



## Artigos Originais

# Programa Mais Médicos na Serra e Sul catarinenses: o apassivamento de gestores e a boa clínica<sup>1</sup>

More Medical Doctors Program in the Sierra Region and in the South of Santa Catarina: The manager's passiveness and the good clinic

Marco Aurelio da Ros<sup>1</sup>  
Marina Goelzer Kieling<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Itajaí

**Resumo:** O artigo examina, parcialmente, o Programa Mais Médicos nas Macrorregiões de Saúde Sul e Planalto Serrano. É um produto de estudo qualitativo, realizado em grupos focais com gestores de quinze das dezesseis Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde do Estado. A metodologia usada foi análise de conteúdo e com ela foram construídas oito categorias representativas. Foram eleitas para ser aprofundadas duas categorias: O apassivamento dos gestores e a boa clínica como reconstrução do sentido social da prática médica. As considerações finais expõem possibilidades de continuidade do processo a partir da devolutiva dos dados.

**Palavras-chave:** sistema único de saúde, atenção básica, atenção médica.

**Abstract:** The article examines partially the More Medical Doctors Program in the health macro regions from the South and the Sierra. It is the product from a qualitative study carried out in focus groups with managers from fifteen out of the sixteen Health Regional Interinstitutional Commissions of the State. The methodology used was the content analysis which provided the construction of eight representative categories: Two of them have been selected to undergo a deep study: the passive condition of the managers and the good clinic service as reconstruction of the medical practice social meaning. The final considerations expose possibilities of the process to continue from the data delivery.

**Keywords:** unique health system, primary healthcare, medical healthcare.

## 1. Introdução

Passados mais de quatro anos desde que se começou a pensar no Programa Mais Médicos (PMM), torna-se fundamental analisar, o máximo possível, esta experiência que já do início foi marcada por tensões entre, de um lado, defensores do modelo hegemônico<sup>1</sup>, pautado na lógica de especialidades fragmentadas, convivendo sintonicamente com o neoliberalismo, com o uso cada vez mais acentuado de tecnologia dura<sup>2</sup> e evitado de preconceitos; de outro, defensores do SUS, da saúde coletiva, e do papel estruturante da Atenção Básica (AB) para a organização do Sistema (SUS). Para que o SUS seja efetivado em seus princípios há que se superar o modelo biomédico<sup>3:2827</sup>.

Cria-se um aparente conflito para quem redige um artigo com este teor porque necessariamente se é empurrado para afastar-se do dito equilíbrio necessário para uma análise menos apaixonada. A tensão é tão acentuada que parece tratar-se de defender ou odiar. O alinhamento deste artigo é dos que defendem a garantia dos recursos para que o PMM continue, por quantos anos forem necessários, para além dos previstos inicialmente, ainda que sem abandonar as críticas sobre a importância de aperfeiçoamentos.

Nos primeiros três anos de desenvolvimento do Mais Médicos, de 2013 a 2016, iniciou-se um processo no qual se pensava que em 2019 já teríamos as respostas desejadas para concretizar a AB, pelo menos no provimento de médicos. Isto envolvia repensar o tempo do curso de medicina, a criação de novos cursos, a garantia de AB com cobertura de 100% da população, as

<sup>1</sup> 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).

estratégias das residências médicas no país, a ampliação do número de residências e/ou vagas em AB/ Saúde da Família, a integração ensino-serviço<sup>4</sup>.

O que temos em 2017 demonstra que o Programa foi claramente um efetor de mudanças profundas na AB brasileira<sup>5</sup>, com dados demonstrados em diversos artigos de revistas altamente qualificadas pela CAPES como, por exemplo, o número especial da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Mas, diversos de seus objetivos estão ainda em processo e podem soçobrar se não for garantida a sua continuidade para além de 2019.

