

O TRABALHO DE MÉDICOS NO PMM: DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS NA ABORDAGEM CLÍNICA ENTRE CUBANOS E BRASILEIROS¹

Maria Patrícia Silva²

Murilo Fahel³

Nathan M. Souza⁴

Resumo

O presente trabalho apresenta uma análise comparativa da abordagem clínica e social de médicos cubanos e médicos brasileiros inseridos no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). A pesquisa tem natureza qualitativa, realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com seis médicos cubanos e brasileiros do PMMB, em duas cidades de pequeno porte da região metropolitana

23

1 Trabalho realizado a partir da pesquisa intitulada “Programa Mais Médicos em Minas Gerais: uma análise sobre principais desafios e avanços presentes no processo de trabalho e assistência na Atenção Básica na região metropolitana de Belo Horizonte/MG”, desenvolvida pela primeira autora, como pesquisadora visitante na Fundação João Pinheiro, com apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa em Minas Gerais (FAPEMIG).

2 Professora de Antropologia Cultural e Educação e Sociologia da Educação na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG /IBIRITE). Pesquisadora Visitante (FAPEMIG) junto ao Grupo de Pesquisa Saúde e Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro (2017). Mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

3 Professor e Pesquisador na Fundação João Pinheiro, líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Políticas, mestre em Saúde Pública pela Universidad Autónoma do México. Doutor em Sociologia e Política pela UFMG e Pós-doutorado na University of Oxford.

4 Médico de Família e Comunidade, Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. Colaborador do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde na Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil). Mestre em Educação Médica, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, ENSP, Cuba, validado pela Universidade Federal de Ouro Preto. Doutorando em Metodologia de Pesquisa em Saúde, McMaster University, Canadá.

de Belo Horizonte, Minas Gerais. O processo formativo, a estrutura social, a vivência cultural permeiam os discursos dos médicos participantes, onde identificamos pontos que diferenciam as duas clínicas, de onde nos leva a afirmar que a abordagem clínica dos médicos cubanos aproxima muito mais de uma abordagem clínica ampliada. Em essência, há sim no discurso dos médicos cubanos uma preocupação com uma clínica que seja mais humanizada, um olhar pela dimensão do cuidado da saúde da população assistida, não apenas pela dimensão individual e que seja resoluto. As semelhanças são raras, pois o que aproximam os discursos dos médicos brasileiros e cubanos sobre a abordagem clínica, diz respeito muito mais a questões protocolares e próprias da gestão do serviço. O que também é enfatizado, tanto pelos médicos cubanos, quanto pelos médicos brasileiros, é a importância do fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Brasil, por meio do PMMB.

24

Palavras-chave: Programas Nacionais de Saúde; Humanização; abordagem clínica, abordagem clínica ampliada, Atenção Primária a Saúde

THE WORK OF PHYSICIANS IN PMM: DIFFERENCES AND SIMILARITIES IN THE CLINICAL APPROACH BETWEEN CUBANS AND BRAZILIANS

The present study presents a comparative of the clinical and social approach of Cuban and Brazilian physicians inserted in the More Doctors for Brazil Programa (PMMB). This is a qualitative research is, carried out through semi-structured interviews with six Cubans and Brazilians physicians of the PMMB, in two small cities of the metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais. The formative process, the social structure, the cultural experience are present in the speeches of the participating professionals, we identify points that differentiate the two clinics, from which leads us to affirm

that the clinical approach of the Cuban doctors relies more into a comprehensive clinic. Essentially ce, there is in the discourse of Cuban doctors a concern for a more humanistic clinic, a look at the healthcare dimension of the population assisted, not only by the individual dimension and that is resolute. The similarities are rare, since the approach of the Brazilian and Cuban doctors' discourses on the clinical approach is much more related to protocol issues and to the health service management. What is also emphasized, by both Cuban and Brazilian doctors is the importance of strengthening Primary HealthCare in Brazil through the PMMB.

Key words: National Health Programs; Humanization; clinical approach, comprehensive clinical approach, Primary Healthcare

EL TRABAJO DE MÉDICOS EN EL PMM: DIFERENCIAS Y SEMELHANZAS EN EL ENFOQUE CLÍNICO ENTRE CUBANOS Y BRASILEÑOS

25

Resumen: El presente trabajo presenta una análisis comparativa de al abordaje clínico y social de médicos cubanos y brasileños insertados en el Programa Más Médicos para Brasil (PMMB). La investigación es cualitativa, realizada por medio de entrevistas semiestructuradas con seis médicos cubanos y brasileños del PMMB, en dos ciudades de pequeño porte de la región metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. El proceso formativo, la estructura social, la vivencia cultural estan presentes en los discursos de los profesionales participantes, donde identificamos puntos que diferencian las dos clínicas, de donde nos lleva a afirmar que el abordaje clínico de los médicos cubanos aproxima mucho más de un abordaje de la clínica ampliada. En esencia, hay en el discurso de los médicos cubanos una preocupación por una clínica que sea más humanizada, una mirada por la dimensión del cuidado de la salud de la población asistida, no sólo por la dimensión individual y

que sea resuelta. Las semejanzas son raras, pues lo que aproximan los discursos de los médicos brasileños y cubanos sobre el abordaje clínico, se refiere mucho más a cuestiones protocolares y propias de la gestión del servicio. Lo que también es enfatizado, tanto por los médicos cubanos, como por los médicos brasileños, es la importancia del fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en Brasil, a través del PMMB.

