Refletir tal arranjo institucional poderá ajudar os atores a compreender sua posição neste processo e fazer suas escolhas estratégicas.

Como efeito destas condições, as relações de trabalho mostram-se permeadas por posições de intolerância quanto as formas de pensar e agir em saúde. Valem-se de estereótipos de toda ordem para manter o *status quo* das práticas de saúde que servem ao complexo médico industrial. Olhar para este estado de coisas, ainda que não seja tão confortável, talvez seja necessário para construir outros caminhos que permitam fazer da instituição de saúde um instrumento de produção de cidadania. Cidadania em primeiro lugar do próprio trabalhador da saúde, posto que enquanto oprimido vale-se da palavra do opressor como se fosse sua. Aliena-se e toma o lugar de opressor dos outros em seu trabalho.

A riqueza de qualquer análise não é o que traz de verdade, pois não é esta sua pretensão. Sua riqueza também não está na constatação do passado, dos fatos. A riqueza da análise está naquilo que tem de prospectivo, dos impulsos que possa gerar no contexto para o qual se dedicou. Estamos a caminho!

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento oportunizado para a realização da pesquisa e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pelo apoio direto.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Vygotsky LS. Pensamento e Linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
3. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
4. Prates LA et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. Cad Saúde Pública 2015; 31(12):2483-92.
5. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Comissão Intergestores Regional. http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=75. Acesso em 22.04.2017.
6. Brasil. Lei nº. 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos [...] e dá outras providências. Brasília, DF.1(465); 2013.
7. Brasil. Edital nº 39, de 08 de julho de 2013. Adesão de Médicos para o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF. 3(130); 2013.
8. Brasil. Edital nº 49, de 19 de agosto de 2013. Adesão de médicos para o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF. 3(159); 2013.
9. Brasil. Edital nº 4, de 16 de janeiro de 2014. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. 3(187); 2014.

10. Lotta GS, Galvão MCCP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciênc saúde coletiva* 2016; 21(9): 2761-72.
11. Lorenzetti J et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(2):417-25.
12. Santos, LAC. Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: Hochman, G. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 249-94.
13. Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. <https://infocomsaude.wordpress.com/2011/08/11/relatorio-final-da-8%C2%AA-conferencia-nacional-de-saude/>. Acesso em 22.04.2017.
14. Coutinho CN. O Conceito Gramsciano de "vontade coletiva". In: Semeraro G, et al. (org.). Gramsci e os movimentos populares: Rio de Janeiro: Editora UFF; 2011. p. 45-52.
15. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
16. Guareschi, P. Psicologia Social Crítica: como prática de libertação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
17. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 1995.
18. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.
19. Melo EA. O que pode o Mais Médicos? *Ciênc. Saúde Colet* 2016; 21(9): 2672-4.
20. Paim JS. (Tese). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFBA, Salvador. 2008.
21. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(Suppl): 1819-29.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Carlos Eduardo Maximo

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: carlosemaximo@univali.br