Há uma grande preocupação da ciência brasileira, especialmente a que se alinha às discussões para a concretização do SUS, com publicação de números especiais de revistas se propondo a examinar o PMM. No sul do Brasil, especificamente em Santa Catarina foi realizada uma pesquisa em 2015/2016 financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC), intitulada Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, em que foi retratada, a partir dos gestores municipais a atuação do Programa no Estado. A pesquisa foi realizada em quinze (15) das dezesseis (16) Comissões Intergestores Regionais catarinenses e foi dividida, para efeitos de análise de resultados, entre pesquisadores da UNIVALI. Este artigo trata de examinar parcialmente, nas Macrorregiões de Saúde Sul e Serra Catarinense, algumas categorias extraídas da análise dos grupos focais realizados com de gestores destas áreas.

Antes de apresentar este recorte da pesquisa estadual do Mais Médicos em Santa Catarina é importante frisar que com as medidas tomadas pelo País ao final de 2016 e início de 2017 surge uma clara intenção de desonerar os ganhos do capital em detrimento das políticas sociais, entre as quais a saúde; portanto, apesar de os resultados apontarem para uma melhoria na atenção à saúde brasileira, esta herança pode ser destruída pelo modelo hegemônico<sup>6</sup>.

### 1.1 Sobre o programa

Não se pretende reexplicar o Programa nem o Projeto Mais Médicos, que trata especificamente do provimento emergencial de profissionais de saúde para os municípios onde existe a necessidade de criar ou ampliar a AB do Sistema Único de Saúde (SUS), nem caracterizar a importância do mesmo como política indutora de transformação nos serviços de saúde, mas sim, detalhar algumas características de como se organizou o PMM no Brasil e especialmente em SC<sup>4</sup>.

A mobilização para pensar numa resposta às demandas da população, dos gestores, iniciou-se nos primeiros meses do ano de 2013, a partir de um movimento chamado "Cadê o médico"<sup>5:2775</sup>, que queria suprir a falta imensa de médicos para AB nos municípios. Após as manifestações de junho e julho do mesmo ano, onde a atenção à saúde era uma demanda comum às diversas vertentes do movimento, o governo resolveu encaminhar a proposta do PMM. Esta proposta, em um de seus projetos apresentava o provimento de médicos para as regiões que não conseguiam fixar profissionais<sup>4</sup>.

Segundo o Jornal Online Notícia do Dia<sup>7</sup>, chegamos a receber 571 médicos pelo Programa em SC. A dinâmica de acompanhamento tutorial e de supervisão do Programa ficou a cargo das universidades federais. Inicialmente, a partir de setembro de 2013, foi nomeado um tutor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e um da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Naquele momento, apesar de terem dificuldades em garantir a AB em locais distantes do centro ou de alta periculosidade, os municípios de Florianópolis e Blumenau manifestaram-se formalmente contrários à proposta de atuação de profissionais sem o exame de revalidação nacional. No entanto, com a contrapartida ministerial de suspender os dois municípios de todo o Programa, se não concordassem com a totalidade dos termos dispostos pelo governo federal, em alguns dias reverteram seus decretos.

Como não estavam ainda estabelecidas as proporcionalidades entre tutores-supervisores-residentes, houve uma sobrecarga muito grande para os tutores e supervisores recém nomeados. Havia uma pressão bastante grande da corporação médica contra o Programa, inclusive nas próprias universidades, o que acabou dificultando a estruturação inicial, na medida em que médicos relutavam em assumir cargos de supervisores ou mesmo de tutores. Passado esse primeiro momento ficaram estabelecidos quatro tutores na UFSC (dois professores, e dois servidores voluntários) e dois na UFFS, respectivamente com trinta e nove e dezesseis supervisores, para atender os médicos do Mais Médicos. Inicialmente mediando o estabelecimento dos médicos nas cidades, tanto com as equipes como com a gestão; posteriormente passando a garantir educação permanente, para além da proposta de especialização feita pelo UNA-SUS<sup>8</sup>.