Palabras clave: Programas Nacionales de Salud; Humanización; enfoque clínico, enfoque clínico ampliado, Atención Primaria a la Salud

Introdução

26

O problema tomado como justificativa e dos principais geradores do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil foi a escassez de médicos no país. O que, também, é um problema vivenciado em outros países pelo mundo, como citam Oliveira, et. al. (2016) os casos da Venezuela, da Austrália e do México e como esses países implementaram estratégias com médicos intercambistas para solucionar tal problema. No caso do Brasil, o PMM possibilitou a abertura para médicos intercambistas cubanos e de outras nacionalidades⁵, uma medida emergencial, no intuito de estabelecer o aumento de médicos inseridos na Atenção Primária Saúde (APS). A criação do Programa Mais Médicos, com uma agenda e grandes eixos norteadores, dos quais destacamos dois fenômenos, tratados como parte das estratégias de ação: a necessidade de aumentar a quantidade de médicos formados no país; e, segundo que relaciona diretamente a uma questão de cunho

5 Consta-se a presença de médicos de várias nacionalidades: cubanos, argentinos, uruguaios, venezuelanos, peruanos, espanhóis, mexicanos, hondurenhos, dominicanos, alemães, portugueses, holandeses, italianos, enfim, são 48 países integrados no PMM. Isto é, por si só, um feito sem precedentes na história do Brasil. (MACHADO, 2015, s/p).

qualitativo, versa sobre a formação de médicos de acordo com as necessidades do sistema público de saúde do país.

No desenvolvimento desse trabalho, em um primeiro momento apresentamos um debate teórico sobre questões envoltas no contexto da formação de médicos, a questão do intercâmbio internacional e o papel de Cuba nesse processo. Assim, são trabalhadas parte de iniciativas do PMM referente ao eixo formação de médicos no Brasil; o sistema de saúde de cuba e a formação de médicos, em uma perspectiva humanista. O que nos leva a chegar ao ponto, que é tipicamente identificado como parte da avaliação positiva do PMM, em outros estudos realizados com base na percepção dos usuários: o trabalho do médico cubano é considerado como mais humanista.

Metodologia

O estudo, apresenta uma análise sobre a abordagem clínica e social, no discurso dos médicos cubanos e brasileiros, para assim encontrar semelhanças e diferenças, em uma breve análise comparativa. A técnica utilizada para coleta das informações foi a entrevista semi-estruturada, quando foram abordados seis médicos, divididos entre médicos e médicas brasileiros (as) e cubanos (as). Para a análise das informações coletadas nesse momento procedeu-se a partir da técnica de análise de conteúdo, no intuito de encontrar o que se apresenta muitas vezes velado, ou seja, ir além do aparente. Para Bardin (2006) a análise de conteúdo surgiu como resposta às críticas, que tomavam a abordagem qualitativa como pouco objetiva ou limitada a interpretações do senso comum. Ao tomar a análise de conteúdo, o que se busca é ultrapassar qualquer subjetivismo na interpretação.

Para tanto, um dos cuidados é não limitar a análise à repetição do que se ouviu durante o trabalho de campo, de maneira que se possa ir além da simples descrição, em que a análise pondera sobre a

necessidade de relacionar estruturas semânticas com estruturas que determinem o contexto social, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem.

Uma outra característica fundamental nesse processo foi estabelecer agrupamentos em categorias e relacioná-las em subcategorias, encontradas em expressões temáticas das falas dos entrevistados, que fossem capazes de responder aos delineamentos propostos como objetivos da pesquisa.

O *corpus* de análise foi procedente de reflexões textualizadas por seis médicos inseridos no Programa Mais Médicos de Juatuba e de Igarapé, municípios de pequeno porte da região metropolitana de Belo Horizonte/MG.

28

A análise dos dados aconteceu da seguinte maneira: em um primeiro momento, foi realizada uma leitura exploratória de todo o roteiro respondido. A partir de então, foi possível constituir uma visão geral das respostas, para que, assim, já no segundo momento da análise, fossem encontradas em que categorias as respostas se encaixavam; e, em seguida, realizar a análise em si. O desenvolvimento a análise aconteceu de maneira transversal, as falas são analisadas a partir de tudo que foi dito no decorrer das entrevistas.

