



Artigos Originais

Desafios da Atenção Básica e Contribuições do Projeto de Cooperação Mais Médicos em um município catarinense de pequeno porte¹

Challenges of the Primary Health Care and Contributions of the More Medical Doctors Cooperation Project in a small-sized municipality of Santa Catarina

Rafael Gustavo de Liz¹
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: Em perspectiva histórica, o artigo analisa a percepção de trabalhadores da atenção básica de um município catarinense de pequeno porte sobre os desafios enfrentados no cotidiano das ações e sobre o impacto social do Projeto de Cooperação Mais Médicos no município. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, realizado em 2015 com dados coletados pela técnica de grupo focal. Documentos oficiais revelaram que antes da chegada do médico cubano, a atenção básica local estava desprovida de médico havia um ano. Entre os desafios, destacou-se a necessidade de investimento em um modelo teórico para a atenção básica ordenado pela concepção de saúde como socialmente determinada. A inserção de um médico social na equipe propiciou um encontro ético-político entre as práticas da atenção médica e as da atenção básica, indicando que a prática médica exercida pelo médico cubano se materializa de modo integrado às práticas da atenção básica. Este cenário de práticas coletivas fortaleceu as condições de possibilidades, existentes no território, para o reconhecimento de saúde como resultado de condições de vida e do projeto econômico de País. O diálogo do real da atenção básica com a história e suas tendências contraditórias gerou um chamado: a necessidade de o Estado assumir a articulação da atenção básica com demais políticas econômicas e sociais.

Palavras-chave: projeto de cooperação mais médicos, programa mais médicos, atenção básica.

Abstract: From an historical perspective, the article analyzes the perception of workers of the primary health care staff from a small size municipality in Santa Catarina about the challenges faced in daily actions and about the social impact of the More Medical Doctors Cooperation Project in the municipality. It is a study of qualitative nature, exploratory level and analytical character, carried out in 2015 with data collected by the focus group technique. Official documents reveal that before the arrival of the Cuban physician, the local primary health care service lacking a physician for one year. Among the challenges, it is pointed out the need of investment in a theoretical model for the primary health care aligned by the conception of health as socially determined. The inclusion of a social physician in the team has provided an ethical and political meeting between medical care practices and the primary health care ones in such a way to indicate that the medical practice performed by the Cuban physician is materialized to become integrated to the primary health care practices. This setting of collective practices has strengthened the conditions of possibilities existing in the territory for the recognition of health as the result of both life conditions and the country economical project. The dialogue of the actual primary health care with history and its contradictory trends has generated a call: the need by the State to take over the articulation of the primary health care with the remaining economic and social policies.

Keywords: more medical doctors cooperation project, more medical doctors program, primary health care.

1. Introdução

O Estado Democrático de Direito, conquistado pelo Brasil em 1988, consagrou a dignidade do ser humano como um de seus fundamentos, a redução das desigualdades sociais e regionais como um de seus objetivos e a saúde como um direito social. A Constituição Cidadã¹ foi um produto da luta da sociedade brasileira submetida por mais de vinte anos a estado de exceção.

¹ Produto de dissertação de mestrado, vinculada à 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).

A conquista de saúde como direito social e a sua inserção na arena política estão no centro do Movimento de Reforma Sanitária, projeto de reforma social² gestado em meados da década de 70, consagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986³, e retomado setorialmente no contemporâneo⁴. Na VIII Conferência, em que a concretização de um sistema de saúde unificado era objeto, saúde foi reconhecida como direito social e [...] “antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção”³.

Ao reconhecer saúde como resultado do processo da produção material da sociedade capitalista, pelo qual o trabalhador age sobre a natureza material para satisfazer não as suas necessidades, mas as do “monopólio dos meios de produção e do dinheiro”⁵, a Conferência concebeu saúde como produto da sociedade de classes: produto das relações entre classes, constituintes e constitutivas do modo de produção capitalista.