Além desta estrutura havia quatro supervisores do Ministério da Educação (MEC), quatro do Ministério da Saúde (MS), e supervisores específicos da especialização do UNASUS, todos

dividindo a supervisão in loco do PMM, e reunindo-se mensalmente numa coordenação estadual, juntamente com o coordenador da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), com o representante da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Pois bem: a análise dos dados das Macrorregiões tratadas, neste artigo, foi delegada justamente para um dos tutores do Programa, aquele que é responsável pelos dez supervisores locais. Na plenitude do Programa (entendida como todas as solicitações dos municípios atendidas, e nenhuma defecção), as duas Macros contemplavam noventa e oito médicos e dez supervisores (dois da Serra, dois do Extremo-Sul, quatro da Carbonífera e dois de Laguna). Nos três anos de acompanhamento do Programa constata-se que o percentual de médicos cubanos em SC esteve sempre acima de 50%; em alguns momentos chegando a aproximadamente 70%<sup>8</sup>.

## 1.2 Sobre a pesquisa

A pesquisa da qual esse artigo é um fragmento do todo, realizou-se em quinze das dezesseis CIRs do estado de SC. Foi realizada durante as reuniões mensais dessas Comissões, entre junho e dezembro de 2016, sendo que a única Região que não participou, não o fez por estar com problemas com a troca de gestões municipais a partir das eleições do final do ano.

Entrando na especificidade da proposta deste texto, é preciso caracterizar o Sul do estado de SC para além do belo litoral e a Serra; para além da estética do frio<sup>9</sup>. Na Macrorregião Sul, dividida pelas Regiões Carbonífera, Laguna Extremo-Sul, encontramos algumas dezenas de municípios com menos de dez mil habitantes. Esta situação se repete na Serra catarinense. São duas das Macrorregiões com maior mortalidade infantil, historicamente, em SC, relacionadas ao latifúndio, à extração do carvão à plantação de fumo, e à resistência contra a Ditadura Militar. Na história recente, indústrias de cerâmica, transformação de tecidos chineses em roupa barata, muita utilização de agrotóxicos são as alterações geopolíticas das áreas, e com dificuldades históricas de garantir AB para seus municípios.

É importante uma reflexão sobre a realidade da distribuição de médicos do Programa em SC, em desacordo com o posicionamento do Sindicato Médico do Estado de Santa Catarina (SIMESC)<sup>10</sup>. Essas Macrorregiões, que somadas totalizam aproximadamente 1.150.000 habitantes, possuem um total de sessenta e dois (62) municípios. O Extremo-Sul, cuja população total aproxima-se de 184.000 habitantes, centraliza-se por Araranguá com 62.000 habitantes. Este município estava sem médicos do Programa, em agosto de 2016, mês em que foi realizado o grupo focal com gestores. Na Região de Laguna, com aproximadamente 340.000 habitantes temos Tubarão com 98.000 habitantes e dois médicos do Programa, em agosto de 2016; e Laguna, com 42.000 habitantes sem nenhum, no mesmo recorte temporal. Na Região Carbonífera, com aproximadamente 340.000 habitantes, temos Criciúma com 195.000 habitantes e sem médicos do Programa e, na Serra Catarinense, com aproximadamente 286.000, temos Lages com 156.000 habitantes e um médico do Programa, em agosto de 2016. Esses cinco municípios, considerados "os grandes centros" dessas Macrorregiões, totalizam um contingente populacional de 553.000 habitantes e têm três (03) médicos do Programa, enquanto os outros cinquenta e sete municípios (57), que têm em média dez mil habitantes, receberam oitenta e sete (87) médicos do Programa. Logo, a atração apregoada aos grandes centros não se confirma nessas quatro regiões<sup>11</sup> (vide a Tabela 1, abaixo).

Tabela 1: Números de médicos do PMM e sua relação com os grandes municípios de quatro regiões de SC.

Região	Extremo-Sul	Carbonífera	Laguna	Serra Catarinense	Total
Município- Polo	Araranguá	Criciúma	Tubarão e Laguna	Lages	5
População	62.000	195.000	140.000	156.000	553.000
Nº de médicos do PMM	0	0	1	1	2

Fonte: Autor; Programa Mais Médicos<sup>4</sup>; Plano de Desenvolvimento Regional<sup>11</sup>.

Pelo menos, dez (10) municípios tiveram pela primeira vez 100% de cobertura de AB graças ao Mais Médicos.