Para melhor identificação das falas e seguindo os preceitos éticos no sentido de manter o sigilo sobre os nomes dos sujeitos entrevistados eles foram identificados com letras e um número, exemplo: MC

(médicos cubanos) e MB (médicos brasileiros) seguidos de uma numeração (MB01, MC02, MC03, MB04, MC05, MC06)⁶.

O Programa Mais Médicos: alternativas à escassez de médicos e busca por uma formação humanista

A escassez de médicos no Brasil apresenta-se como um problema que afeta as necessidades de saúde da população, principalmente daqueles municípios localizados em regiões de difícil acesso, nas periferias das capitais, em municípios pobres de pequeno porte. O que pode estar relacionado a dois fatores: a) o país ainda forma poucos médicos; b) os profissionais formados não vêm tais lugares como atrativos para o trabalho, o que é maximizado se complementar a tais características, o fato da demanda profissional para residência médica estão nos grandes centros.

Assim, não estaria entre prioridades de suas escolhas a inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) e muito menos, se torna uma opção entre as residências/especialidades mais procuradas. O contexto descrito faz parte de um cenário que levou o governo federal criar o Programa Mais Médicos no Brasil.

29

Dessa maneira, no caso do Brasil o PMM direciona suas ações em grandes eixos, dos quais mencionamos aqui: a inserção emergencial de novos médicos em municípios de menor capacidade de atração; o avanço no número de graduações e residências no país; e uma reconfiguração do processo formativo, estabelecido nas escolas médicas.

6 Devido uma solicitação dos médicos durante as entrevistas os mesmos não serão identificados relacionando-os aos municípios em que estão inseridos, que no caso da pesquisa, conforme já mencionado no primeiro capítulo desse relatório, onde tratamos sobre o desenvolvimento metodológico, foram Juatuba e Igarapé, na região metropolitana de Belo Horizonte.

Para aumentar o número de médicos formados no Brasil foram criados novos cursos de medicina. Em 2015 foi autorizada a criação de 1,7 mil vagas de graduação em universidades públicas e 3,6 mil em instituições privadas distribuídas em todo o país. “Em 2015, o índice de vagas de graduação médica autorizadas por 10 mil habitantes, nas diversas regiões brasileiras foi: Centro-Oeste (1,00 vagas); Nordeste (0,98 vagas); Norte (1,05 vagas); Sudeste (1,20 vagas) e Sul (1,14 vagas) e a média nacional (0,81 vagas)” (SILVA JUNIOR e ANDRADE, 2016, p. 2670).

Para atender a dimensão qualitativa, um paradigma de ensino foi reforçado por novas Diretrizes Curriculares Nacionais, direcionadas a formar um profissional generalista, crítico, reflexivo e humanista,⁷ conforme Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, em seu artigo 3º.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

30

A construção do artigo das Diretrizes de 2014, que trata sobre o perfil esperado para os graduados em Medicina manteve a essência do perfil esperado nas DCNs de 2001, o que se observa é que há poucas alterações semânticas, com apenas uma reestruturação da escrita. Um ponto aqui a ser questionado: em que medida exatamente esse

7 Não é o objeto principal do presente artigo tais mudanças nas Diretrizes Curriculares merecem ser tomadas como um objeto de estudo e assim ser guiado por uma análise mais detida e comparativa sobre mudanças na legislação que regulamenta o currículo para formação do profissional médico, desde a criação do SUS e as mudanças postas em práticas, que resultados têm sido alcançados nesse caminho de integração ensino serviço e formação de um profissional mais humanista.

perfil tem sido alcançado? Ao passo que a “atuação em todos os níveis de atenção” ainda é reconhecida como um desafio para o sistema de saúde brasileiro, pois há no Brasil, estudantes de medicina que não têm interesse em atuar na Atenção Primária a Saúde e nem no Sistema Único de Saúde (SILVA, 2016).

A exigência prevista na Lei 12.871, de 2013, corrobora com tal afirmativa, quando cria o Programa Mais Médico determina que a implantação de novas diretrizes curriculares do curso de Medicina, contenham internato obrigatório a ser realizado na APS. E, conforme observam Silva Júnior e Andrade (2016), diferentemente das Diretrizes de 2001, as DCN de 2014 determinam um prazo para sua implantação em todas as escolas médicas do Brasil até 2018. Caso acontecesse naturalmente ou houvesse maior interesse dos estudantes, supõe-se que não haveria necessidade de uma lei obrigando tal inserção. Seguindo a análise sobre os perfis proposto, chama atenção a necessidade de reforçar um trabalho mais humanizado. Em que pese à perda de tal dimensão em uma profissão que lida com algo tão delicado e fundamental para a vida de cada sujeito, a saúde.

31

Não há como minimizar, ou mesmo desprezar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos baseados nestes princípios. Porém, cada vez mais constatamos que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e os usuários (Goulart e Chiari, 2010, p.256).