A partir de então, as históricas desigualdades de acesso à saúde, até então resultantes do modelo setorial de saúde privilegiado pela ditadura e vinculado à lógica de privatização⁶, seriam enfrentadas pela política pública edificada pela Conferência: o Sistema Único de Saúde. Esta Política garantiria saúde para todos, identificando a sua determinação nas condições de vida dos brasileiros e no projeto econômico de País, isto é, nas “formas de organização social de produção”³.

Dois anos depois, a Constituição de 1988¹ consagrou saúde como direito de todos e dever do Estado. No entanto, a Carta Magna desconsiderou o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional, ao definir que as políticas sociais e econômicas teriam por finalidade não o enfrentamento às desiguais condições de vida geradas pelas formas de organização social da produção, mas a redução do risco de doença e de outros agravos. Ao longo do processo de consolidação do SUS, o conceito de saúde conquistado na VIII Conferência não compôs nenhuma política pública, traduzindo-se em uma lacuna histórica.

Uma das lacunas históricas do SUS é a falta de atenção médica para a atenção básica em vários cenários nacionais, eixo estratégico de seu ordenamento. Conquistada ao longo da década em que aconteceu a regulamentação do SUS, anos 90, na representação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁷ e Programa Saúde da Família (PSF)⁸, a atenção básica transformou-se em política de Estado, em 2006, revista e atualizada em 2011: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹. Em seu processo de desenvolvimento, os vazios e/ou a transitoriedade de atenção médica são uma constante, o que exige continuamente do Estado brasileiro a busca de soluções, em âmbito da formação em Medicina e das práticas cotidianas.

A criação do Programa Mais Médicos (PMM) foi uma ação do governo federal voltada para a confrontação da necessidade de oferta de cursos de graduação em Medicina em áreas estratégicas, de criação de novos parâmetros para a formação médica brasileira, e de fomento à fixação de médicos na atenção básica, em regiões de desinteresse público de exercício da medicina.

Criado pela Medida Provisória (MP) nº 621, em 08 de julho de 2013¹⁰, o PMM implementou o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) por meio da Portaria nº 1.369¹¹, no mesmo dia de sua criação pela MP. A atividade fim deste Projeto é aprimorar médicos na atenção básica, em áreas e regiões prioritárias para o SUS, ampliando a inserção em unidades básicas de saúde, através de parcerias com instituições públicas de ensino superior e acordos de cooperação com organismos internacionais. Esta Portaria definiu as áreas prioritárias para o SUS e condições de elegibilidade para municípios e médicos.

Além do PMMB, outro projeto foi oportunizado pelo PMM, em agosto de 2013: o Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM). Criado pelos Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), o PCMM foi gestado através de dois termos de ajuste (3º e 4º) realizados em um Termo de Cooperação firmado entre Brasil e Cuba, em abril de 2013, intitulado: “Acesso da população brasileira à atenção básica em saúde/TC80”. Por meio deste Termo de Cooperação, médicos cubanos vieram para o Brasil em missão humanitária, para atuar em nível de atenção básica, em municípios brasileiros elegíveis¹².

Em outubro, a MP nº 621/2013 foi convertida na Lei Mais Médicos, de nº 12.871/2013¹³. Entre 2013 e 2014, foram realizados cinco ciclos de chamamento de municípios e médicos para o PMMB, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS)¹⁴. Em 2018, o PMMB está em seu 18º ciclo de renovação de adesão de médicos¹⁵. Em relação à vigência do acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, ele foi renovado pela OPAS em setembro de 2016 e encerrar-se-á em setembro de 2019¹⁶.

Este artigo analisa a percepção de trabalhadores da atenção básica de um município catarinense de pequeno porte sobre desafios enfrentados no cotidiano das ações e sobre o eventual impacto social ocorrido nas relações interpessoais, com a chegada de um médico cubano pelo PCMM, em perspectiva histórica. Assume-se impacto social como “modificações [qualitativas] introduzidas por uma intervenção no contexto da vida real”^{17:160}. Parte-se do pressuposto que a chegada de profissional para a atenção médica correspondeu a uma intervenção contextual, o que pode ter gerado mudanças qualitativas no cenário cotidiano das ações locais. Registros locais apontam alta rotatividade de médicos na atenção básica do município, desde a recente emancipação. Antes da criação do PMM, o município não contava com médico havia mais de um ano.

2. Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada em um município da Macrorregião do Alto Vale do Itajaí, em Santa Catarina, com 2.900 habitantes, que se havia emancipado em finais dos anos 90. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (SC), no dia 10 de setembro de 2015 (nº do parecer 1.221.916).

A técnica de coleta de dados utilizada foi grupo focal como uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo, oriundos de experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo. O grupo focal representa uma técnica que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico¹⁸.

A amostra foi composta por 26 trabalhadores, entre estes: médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliares de higienização, auxiliares administrativos, e agentes comunitários(as) de saúde. Os participantes foram distribuídos em dois grupos focais, realizados em outubro de 2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS). Cada grupo teve duração de aproximadamente uma hora e meia.

O critério de inclusão foi estar atuando na UBS há mais de um ano. Os trabalhadores foram informados sobre o tipo de pesquisa, em linguagem adequada e cuidadosa, e municiados das questões éticas implicadas e procedimentais do estudo. O material coletado foi registrado em áudio, a partir de concordância firmada em consentimento livre e esclarecido e, posteriormente, transcrito. Notas de campo foram elaboradas ao longo do processo de pesquisa e contribuíram na análise dos dados.

Todos os participantes residiam no município havia mais de cinco (5) anos, sendo que dezessete (17) nasceram e cresceram na localidade. O tempo de atuação na UBS variava de um (1) ano a nove (9) anos, e a formação escolar do ensino fundamental ao nível superior. Os participantes foram predominantemente mulheres. A faixa etária variou de 26 a 62 anos.

O roteiro das entrevistas coletivas foi organizado por dois temas: desafios do cotidiano da atenção básica e eventuais mudanças qualitativas geradas nas relações interpessoais, com a chegada do médico cubano.

Após a etapa de leitura intensa e flutuante do material, para fins de impregnação de seu conteúdo, os dados foram classificados por meio de uma adaptação da análise temática tradicional, uma vez que a pesquisa não trabalhou com a contagem de frequência de unidades de registro, mas com a presença de unidade com significado relevante para o objeto analítico. A codificação de unidades de registro foi realizada por analogia segundo critérios semânticos, em um esforço de interpretação. Em seguida, o material foi revisitado e explorado, de modo transversal¹⁹.

O momento subsequente consistiu da produção de significados e interpretação¹⁹, por meio de atravessamento entre os códigos agrupados, referencial teórico, perspectiva histórica de análise, visão epistemológica e de mundo dos autores. A categoria gerada pela análise foi: “Diálogo entre Processo Saúde-Doença, Trabalho, e Sociedade na Atenção Básica: uma necessidade histórica”.

3. Resultados e Discussão

A análise foi desenvolvida em perspectiva histórica tomando por base a reflexividade dirigida e o senso crítico para compreender dialeticamente o modo como trabalhadores da atenção básica percebiam as práticas após a chegada do médico cubano no território.

Questionados sobre os principais desafios enfrentados nas ações cotidianas da atenção básica, uma participante indicou a relação do processo saúde-doença com o trabalho: “O trabalho faz adoecer! Agricultor com 40 anos vem direto no posto porque não aguenta de dor nas costas. Nós não devemos apenas entregar o diclofenaco, mas precisamos saber o tamanho do cabo de enxada” (Gal Costa).

“O trabalho faz adoecer”!

Problematizações acerca de sofrimentos e adoecimentos pelo trabalho são fundamentais à atenção básica.

Estudo realizado, em 2007, com trabalhadoras de uma indústria calçadista do Rio Grande do Sul, com o objetivo de analisar o modo como se constituíram as relações sociais de trabalho e os processos de adoecimentos de trabalhadoras portadoras de Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), expôs a relação entre capital e sofrimento pelo trabalho na representação de “vivências de culpa, fracasso e exclusão” pelo fato de não terem mais condições de desempenhar o trabalho^{20:214}.