Individualizando alguns dados das Regiões:

Região Extremo-Sul - Como já demonstrado, Araranguá, com 62.000 habitantes, e sem médico do Programa, em agosto de 2016 (data da realização do grupo focal). Dos quinze (15) municípios da Região, doze (12) tinham vinte (20) médicos do Mais Médicos, para uma população

de aproximadamente 120.000 habitantes. Se considerarmos 3.000 pessoas como cobertura de 100% com um médico, teríamos, para esta Região 50% de cobertura da AB, feita exclusivamente com o Programa, sendo que em quatro deles o PMM cobre 100% da AB.

Do total de municípios da Região (15), treze (13) participaram da reunião da CIR, onde foi realizado o grupo focal, conduzido por "N".

Região Carbonífera - Com aproximadamente 340.000 habitantes. Se retirarmos Criciúma, que não tem médicos do PMM, e tem 195.000 habitantes, teremos 145.000 habitantes em dez (10) municípios. Estes receberam vinte e um (21) médicos. Considerando 3.000 como cobertura de 100% para um médico, teríamos aproximadamente 45% de cobertura graças ao Programa. Oito (8) municípios do total de onze (11) participaram da reunião em que aconteceu o grupo focal, conduzido por "N".

Região de Laguna - Aproximadamente 340.000 habitantes com dezoito (18) municípios centralizados por Tubarão com 98.000 habitantes (com dois médicos) e Laguna com 42.000, e nenhum médico. Ficam 200.000 habitantes para a proporção de vinte e seis (26) médicos em dezesseis (16) municípios. Considerando os 3.000 como parâmetro de cobertura teremos em torno de 40% dela assegurada pelo Programa, sendo que quatro municípios têm cobertura de 100%. Grupo focal conduzido por "O".

Serra Catarinense - Aproximadamente 286.000 habitantes, em dezoito (18) municípios, centralizados por Lages com 156.000 que recebeu um (01) médico até agosto de 2016, o que significa que os outros dezessete (17) municípios totalizando 130.000 habitantes receberam um total de dezessete (17) médicos. Cobertura em torno de 40%. Três (3) municípios com cobertura de 100% Participaram do grupo focal onze (11) municípios conduzidos por "N".

## 2. Percurso Metodológico

O estudo foi desenvolvido a partir de dados coletados em grupos focais realizados nas duas Macrorregiões, por dois (2) pesquisadores de campo intitulados, para fins deste artigo, pelos códigos N e O. (com significado específico para cada um dos pesquisadores, relacionado às respectivas profissões). Os grupos focais, também representados por siglas, conforme a Região - Extremo-Sul (GFES), Carbonífera (GFC), Laguna (GFL), e Serra Catarinense (GFSC), transcorreram numa média de uma hora cada, com um roteiro semiestruturado. As entrevistas coletivas foram gravadas e transcritas.

Para os autores, as Regiões ora analisadas, ainda que com culturas e economias distintas quando se trata do PMM, compõem um conjunto de concepções muito semelhantes, o que viabiliza uma análise em comum. Uma exceção surge na Região de Laguna, onde uma categoria aparece enfaticamente apenas no grupo conduzido por O (em dezembro de 2016, portanto logo após as eleições), que poderia ser intitulada "As mazelas de fazer AB nos municípios do Brasil". Embora diga respeito ao PMM, é mais ampla, o suficiente para ser encaminhada em artigo separado. São 49 páginas de transcrição em que se discute desde a questão do financiamento e da comunicação, até a da gestão da força de trabalho, da relação com os outros entes federados, da legislação, etc.

Para trabalhar com o conteúdo das entrevistas (conduzidas por N) nas Regiões Carbonífera, Extremo-Sul e Serra Catarinense e na Região de Laguna (por O), optou-se por utilizar a metodologia qualitativa, baseada em Maria Cecília Minayo<sup>12</sup>: a partir de leitura flutuante, para a localização das ideias centrais de cada grupo focal, os temas centrais foram elencados e agrupados por proximidade de conteúdo, em categorias de análise. Essas categorias criaram a necessidade de buscar referenciais teóricos que permitissem a análise dos dados. Assinalamos oito 8 categorias que poderiam ser exploradas, mas elegemos duas para aprofundar neste artigo.