Identificada tal característica, hegemônica no processo de formação dos futuros médicos, as novas diretrizes curriculares ao incluir como parte do perfil profissional esperado um profissional humanista, reafirma, portanto, uma preocupação em ultrapassar a tradição puramente biomédica. Em uma perspectiva para a atuação clínica

dos futuros médicos, em que o processo de formação vivenciado nas escolas médicas possa contribuir com um trabalho de humanizar a atenção à saúde.

Ao pensar nesses processos, conjugada à própria subjetivação de novas dimensões para além da temática instrumental e racional, carece de estratégias que invistam não apenas na educação desses profissionais. Demanda investimentos em um modo de gestão, um modo de realizar a atenção, em que se unam a prática e a teoria. Em processo que busca trabalhar a humanização da clínica e da saúde pública, como processo constante em que se movam mudanças de estruturas. Um modelo de formação que se faça humanizador, para a construção de um modelo de atenção humanizado e a produção do cuidado capaz de ser orientado para esse fim, conforme enfatizam Goulart e Chiari (2010).

32

O Sistema de Saúde de Cuba e a formação de médicos: colaboração

internacional como um dever

Em um percurso de construção histórica, iniciado em 1909, Cuba é o país que possui o Ministério da Saúde mais antigo do mundo, *“Esta ley fue promulgada por Decreto No. 78 del Gobernador Provincial y apareció publicada en la Gaceta Oficial el 26 de enero de 1909”*. (MARÍMON TORRES; MARTINEZ CRUZ, 2010, p.254). E um ano importante para a construção do modelo atual do sistema de saúde cubano é 1959⁸.

Das transformações construídas, Cuba tem o Sistema de Saúde guiado por uma medicina integral, que seja uma assistência inclusiva

8 Conforme observam Marímon Torres; Martinez Cruz (2010, p.255) El año 1959, marcó un punto importante en esta evolución, momento en que triunfa la Revolución cubana y en el que se realizan importantes transformaciones políticas, económicas y sociales a favor del pueblo.

e universal, constituído em 1960. Em 1976, a Constituição do país afirma que todos têm direito a saúde, garantida pelo Estado, revisada e reafirmada em 1992. A lei 41 é uma importante legislação da saúde pública em Cuba, publicada em 1983. Na lei 41, em seu capítulo 01, além de estabelecer os princípios básicos que regulamentam a saúde internamente no país, também fica posta a importância da colaboração e ajuda internacional na área da saúde, previstas na organização do sistema de saúde cubano como um dever. É enfatizada a dimensão social para o exercício da medicina.

[...] reiterando o conceito de Saúde enquanto direito, e definindo “o carácter estatal das instituições, a gratuidade dos Serviços de Saúde e da assistência médica”, assim como “o carácter social do exercício da Medicina”, a “orientação profilática como função altamente priorizada”, a participação activa e organizada da população na elaboração e execução dos planos de Saúde Pública e a “colaboração internacional no campo da saúde e prestação de ajuda no campo da Saúde como um dever internacionalista” (*Ley 41*, Capítulo I, Artigo 4) (MADUREIRA, 2010, p.09).

33

Assim sendo, está aí arraigado como um princípio organizativo do sistema desse país, não apenas uma preocupação como uma política interna, mas é estabelecido o que podemos chamar de uma política de solidariedade global. Conforme denominado por Marímon Torres; Martinez Cruz (2010) solidariedade internacional é uma prática fundamental e diferenciada do sistema de saúde cubano.

A cooperação internacional cubana pode ser encontrada, em 67 países, sendo 31 da África (46,27%), 25 da América Latina e Caribe (37,31%), 10 na Ásia, Pacífico e Oriente Médio (14,93%) e na Europa (1,49%), isso apenas no ano de 2014. A cooperação internacional cubana também participa do desenvolvimento de faculdades de medicina em 11 países: Angola, Bolívia, Eritreia, Gambia, Guiana,

Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Nicarágua, Tanzânia, Timor Leste e Venezuela (ALVES, 2017).

Um modelo de assistência, moldado em sua história e legislação com base em princípios éticos, solidariedade, por si só se faz humanista. A lógica do modelo de assistência, dessa maneira, alcança e conecta com a organização do modelo de educação e rege a formação de futuros médicos. Tal estrutura dessa maneira influenciaria a formação da identidade e da própria cultura profissional desses médicos, e uma prática médica com esse propósito.

No âmbito da formação de recursos humanos, o Sistema Nacional de Saúde cubano garante o planejamento e organização em 13 universidades com curso de medicina, duas faculdades independentes, a Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) e a Escuela Nacional de Salud Pública (ALVES, et.al., 2017).