Antunes e Praun^{21:423-25} analisaram o impacto da exploração da força de trabalho com base na articulação das mudanças ocorridas no padrão de acumulação capitalista e na reestruturação da divisão internacional do trabalho, na transição do século XX para o XXI. A análise apontou para a perspectiva de que o capital, em sua sociabilidade reestruturada, ao não reconhecer nenhuma fronteira para a precarização do trabalho, constituiu “um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho [...] instaurando uma nova morfologia do trabalho”.

“O trabalho faz adoecer”! Nós não devemos apenas entregar o diclofenaco, mas precisamos saber o tamanho do cabo de enxada” (Gal Costa).

Complementando a explanação, a participante reconhece o uso do medicamento como uma possibilidade de terapêutica. No entanto, ao completá-la com a frase “mas precisamos saber o tamanho do cabo de enxada”, ela sinaliza que o fármaco agiria de modo indireto, pois a ação principal deveria incidir sobre as condições/instrumento de trabalho. Esse modo de conceber as dores recorrentes nas costas do agricultor apresentou-se como um desafio a ser explorado no cotidiano das ações e como uma fortaleza a ser instituída nos processos de atenção, abrindo uma pauta de reconhecimento prático daquele que há 30 anos havia ancorado a conquista do SUS: o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional³.

O entendimento sobre dor e/ou doença como um produto da atividade laboral traduz também a hermenêutica do campo teórico Saúde do Trabalhador, consubstanciada na interlocução entre modos de vida e trabalho. Isto é, o modo como dor e doença se manifestam no trabalhador está “intimamente relacionado às formas de produção e consumo”²². Se as condições de trabalho são dignas, elas promovem uma existência digna, com saúde. Como na formação econômico-social capitalista brasileira, as políticas sociais estão submetidas ao projeto macroeconômico do País, a produção de dignidade pelo trabalho estará na dependência do tipo de desenho conferido por este projeto.

No entanto, na esfera do trabalho de agricultores torna-se oportuno citar o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONASF), criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), em 2013, no mesmo ano em que foi criado o Programa Mais Médicos. A agricultura familiar corresponde à base econômica de 90% dos municípios brasileiros com até 20 mil habitantes; responde por 35% do produto interno bruto nacional; e absorve 40% da população economicamente ativa do país. Por meio deste Projeto, o governo federal instituiu um programa de crédito para agricultores desenvolverem a agricultura familiar. Entre as linhas de crédito, o microcrédito rural corresponde ao financiamento, com juros baixos, para agricultores de menor renda. O objetivo desta linha é financiar atividade capaz de gerar renda para a família do agricultor²³.

Aproximando o arcabouço teórico do PRONASF da Política Nacional de Atenção Básica, questiona-se se esses arranjos institucionais dialogam entre si e se dialogam com o território, lócus da produção e da vida do agricultor; em caso afirmativo, de que modo e em que medida o fazem. Questiona-se, ainda, se as regras, definidas pelo desenho de ambas as propostas de Estado, são compreensíveis ao território. Posto que “o homem é também o conjunto das suas condições de vida”²⁴ e que as políticas públicas setoriais são dirigidas para ele, a garantia efetiva de condições de saúde e segurança no trabalho no Brasil não dispensa o diálogo intersetorial.

Em 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini apresentou um modelo explicativo de saúde e doença da sociedade, individual e coletiva. Seu estudo, realizado em Modena, na Itália, reconheceu graves doenças ligadas ao trabalho, cuja determinação estava vinculada à relação

entre a saúde de uma população e suas condições de vida. Para ele, essa relação dependia da situação social dos trabalhadores²⁵.

As descobertas de Ramazzini podem ser consideradas um embrião do Movimento de Medicina Social europeu, eclodido no século XIX (entre 1830 e 1875), em clima de agitação na maior parte dos países nos quais revoluções foram deflagradas a partir da organização da classe trabalhadora europeia²⁶. Houve também um movimento de reforma médica na Alemanha no mesmo período histórico. O médico patologista Rudolph Virchow, considerado o pai da medicina social²⁷, fundou, em 1848, com o também médico e psiquiatra Rudolph Leubuscher, a revista *Die Medizinische Reform* (A reforma da medicina), que se tornou o principal meio de divulgação do Movimento de Reforma Médica Alemã. Ele escreveu no primeiro editorial: "Os médicos são os advogados naturais dos pobres e a questão social recai, em grande medida, na sua jurisdição"^{28:53}.