As categorias foram chamadas de: Apassivamento dos gestores municipais; A boa clínica (de base) - como reconstrução do sentido social da prática médica; Críticas à organização do Programa; Por que aderem?; O preconceito e a prepotência da medicina brasileira; O grande município como o "bicho-papão"; A atenção básica; e Os efeitos colaterais do Programa.

Foram eleitas as duas primeiras, para uma análise mais detalhada, e utilizou-se um referencial numérico para diferenciar falas distintas dos municípios. Antes, vale descrever sinteticamente o entendimento sobre as outras categorias.

## 3. Categorias e Análise

**Críticas à organização do Programa** - Neste agrupamento das falas juntam-se teores que dizem respeito à: não previsão de atenção secundária, não se pensar em equipes, tempo limitado, dificuldade de comunicação com todas as instâncias gestoras do Programa, demora grande nas eventuais reposições e execução das atividades dos supervisores (que não visitam a gestão quando vem ao município).

**Por que aderem?** - Esta é uma categoria prévia porque era uma das perguntas do roteiro, mas a importância de entender as respostas é fundamental. Surgem aqui: as dificuldades de manter um médico por pelo menos uns meses, em função da busca por salário maior, por sair para fazer uma especialização, por exigir cumprimento de horário incompatível, por atender mal a população porque se sente insatisfeito. Ou pelo desinteresse em trabalhar em municípios pequenos, mesmo sendo próximos de grandes municípios. Surge também, em mais de uma fala, a necessidade de mudar o modelo de formação nas universidades.

**O pré-conceito e a prepotência** - Quase todos relacionados à recepção dos novos médicos, especialmente os cubanos. Ideias como, principalmente de especialistas, são negros, não sabem fazer medicina e não aceitam encaminhamentos vindo deles. Os laboratórios se recusavam a fazer exames pedidos pelos médicos cubanos. "Caiu por terra tudo o que diziam dos cubanos e ainda assim, ficam com os narizes empinados, embora agora estão aceitando". (GFES) (6)

**O grande município como "o bicho-papão"** (GFES) (3) - Quando têm possibilidades de receber quota de serviços do Estado, os grandes ficam com a maior parte e não tem como os pequenos reclamarem (em alguns casos, um terço da população fica com três quartos dos procedimentos). A atenção secundária e os exames são obtidos com se fosse uma esmola.

**A atenção básica** - Esta categoria teve especial desenvolvimento na regional de Laguna. Foi realizada por O; e numa época política distinta, com gestores que se despediam e que demonstraram ter muita coisa para falar (49 páginas) sobre as dificuldades de gerir AB. Houve o entendimento que é material suficiente para um outro artigo, que embora similar foge um pouco ao escopo deste número especial.

**Os efeitos colaterais do programa** - Para os municípios é unânime que o Mais Médicos mudou a dinâmica da atenção. A população percebeu a diferença e agora [...] "sabe o que é bom" (GFSC) (7). Para a gestão, houve mudança no comportamento dos médicos brasileiros, que começaram também a fazer 32 horas de atendimento; as equipes aprenderam muito sobre humanidades; o fluxo para encaminhamento para atenção secundária diminuiu e organizou-se, e, finalmente, acreditam que o PMM possa ser um embrião para um plano de carreira nacional. A frase mais importante referida por vários gestores foi: [...] "aprendemos que é possível".

### 3.1 O apassivamento dos gestores

Quando elaborou-se essa categoria o nome inicial escolhido havia sido subalternidade dos gestores, estabelecendo um paralelo do conceito gramsciano - subalternidade - com o que havia sido observado como resposta à indagação: E, se o Programa terminar? (Agora, que mudou o governo).