34

A educação médica realizada em Cuba se distingue da realizada na maioria das escolas médicas brasileiras, sendo que a praticada no Brasil ainda funda-se no modelo biomédico, associada ao uso de aparelhos, técnicas e medicamentos. No Brasil diferente de Cuba, acabaram por substituir um bom exame clínico na definição de diagnósticos, por consequência tem aqui uma proliferação de fragmentação dos serviços (ALVES, et. al., 2017).

De onde, é possível concluir que a formação acaba influenciando a abordagem clínica, o que é reconhecido entre os usuários que são atendidos pelos médicos cubanos inseridos no PMM. Assim sendo, o presente trabalho busca demonstrar, a partir do discurso dos próprios médicos do PMM, as semelhanças e as diferenças presente na abordagem clínica e social dos médicos cubanos e dos médicos brasileiros.

Para este trabalho compreendemos abordagem clínica e social como o mesmo que a observação direta e minuciosa junto ao leito do paciente. Neste caso leito é o mesmo que a família e sua comunidade. Uma compreensão diretamente ligada às ciências humanas, em que o ponto é a mudança ou a melhoria de determinada situação (COSTA E BRANDRAO, 2005).

Discussão de Resultados

O recorte de análise das respostas, as quais giram em torno da abordagem clínica e social, buscamos em um primeiro momento, identificar em que medida os entrevistados mencionam atributos da APS, que segundo Starfield (2002) são essenciais para que se desenvolva um atendimento de qualidade nos serviços de saúde a população. Ao todo são sete os atributos que caracterizam uma APS de qualidade.

O *primeiro contato* relaciona-se com o uso dos serviços para cada novo problema, a entrada de um novo episódio de problema de saúde em que o serviço é procurado. A existência de um suporte constante e regular ao longo do tempo, em um ambiente de acolhimento, confiança mútua e humanizado entre a equipe e os indivíduos e as famílias é o que significa um trabalho direcionado pela *longitudinalidade*. A *integralidade* pode ser traduzida como um trabalho em equipe que seja no intuito de atender promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação, o reconhecimento dos problemas como determinados por questões biológicas, psicológicas e sociais. O atributo da *coordenação* é a capacidade gestora de garantir a continuidade da atenção, o que requer constante articulação e comunicação. *Orientação para a comunidade*, comunicação, conhecimento das necessidades da população de maneira que, também envolve a participação da comunidade nas decisões sobre a saúde. O sujeito da atenção, na APS é a *família*, o que exige uma

35

interação maior da equipe e essa unidade social [o que, no Brasil, nota-se presente na própria proposta da Estratégia Saúde da Família - ESF]. A *competência cultural* convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012; 2015). Nesse sentido, as características estariam ligadas a uma abordagem clínica ampliada, onde espera-se estabeleça confiança e disponibilidade, “força nas relações”, conforme avaliam Campos et. al., (2013).

Para uma melhor compreensão do que significa uma abordagem clínica ampliada, apresentamos o conceito encontrado em Campos et. al., (2013) :

Clínica ampliada [...] realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades [...] Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais (Campos et. al., 2013, p.5).

36

Aos atributos citados foram agregadas para a análise da abordagem clínica a presença de categorias que tratem sobre a humanização do atendimento - relação em qualquer sentimento em que pese e considere o usuário/paciente como uma pessoa e não uma doença; e, a dependência ou não de exames clínicos para finalizar o diagnóstico. Ao passo que, quanto mais as falas dos médicos abordados aproximem e apresentem tais características, sua abordagem clínica estaria mais próxima ou poderia ser chamada de abordagem clínica

ampliada (Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto, a busca da ampliação do cuidado).

De fato, ao olhar para a vida prática, onde o serviço se materializa, percebe-se que ainda existe um longo caminho para a efetiva realização de tal tarefa. E, nem sempre na prática da APS consegue contemplar todos os atributos. Há que ressaltar que o caminho segue e as mudanças são colocadas no sentido de avançar nesse sentido, da efetiva estruturação da APS pregada em Starfield (2002), a construção histórica da ESF e seus desdobramentos, serve como um exemplo de avanços nesse sentido.

O significado de Atenção Primária a Saúde e motivação para inserção PMM

O significado da APS foi apresentado como uma primeira pergunta aos médicos entrevistados, solicitando aos mesmos que fizessem um movimento de construção do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) desde a graduação até a sua inserção no PMM. E ainda, no decorrer de todo o roteiro foram colocadas perguntas complementares para que fossem identificados o significado da APS na representação dos sujeitos abordados. Assim, o intuito era exatamente conhecer o significado que esses profissionais destinam ao nível de atenção em que estão inseridos, já que o PMM tem entre seus grandes objetivos o fortalecimento da APS.