No começo do século XX, o modelo explicativo de saúde e doença adotado pelo sistema nacional de saúde da Rússia, criado na Revolução Socialista em 1917, parece ter atualizado a compreensão de Ramazzini e do Movimento de Medicina Social. O Sistema Nacional de Saúde russo foi o primeiro sistema mundial a estabelecer como fundamento o critério de universalidade: saúde social como direito de toda sociedade russa²⁹. De acordo com Nikolai Semashko, Comissário do Povo para a Saúde Pública, saúde social era "determinada pelo regime sociopolítico e pelas condições de vida coletiva que deste regime dependem: trabalho, alimentação, lazer, escolaridade, nível de cultura, e proteção da saúde pública"^{30:15}.

A determinação social da saúde teve notória importância na formação da epidemiologia social latino-americana e na história do Movimento Sanitário Brasileiro. Essa epidemiologia parte do reconhecimento de que, sob o capital, as relações sociais de produção e reprodução da vida expressam as contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, as quais, por sua vez, expressam desiguais formas de viver e adoecer. Trata-se, portanto, de uma perspectiva epidemiológica que busca aprofundar a análise para além dos indicadores e dos fenômenos imediatos e que permite distinguir, em uma dada população, não um único, mas vários perfis epidemiológicos"^{31:131}.

Embora vários estudos latino-americanos demonstrem que os processos em atenção primária/básica são complexos e multidimensionais e, enquanto tais exigem um modelo teórico orientado pela concepção de saúde e doença como socialmente determinadas, o Brasil ainda não forma epidemiologias sociais e "as técnicas de análise disponíveis parecem insuficientes para a abordagem correta desses problemas complexos e das interações entre as várias dimensões a serem consideradas"^{32:16}. Na esteira deste desafio, coloca-se a exigência de investimento, por parte da academia, sobre os processos complexos da atenção básica.

Dando seguimento à reflexão coletiva, uma agente comunitária apontou: "O veneno que está nas lavouras não mata só as pragas, destrói o agricultor. O médico precisa conhecer a realidade da população e tentar fazer o possível para ajudar quem dele precisa" (João Gilberto).

Esta fala revestiu-se de dupla beleza: ao mesmo tempo em que destacou a importância de se conhecer a realidade para atuar sobre o processo saúde-doença, os demais participantes da entrevista coletiva tiveram a possibilidade de reconhecer no(a) agente a sua sensibilidade para lidar com questões sociais incrustadas na realidade do território.

Na filosofia mais recente, em relação à escolástica, a questão da realidade "praticamente deixou de ser problema da 'existência' das coisas para tornar-se cada vez mais problema do modo específico de ser das coisas". Em Heidegger, o problema da realidade "torna-se o problema do modo como as coisas do mundo se apresentam ao homem ou estão em relação com ele", considerando que homem não é um "sujeito sem mundo [mas] um sujeito no mundo"^{33:97}. Em outra abordagem, realidade "tem o sentido de um modo de como o mundo se mostra" para o homem, sendo que esse modo de se mostrar "não é uma representação, mas um entrelaçamento, em nível ontológico, do ser humano com o mundo"; entrelaçamento que é "a própria constituição tanto do ser humano quanto do mundo em um aspecto fundamental-ontológico"^{34:108}.