Para que se entenda esse paralelo buscou-se apoio no entendimento de Ivete Simionatto, sobre essa categoria, em seu artigo<sup>13</sup>. Inicialmente tratado como submissão de uma pessoa a outros, amplia-se nos Cadernos do Cárcere de A. Gramsci para "adesão ativa ou passiva às formações políticas dominantes" desvendando as operações políticas culturais da hegemonia, que escondem, suprimem, cancelam ou marginalizam a história dos subalternos<sup>14</sup>. O Estado, atuando de forma a anular a autonomia das classes subalternas dentro mesmo da atividade estatal, desmobiliza, reforça o conformismo dos que pensavam em superar patamares de subalternidade A superação dessa condição requer, para Gramsci, a construção de novos modos de pensar<sup>13</sup>.

Esse referencial teórico torna possível verificar nas falas dos gestores dos grupos focais, uma similitude da relação entre o Estado brasileiro e os municípios (que seriam, em princípio, também Estado). Daí, pela possibilidade de "apropriação indébita da categoria subalternidade", veio a mudança do título (pela característica de não-reação) para o sentido de apassivamento.

Observa-se a categoria quando surgem as respostas à demanda.

E, se o programa terminar? (N)

Vai ser difícil... Vamos chorar muito" (GFES) (2)

Não sei o que fazer... Os municípios estão numa penúria, quem sabe eles ficam pela metade do salário? (GFC) (6)

Ah! Não! Primeiro dão o doce e agora querem tirar? (GFC) (4)

Tomara que a pesquisa ajude a sensibilizar os lá de cima. (GFSC) (9)

Se terminar ainda por cima o povo vai dizer que foi por culpa nossa. (GFC) (10)

Ou seja, não apareceu em nenhuma das quatro (4) regiões alguma proposta de vontade coletiva, de luta, de movimento em defesa, de juntar forças. Marcos Del Roio<sup>15</sup> ajuda neste paralelo quando refere a camadas sociais que não podem ser definidas como classe propriamente dita e interroga se os funcionários públicos não poderiam ser incluídos como aliados em potencial para a transformação. Daí talvez pudéssemos realmente utilizar a categoria subalternidade.

O que se interroga é se os gestores do setor de saúde desses pequenos municípios não poderiam ser aliados táticos na luta contra hegemônica, para a construção do SUS-sonhado pelo Movimento da Reforma Sanitária, e do qual agora eles são protagonistas, mas ainda apassivados.

Pelo posicionamento referido, entende-se que o termo subalternidade poderia se aplicar, mas também o termo oprimido (buscando em Freire). Optamos por apassivamento, atualmente um termo em moda quando se faz análises de conjuntura para o atual momento brasileiro. Mas, de qualquer maneira uma questão a ser pensada, trabalhada e aprofundada é a da emancipação.

### 3.2 A boa clínica - como reconstrução do sentido social da prática médica<sup>16:2673</sup>

Quando se tem discutido integralidade, esta tem sido entendida, em termos de prática médica, como clínica ampliada e, esta, por sua vez, por uma clínica que envolva os projetos terapêuticos singulares<sup>17</sup> e que tente dar conta do em torno do paciente, sempre visto somente como um caso clínico. Normalmente não incorporando não só a determinação social do processo saúde doença, a partir de uma outra compreensão do que é saúde, mas também não incorporando a vivência em comum com a população que se atende, isto é, a horizontalidade verdadeira na relação, com toda ênfase ao que se chama hoje de humanização<sup>18</sup>. Ou seja, a integralidade entendida a partir de um conceito de saúde com base biologicista, incorpora as premissas da medicina de família, mas não incorpora os atributos da medicina comunitária como foi concebida em seu projeto original na primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil, a de São José do Murialdo, em 1976, em Porto Alegre, onde a residência incluía morar junto com a população.

A práxis do conceito de saúde era executada, colaborando com a organização da população em busca de sua autonomia/emancipação (dentro das premissas da saúde coletiva), mas também dando conta de entender que aquela realidade social influenciava os aspectos psicológicos, que tinham que ser trabalhados naquele contexto social em que o médico também vivia e, obviamente, os aspectos clínicos dependentes de uma realidade de falta de saneamento, transporte público, coleta de lixo, encanamento de água etc; o que tem sido chamado de determinantes para eludir a determinação social. Se trabalhava com uma relação interagente, em programas de prevenção<sup>3:2833</sup> como, por exemplo, a tentativa de esgoto, mas entendendo que aquilo acontecia porque assim o modo de produção queria, e que isso poderia ser entendido pela população que, consciente da verdadeira determinação, trabalharia em prol de sua autonomia<sup>19:2803</sup>.