A seguir apresentamos no quadro 01 a presença ou não dos atributos nas falas dos médicos. É importante destacar que, não foi apresentada uma pergunta objetiva/direta, em que os médicos pudessem listar sobre os atributos na APS. Dito isso, o quadro a seguir foi elaborado a fim de demonstrar se ocorreu a menção dos atributos na definição elaborada pelos médicos sobre APS. Observamos que dos sete atributos apenas “primeiro contato”, “longitudinalidade”, “coordenação do cuidado” e “comunicação” foram mencionados

durante a entrevista dos seis médicos abordados, cubanos e brasileiros. Dos sete atributos, os sete são localizados nas falas dos médicos cubanos, em contrapartida na fala dos médicos brasileiros, encontramos apenas quatro desses atributos.

Quadro 01 - Presença de Atributos APS na definição de Médicos PMM, 2017

Atributos Mencionados	MB01	MC02	MC03	MB04	MC05	MC06
1. Primeiro contato/ porta de entrada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2. Longitudinalidade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3. Integralidade	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
4. Coordenação do cuidado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5. Comunicação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Centralidade na Família	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
7. Competência Cultural	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

Fonte: Elaboração própria a partir de dados pesquisa de campo (2017) e Starfield (2002).

A APS, como primeiro contato está presente na fala de todos os médicos abordados, essa é a conceituação mais utilizada na literatura nacional e internacional. Também presente na legislação que regulamenta a APS no Brasil. A conceituação presente em Starfield (2002) qualifica a APS com uma missão mais abrangente, chamada pela autora de APS abrangente.

Dessa maneira, não seria incorreto afirmar que a significação que mais se aproxima da proposta que encontramos em Starfield (2002) é exatamente a encontrada na fala dos médicos cubanos entrevistados. E que os médicos brasileiros e os médicos cubanos, apesar de iniciar sua elaboração de conceito de APS de modo parecido (porta de entrada, primeiro contato), apresentam algumas diferenças, considerando que o médico cubano enfatiza na sua fala a integralidade, uma centralidade de ações direcionadas ao coletivo, à família e não a doenças ou ao indivíduo, a importância da resolubilidade, do cuidado contínuo, de conhecer as famílias e condições de moradia, educação e saúde, são significados presente na fala dos médicos cubanos.

Ao tratarem sobre a motivação para o trabalho com o PMM, os médicos cubanos enfatizam o trabalho de solidariedade internacional, o cuidado das necessidades de saúde da população brasileira e uma oportunidade de construir sua formação profissional, com experiências de trabalho em uma realidade diferente.

39

*[...] Bem, o meu trabalho em Brasil como missão, que é o nome dado em Cuba. Eu já fui em Venezuela, trabalhei como médico lá e como professor. [...] A motivação foi **ajudar o povo brasileiro que precisa de médicos** (MC02);*

*Em Brasil hoje **meu trabalho já ajudou a população**. Então, eu quero participar por isso. E vejo como já diminuí, a saúde de crianças, a mortalidade infantil. (MC03)*

*Então, a parte da **solidariedade que todo médico cubano** tem, o motivo foi de levar experiência e profissional de a outras partes do mundo. Mas **nos ajuda profissionalmente**, porque aqui no Brasil e outra parte do mundo tem doenças que em Cuba não existe, que estão erradicadas. Então como profissional você reafirma mais, conhece outros tipos de doenças. Você conhece na prática médica, porque em todos os seis anos*

conhece todo o tipo de doença, mas lá em Cuba tem muitas doenças erradicadas e que aqui no Brasil estão ambientes (MC06).

Em estudo realizado por Terra, et. al. (2016) encontramos resultados semelhantes, o que corrobora com a afirmação de que a principal motivação apresentada no discurso dos médicos cubanos inseridos no PMM é a solidariedade entre países.

Para os médicos brasileiros abordados no estudo, chama atenção um primeiro discurso, que enfatizam, mesmo gostando de trabalhar com APS, não tem interesse em continuar. Assim, nas falas dos brasileiros percebemos uma preocupação maior com a questão econômica/financeira.

*Ah, eu gosto muito da Atenção Básica! Eu acho excelente. Por mim eu continuaria eternamente. **Eu só não continuo porque eu acho que você não tem previsão de crescimento. Isso eu acho que falta, um plano de carreira.** Então, assim, eu estou há cinco anos, pretendo sair logo, mas só por isso. Senão eu continuaria. Então, assim, eu gosto muito de Atenção Básica. (MB01).*

*O programa me atraiu, na verdade, por vários motivos. Assim, eu estava trabalhando no PSF já, em outra cidade, e lá estava tudo muito confuso, teve concurso, e **aí eles iam mexer com questão de carga horária, de salário e até mesmo de apoio.** Aí surgiu... Eu fiquei sabendo da oportunidade. [PMM].[...] Depois, mesmo assim eu já tinha colegas que faziam e que elas gostavam muito de participar, **aí como eu já estava meio insatisfeita onde eu estava trabalhando,** eu fiz a inscrição, o município, as características do município me atraíram também, porque é perto de BH. [...] Mas, para mim foi uma surpresa porque não fazia parte dos meus planos, mas tem me surpreendido positivamente. Ainda não é o que eu quero fazer a minha vida inteira, eu estou nessa fase e é uma*

fase transitória, acho que assim como a maioria dos médicos, infelizmente, porque não devia ser assim. Não é o que eu quero [...] Gosto, mas se depender de mim é só até o final desse ano (MB04).