Trazendo esta perspectiva para o contexto da atenção básica, se o modo como o mundo se mostra ao homem é a realidade, esse "modo de" requer um exercício constante de reflexividade dirigida às coisas do mundo que se relacionam com o homem. Para compreender a dor recorrente nas costas do agricultor é preciso, antes, refletir sobre os efeitos que 'o tamanho do cabo da enxada' poderão acarretar ao processo saúde-doença dele porque a enxada é um "ente" de seu mundo laboral^{33:97-8}. Do mesmo modo, é preciso questionar sobre o modo de ser do "veneno que está na lavoura [porque ele] destrói o agricultor". Ou seja, para atuar sobre o

processo saúde-doença do outro, torna-se necessário que os trabalhadores da atenção básica conheçam o “modo como as coisas do mundo se apresentam ao homem [em questão] ou estão em relação com ele” – a realidade.

Na visão de outro participante, “o preço da venda da safra preocupa, e a preocupação não faz bem para a saúde” (Tom Jobim). Essa assertiva sintetiza a compreensão do quanto a política econômica e suas políticas setoriais interferem na saúde de uma população, que tem como principal fonte de renda a agricultura. Ao manifestar a categoria “preocupação” como uma variável de saúde, o participante faz um chamado social para a realidade do agricultor. Com sensibilidade, ele demonstra que a determinação social orienta os movimentos de saúde e doença de agricultores, e que as condições sociais e econômicas para uma vida em saúde são geradas pelas formas de organização de determinada formação social.

Na sequência, outro depoimento correlato: “[...] o medo de perder uma safra faz os homens se entregarem a cachaça e as mulheres aos medicamentos” (Luiz Gonzaga).

A entrega “à cachaça” remete a um dos estudos clássicos do Movimento de Medicina Social europeu, do século XIX: o estudo da classe trabalhadora da Inglaterra, realizado por Engels em 1845. A pesquisa destacou, entre outros, que os trabalhadores se embriagavam muito ao chegar em casa, em busca de conforto para o insuportável sofrimento gerado na impossibilidade de vida laboral digna. Neste estudo, Engels apresentou ao mundo os efeitos degradantes do modo de produção capitalista³⁵. A fala do auxiliar de enfermagem parece atualizar o achado de 1845, e somente com políticas públicas efetivas que incluam os trabalhadores no planejamento das atividades poderá fraturar “a ambivalência entre o prazer e o sofrimento advindos do trabalho”^{20:211}.

Estudo desenvolvido, em 2014, com o objetivo de garimpar a percepção de agricultores familiares brasileiros sobre suas condições de vida, por meio de entrevistas realizadas em 10.362 municípios rurais em todas as regiões do país, mostrou que “da porteira para dentro”, os agricultores estão satisfeitos, tanto com as condições de produção quanto com a subsistência das famílias. No entanto, “da porteira para fora”, suas condições de vida são afetadas negativamente por baixo acesso a políticas públicas, ao mercado e a ações de promoção social³⁶.

A entrega a medicamentos, por sua vez, devido ao “medo de perder a safra”, pode ser compreendida como uma experiência do atual e crescente fenômeno da medicamentação do mal-estar. Por meio desta estratégia de controle da vida, acontecimentos cotidianos são apreendidos por médicos como enfermidades, geralmente, psíquicas e, por consequência “medicamentizados”. Concomitante, inúmeros meios de comunicação estimulam a automedicação, atuando como “verdadeiros manuais de autoajuda”. No caso em questão, “o medo de perder a safra” parece tornar-se doença ou transtorno diagnosticável³⁷.

Ao serem questionados sobre as características das relações interpessoais do processo de trabalho a partir da inclusão do médico cubano nas atividades da unidade, uma trabalhadora disse: “Ele termina de atender os usuários e depois senta com a equipe e troca ideias, fazemos planejamentos multidisciplinares, decidimos em equipe qual a conduta que vamos tomar” (Maria Bethânia).

O relato expõe o reconhecimento de que, para o médico cubano, as práticas da atenção básica não são dissociadas da prática médica. Esse *modus operandi* traduz uma abordagem ético-política, uma vez que constitui-se em uma ação virtuosa na medida em que o médico age para um bem maior: planejar coletivamente as ações para a comunidade. Além disto, esse modo de agir vai ao encontro da filosofia prática da atenção básica: para responder pela promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, em âmbito individual e coletivo, a Política Nacional de Atenção Básica determina que as práticas sejam integradas e conduzidas por equipes multidisciplinares³⁸.