Logo, era uma luta contra hegemônica com atuação como intelectual orgânico na concepção gramsciana, mas com uma resolutividade clínica, baseada especialmente na boa semiologia que chegava a 90% de resolutividade. A esse conjunto de entendimentos está se chamando de A boa clínica ou A clínica de base; agora, como "reconstrução do sentido social da prática médica"<sup>16:2673</sup>. Esta vivência - irmã fazia com que os interagentes se encontrassem na padaria, nos armazéns, nas lojas. Eram convidados para padrinhos de casamento e de batismo. Eram convidados para almoços nos finais de semana, às vezes a noite eram chamados para algum atendimento domiciliar dos seus vizinhos, participavam de reuniões do bairro. Estas afirmativas se baseiam tanto na experiência vivida por um dos autores deste texto como pela leitura (embora com críticas à questão do prestígio perdido) do livro editado pelo Conselho Federal de Medicina de Antonio Márcio Junqueira Lisboa intitulado Ensino Holístico da Medicina<sup>20</sup>.

O PMM, no seu projeto de provimento de médicos em SC, alocou nas Macrorregiões objetos deste texto, mais de 60 % dos médicos, com médicos cubanos. As primeiras chamadas para médicos brasileiros não foram preenchidas e nem a segunda com outros estrangeiros querendo se estabelecer definitivamente no Brasil.

Eles trouxeram para nós um atendimento diferenciado (GFC) (10)

Hoje, na nossa rede de AB, a população prefere que saiam os médicos brasileiros e fiquem os cubanos. (GFSC) (7)  
Tornou-se uma liderança. Conhece a comunidade tão bem ou melhor que eu que vivo há 50 anos lá. (GFSC) (5)  
Investiga a causa, tem interesse em resolver o problema, se preocupa em prevenir as doenças, faz grupos e visitas. (GFSC) (7)  
Quando eu estava vindo para essa nossa reunião passei pela frente da UBS e vi uma porção de gente entrando lá. Parei para ver o que era. Era o povo do lugar indo a UBS para cumprimentar o médico que estava de aniversário. (GFC) (9)  
À noite se precisar vão a casa dele e ele atende com muito carinho" (GFC) (11)  
Convidam para passear com eles nos finais de semana. Para jantar nos companheiros de equipe" (GFC) (12)  
Eles pedem muito menos exames, examinam muito mais, e resolvem muito mais. É tudo que a gente queria" (GFC) (12)  
Ele conhece a comunidade que nem nós que moramos a 50 anos no local, é uma liderança, só que não se mete em política" (GFSC) (5)

Com essas ou outras palavras semelhantes, haviam pelo menos 50 anotações agrupadas nos quatro (4) grupos focais; era consenso, e os municípios que eventualmente não haviam entrado se manifestavam dizendo:

Na verdade, eu tenho é muita inveja (GFES) (2)  
Os médicos da cidade não queriam que a gente entrasse no programa, não sabíamos que ia ser tão bom (GFES) (4)

O que se pode depreender é que o modelo de formação é voltado para atenção básica altamente resolutiva, com relação horizontal, promovendo prevenção e estimulando a formação de grupos comunitários. Provavelmente, por respeito às diferenças políticas existentes entre os dois países e pelo respeito de estarem em um país estrangeiro e por tempo limitado, nenhum envolvimento com política partidária foi observado.

#### **4. Considerações Finais**

O que marcou na análise destas Regiões e, provavelmente das outras, (que não foram ainda pareadas para ver se as categorias de cada pesquisador também aparecem em outras áreas), foi a necessidade sentida por ambos atores sociais (pesquisadores e gestores), de dar/receber uma devolutiva da pesquisa, e trabalhar junto com eles para colaborar com a superação do apassivamento/opressão/subalternidade. Não surgiu nenhuma proposta de coletivos, de caravana a Brasília, de pressionar deputados, de buscar apoios/alianças com universidades, das igrejas, de juntar as regionais em defesa de um projeto que gostaram, e muito. E na pesquisa o distanciamento era fundamental, por isso não levantamos possibilidades para superação para, desta forma, obtermos o retrato do que acontecia.