A partir da análise da motivação para inserção no programa, dos profissionais das duas nacionalidades, dois pontos merecem reflexão, que de maneira diferente, conectam e dizem respeito ao mesmo problema. Um problema, que foi um dos geradores do PMM, a não fixação dos médicos brasileiros na APS ou, dito de outra maneira, os médicos brasileiros abordados confirmam uma falta de interesse em continuar na APS. O segundo ponto, diz respeito aos médicos cubanos, o fato do intercambio internacional ser estabelecido como missão, logo tem prazo determinado para acabar, o que impossibilita a fixação dos médicos na APS brasileira. Esse foi um fato mencionado por um dos médicos intercambistas abordados.

[...] não compreendo porque médico cubano não pode ficar aqui em Brasil e trabalhar... trabalhar também em hospital, quando chega fim do programa. Já temos curso que capacita, já estar no programa todo esse tempo capacita, tem o curso/especialização com tutores. Mas não podemos continuar. Esperava que o programa permitisse o médico cubano ficar e trabalhar como médico quando o programa acaba (MC02).

41

Os médicos apresentam sua abordagem clínica: diferenças e semelhanças entre médicos brasileiros e médicos cubanos

As diretrizes curriculares nacionais para graduação de médicos no Brasil, de 2001, e recentemente no contexto do PMM, as novas diretrizes de 2014, reforçam a importância em “humanizar” o atendimento, uma maior focalização na família, os determinantes sociais da doença, considerar a importância de uma relação em que a comunicação aproxime o médico e o paciente, durante a clínica

na APS. Entretanto, o cenário da prática nem sempre se faz dessa maneira, pelo próprio contexto da saúde pública no Brasil.

Os médicos ainda saem da graduação com forte tendência a especialização, com uma prática intimamente ligada ao uso de tecnologias avançadas para o apoio no diagnóstico, com uma ênfase no uso de medicamentos para curar doenças, dessa maneira centrado no ambiente hospitalar e medicalização (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CUTOLO, 2006; CAMPOS, 2013; SANTOS ET AL. 2016).

As falas dos médicos brasileiros, aqui entrevistados, em alguma medida refletem tais características. E, nesse ponto diferenciam dos relatos dos médicos cubanos ao tratarem sobre como desenvolvem suas abordagens clínicas. Os médicos cubanos abordados chegam a estabelecer uma reflexão crítica sobre a dependência de equipamentos de apoio para realizar o diagnóstico, no sentido oposto do que se propõe a APS, a própria resolubilidade.

42

Para MC05 um ponto fundamental na clínica é escapar dessa dependência. O que, por outro lado, de fato em nenhum momento é localizado nas falas dos médicos brasileiros.

Primeiramente a partir daí, tem que falar a mesma linguagem. Então, aqui, o povo brasileiro tem muito costume de fazer exame para o diagnóstico, mas em Cuba se trata mais pela clínica. Então eu estou querendo reverter tudo. Ademais, um gasto para o país as doenças que se pode notificar só pela clínica, que não tem necessidade de fazer o exame. Tem que escutar o paciente, olhar o paciente e examinar o paciente (MC05).

Com um bom interrogatório, escutando o paciente, palpando, palpação, e examinando pode dar um excelente diagnóstico sem necessidade de fazer o exame. Ademais, como eu falei, que isso é um gasto para o país, um agente contra

(palavras incompreensíveis). Se eu mando um (raio-x?) eu estou recolhendo essa pessoa para exames e necessariamente, porque o posto dá o diagnóstico pela clínica(MC06).

Dessa maneira, mesmo que indiretamente encontra-se na fala dos médicos cubanos uma crítica ao uso de tecnologias duras, equipamentos para definir o diagnóstico, prática comum no Brasil estaria muito próxima da perspectiva biomédica. Nessa medida, Silva (2016) com base em Camargo Junior (2007), observa que ao conceituar saúde como ausência de doenças há um limite claro das intervenções, um risco em focalizar o tratamento no uso de tecnologias duras na produção de diagnósticos, o excesso de terapias medicamentosas, com uma ênfase na dimensão curativa, retirando a dinâmica social e a possibilidade de ações de promoção de saúde ou a própria, prevenção de doenças.

MB01 ao responder exatamente como aconteciam as suas abordagens clínicas ao contato como o usuário/paciente, menciona o tempo. Nos relatos dos médicos brasileiros não identificamos menção a qualquer crítica ao uso de aparelhos tecnológicos, exames para identificar uma doença. E nem há menção que se faça uma ênfase à resolubilidade nas abordagens clínicas descritas pelos médicos brasileiros abordados no estudo.