Processo de adaptação e necessidade do profissional médico também foram objetos do debate: “Todos os profissionais do posto deram um apoio enorme para ele se adaptar e ficar conosco; nós precisamos desse médico” (Milton Nascimento).

O depoimento assinala que médico teria que vivenciar um processo inicial de adaptação, cuja qualidade seria influenciada pelo modo como ele fosse recebido na unidade. O processo de adaptação para o trabalho noutro país não é uma questão simples, pois há inúmeras variáveis envolvidas tais como: diferenças culturais, por exemplo, a língua estrangeira; diferenças de estilo de pensamento sobre o modelo de atenção; especificidades de padrões de organização e planejamento das ações e serviços; especificidades de diretrizes de atenção básica; distintas formas de socialização, entre outras. A fala acima revela, também, o reconhecimento dos

trabalhadores sobre a importância deste médico para a equipe e para o território. Ser valorizado e perceber que a sua presença no espaço social daquela unidade é importante deve ter facilitado bastante a adaptação do médico à realidade local.

O médico cubano, participante de um dos grupos focais, ao ser convidado para relatar um pouco sobre como entende a sua missão na atenção básica e como se deu a sua formação em medicina, ele disse: “[...] estou no Brasil para cuidar de gente. Em Cuba se ensina a medicina de forma diferente. Lá estamos mais próximo das pessoas, da comunidade. Acho que essa deveria ser a forma de se ensinar medicina em todo o mundo” (Caetano Veloso).

Uma análise da cooperação Cuba Brasil do Programa Mais Médicos, realizada em 2017, demonstrou que médicos cubanos têm um olhar afetivo para a atenção básica, um modo peculiar de olhar para a pobreza e iniquidades, e uma capacidade primorosa para estabelecer vínculos. Essas características podem ser decorrentes do fato de que o médico cubano não está social e culturalmente distante da sociedade cubana; ao contrário, ele é parte desta sociedade e cultura³⁹.

“Cuidar de gente” pressupõe gostar de gente. A fala sinaliza o olhar solidário do médico cubano, fundamentado em uma prática social capaz de criar estratégias coletivas de ações, a partir do conhecimento do que esta prática se dá no encontro com pessoas e comunidade.

Como limite da pesquisa, destaca-se sua pouca abrangência territorial.

4. Considerações

Em perspectiva histórica, o artigo analisa desafios enfrentados no cotidiano da atenção básica de uma Unidade Básica de Saúde de um município catarinense bem como as eventuais mudanças qualitativas ocorridas nas relações interpessoais com a chegada de um médico cubano pelo Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM). O município, de 2.900 habitantes, se havia emancipado em finais da década de 1990 e a atenção básica local desprovida de médico havia um ano.

Entre os desafios, destacou-se a necessidade de investimento em um modelo de atenção para a atenção básica ordenado pelo conceito de determinação social. Para tanto, o Brasil precisa formar epidemiologistas sociais, investir em técnicas de análise para a abordagem dos processos da atenção básica, uma vez que estes são complexos e multidimensionais, bem como no arcabouço teórico da formação em saúde.

A relação com os dados expôs a chegada de um médico cuja prática é de base social. Seu ingresso na equipe permitiu o desenvolvimento de uma atenção médica planejada e executada com disposição para práticas coletivas a partir da realidade social do território. Tais mudanças foram oportunizadas pela qualidade do encontro entre o médico, que disse ter vindo para o Brasil para “cuidar de gente”, e trabalhadores que são parte do povo local.

Os relatos dos trabalhadores mostraram o reconhecimento de que, no contexto abordado, as ações da atenção básica não estão dissociadas da prática médica exercida pelo profissional cubano, isto é, as práticas médicas são construídas no cotidiano, ou seja, construídas no coletivo da atenção básica.

O estudo faz um chamado para a necessidade de o Estado assumir a atenção básica de modo integrado às demais políticas econômicas e sociais. Em formação econômico-social capitalista, as políticas públicas integradas são os instrumentos de garantia de cidadania.