Mas a devolutiva é diferente. Precisam sem dúvida de mais apoio e as universidades espalhadas pelo estado de Santa Catarina poderiam cumprir melhor o seu papel de públicas ou de comunitárias, colaborando para um melhor coletivo e pensando em alternativas para solucionar problemas de gestão.

A adesão, embora não tenha sido analisada, mostra a necessidade de os municípios suprirem o vazio da AB no Brasil, e a dificuldade de sensibilizar para essa causa os médicos brasileiros, que se concentram nas grandes cidades como Florianópolis com 26% dos médicos de SC.

Chama atenção também a necessidade dessas mesmas universidades se empenharem na mudança radical da formação de seus profissionais de saúde, resgatando a boa clínica, a concreta clínica de base que era praticada no Brasil e que os cubanos vieram nos reensinar.

#### **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. Piovesan E. Câmara aprova Programa Mais Médicos e mudanças nas regras de residência. <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/saude/454241-camara-aprova-programa-mais-medicos-e-mudancas-nas-regras-de-residencia.html>. Acesso em 28.04.2017.

2. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate* 2003; 27(65): 316-23.
3. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Campos GWS. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2825-36.
4. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 08 de Julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 9 jul. 2013.
5. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EM. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc Saúde Colet* mar. 2016; 21(9): 2773-84.
6. Mello G, Rossi P. Da Austeridade ao Desmonte: dois anos da maior crise da história Ver. *Le Monde Diplomatique* 2017; (116):3. <http://diplomatique.org.br/da-austeridade-ao-desmonte-dois-anos-da-maior-crise-da-historia/>. Acesso em 28.04.2017.
7. ND - Notícias do Dia. Profissionais do programa Mais Médicos que atuarão em Santa Catarina desembarcam no Estado. <https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/profissionais-do-programa-mais-medicos-que-atuarao-em-santa-catarina-desembarcam-no-estado>. Acesso em 28.04.2017.
8. UNASUS - Universidade Aberta do SUS. Mais Médicos. <http://www.unasus.gov.br/maismedicos>. Acesso em 27.04.2017.
9. Ramil V. A Estética do Frio. <http://latitudeslatinas.com/download/artigos/a-est%C3%A9tica-do-frio-vitor-ramil.pdf>. Acesso em 27.04.2017.
10. Simesc - Sindicato dos médicos do estado de Santa Catarina. *Rev. SIMESC Florianópolis* 2017; 154.
11. Santa Catarina. Plano de Desenvolvimento Regional: Secretaria de Desenvolvimento Regional – Araranguá. 2013. [http://www2.spg.sc.gov.br/fmanager/spg/pdrs%202013/pdr\\_ararangua.pdf](http://www2.spg.sc.gov.br/fmanager/spg/pdrs%202013/pdr_ararangua.pdf). Acesso em 28.04.2017.
12. Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2015.
13. Simionatto I. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. *Rev. Katálysis Florianópolis* jan./jun. 2009; 12(1): 41-49.
14. Buttigieg J. Educação e Hegemonia. In: Coutinho CN, Teixeira A de P (org). *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. 30 p.
15. Roio MD. Gramsci e a emancipação do subalterno. *Rev Sociol Polít Curitiba* 2007; 29(11): 63-78. <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n29/a06n29.pdf>. Acesso em 28.04.2017.
16. Melo EA. O que pode o Mais Médicos? *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2672-74.
17. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
18. Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986 Març 17-21. Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
19. Lima RCGS, Grippa DW, Prospero ENS, Da Ros MA. Tutoria do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2797-2805.
20. Lisboa AMJ. *Ensino Holístico da Medicina*. Conselho Federal de Medicina; 2015.

---

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

**Marco Aurelio da Ros**

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: [ros@univali.br](mailto:ros@univali.br)

---