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. Paim JS. (Tese). Reforma Sanitária: um estudo para compreensão e crítica. 2007. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.
3. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.

Acesso em 10.01.2017.

4. Scheffer M, Bahia L. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/proposta-sa%C3%BAde-presidencia-ves-2014.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.
5. Pires D. Divisão técnica do trabalho em saúde. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html>. Acesso em: 26 jul. 2018.
6. Lima RCGS, et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde soc.* 2009; 18(1): 118-30.
7. Brasil. Portaria nº. 1886 de 18 de dezembro de 1.997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF. 1(247); 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS; 2010.
9. Brasil. Portaria nº. 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, DF. 1(204); 2011.
10. Brasil. Medida Provisória nº. 621, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos [...]. Brasília, DF. 1(130); 2013.
11. Brasil. Portaria nº. 1369, de 08 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Brasília, DF. 1(130); 2013.
12. Brasil. Mais Médicos Legislação. <http://maismedicos.gov.br/legislacao>. Acesso em: 26 jul. 2018.
13. Brasil. Lei nº. 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos [...] e dá outras providências. Brasília, DF.1(465); 2013.
14. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2719-27.
15. Brasil. Edital nº 8, de 4 de julho de 2018. Prorrogação da adesão dos médicos formados em Instituições de Educação Superior brasileiras e estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos Para o Brasil [...]. Brasília, DF. 3(130); 2018.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS/OMS, Brasil e Cuba renovam acordo de cooperação do Programa Mais Médicos. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5228:opas-oms-brasil-e-cuba-renovam-acordo-de-cooperacao-do-programa-mais-medicos&Itemid=834. Acesso em: 26 jul. 2018.
17. Facchini LA, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 159-72.
18. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista* 2004; 10(15): 124-36.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
20. Ramos MZ, et al. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. *Estudos de Psicologia*, maio-agosto/2010; 15(2): 207-15.
21. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, jul./set. 2015; 123: 407-27.
22. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de agosto de 2012, nº 165, Seção I, p. 46-51.
23. Brasil. Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar. <http://www.mda.gov.br/sitemda/secretaria/saf-creditorural/sobre-o-programa>. Acesso em 05.01.2017.
24. Gramsci A. Concepção dialética da história. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1981.
25. Berlinguer G. Storia della Salute: da privilegio a diritto. Firenze: Giunti; 2011.
26. García JC. 1848: o nascimento da medicina social. In: Nunes ED (org.) Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora; 1989. p. 159-66.
27. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS et al. (org.) Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2008. p. 665-7.

- 28.Santos MS. Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 53.
- 29.Coelho AR. (Tese). O urbano e o sanitário na globalização – Estudo de questões urbanas e sanitárias na cidade de Florianópolis/SC. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFSC, Florianópolis. 1998.
- 30.Serenko AF, Ermakov VV. Higiene social y organización de la salud pública. Danívolva IV (trad.). Moscou: Mir Moscú; 1984.
- 31.Rocha PR, David HMSL. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. Rev Esc Enferm USP 2015; 49(1): 129-35.
- 32.Barata R. Epidemiologia Social. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(1): 7-17.
- 33.Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. Edição revista e ampliada. 5ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p. 977-78.
- 34.Marques C. (Dissertação). A superação do problema da realidade no primeiro Heidegger. Programa de Pós-Graduação em Filosofia/PUCRS, Porto Alegre. 2016.
- 35.Engels F. The condition of the working class in England. 1845. <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/>. Acesso em: 26 jul. 2018.
- 36.Medina G, Novaes E. Percepção dos agricultores familiares brasileiros sobre suas condições de vida. Interações jul./dez. 2014; 15(2): 385-97.
- 37.Bezerra IC, et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface (Botucatu) 2014; 18(48): 61-74.
- 38.Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 jul. 2018.
- 39.De Paula, J. B (Tese). Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico. Programa de Doutorado de Saúde Global e Sustentabilidade/USP, São Paulo. 2017.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Rafael Gustavo de Liz

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: rafael_deliz@yahoo.com.br