43

[...] Então, por exemplo, vi você e tive que pedir um exame de sangue achando que você estava com anemia, você vai trazer esse exame para mim na sexta de manhã. Então funciona no mesmo esquema de demanda agendada, mas aí são só retornos, para apresentar exames, apresentar resultados[...]. (MB01).

[...] atendendo as consultas programadas, porque sempre tem doze consultas programadas, e o que a gente chama de acolhimento, a demanda espontânea. A demanda chega, a enfermeira tria e passa quem ela acha que tem que passar

*em mim. Eu fico ali esperando. Se algum dia acontece de acabar mais cedo, sempre tem serviço, é receita para renovar, tem algum **exame** de paciente que eu já vi e que está ali para eu ver a prioridade de marcação (MB04).*

“O acolhimento não pode ser considerado apenas como quando a equipe recebe o paciente para fazer a consulta na entrada, ou quando a enfermeira faz a triagem” (MC02) é dessa maneira que MC02, médico cubano, começa o relato sobre sua abordagem clínica. No decorrer de seu relato, enfatiza que em sua abordagem clínica *busca receber bem o paciente, que precisa sentir segurança e confiança no médico*. À medida que ele busca realizar esse acolhimento desde quando abre a porta do consultório para o paciente entrar. Consideramos que está presente aí um trabalho clínico mais humanizado e uma perspectiva de acolhimento pregada em Brasil (2010) que valoriza o encontro, respeita a cultura, estabelece a escuta e humaniza o atendimento.

44

O trabalho humanizado que vá além do espaço da unidade básica de saúde, em uma clínica que conheça a população com um reforço na importância da visita domiciliar, está presente no relato de MC06 como uma característica necessária na abordagem clínica, para além da realizada na UBS.

[...] o nosso trabalho é na comunidade, e para um bom trabalho se precisa olhar as condições daquelas pessoas, conhecer onde mora. Não só aqueles que se faz visita domiciliar, aqueles pacientes acamados, que tem algum tipo de doença que não pode assistir ao posto. Está muito bom. Tem que fazer a visita domiciliar. Mas se eu mantenho distante a consulta e não olhei a sua casa, suas condições onde mora, nunca no exame médico eu posso conhecê-la totalmente. É muito importante fazer a visita domiciliar a toda a família. Lá o objetivo é olhar toda a família no posto, o que aqui não se faz (MC06).

Corroborando com os achados em Terra, et al. (2016) os médicos cubanos valorizam em suas falas as visitas domiciliares, porque na casa do paciente, entrando em contato com a família é mais exitoso o resultado na qualidade da saúde da população.

Já os médicos brasileiros abordados ao descreverem sua abordagem clínica destacam muito atividades protocolares inerentes ao processo de trabalho na UBS, determinados pela gestão do município para a APS. E citam atividades de outros profissionais da equipe, o ACS, por exemplo, com a atribuição da visita a um paciente diabético, relato de MB01.

[...] Então, as consultas aqui são agendadas de quinze em quinze minutos a partir de 07:15h. Mas os agendados são agendados de 08h até às 11h. Aí são pacientes agendados de quinze em quinze minutos de 08h às 11h.[...] quando é grupo de hipertenso e diabético a técnica fica medindo a pressão e glicose de todos os pacientes. Quando é psicotrópico, a gente tem participação do NASF, geralmente vem psicólogo. Quando é grupo de gestantes, cada semana vem um. Por exemplo, uma semana vem alguém do NASF da nutrição, outra semana vem alguém do NASF da fisioterapia. [...]Eu preciso falar com o ACS que ele vai precisar passar a visitar você lá de dois em dois meses porque agora você tem diabetes. Então eu escrevo um recadinho: “O paciente diagnosticou diabetes. Cadastrar como diabético”. Tudo isso. “O paciente está faltando às consultas. Chamar alguém da família”(MB01).

45

Chama atenção nas falas dos profissionais brasileiros integrantes do PMM, quando reforçam algo que não foi percebido nas falas dos cubanos, que é a presença do trabalho do ACS, como o conector com as famílias, com os pacientes/usuários do serviço.

Ao serem questionados sobre quem seria o sujeito mais importante no dia a dia de trabalho na UBS, como médico do PMM, encontramos

outra diferenciação entre os médicos brasileiros e os médicos cubanos. Para os médicos cubanos o serviço tem como principal função de atender o paciente, então a população, comunidade seria o “sujeito mais importante”. E no decorrer dos relatos, em resposta a tal questionamento, ao tratarem sobre o processo de trabalho completam, com a necessidade de um bom trabalho em equipe.

O paciente. O sujeito mais importante é o paciente porque ele que tem a doença e o motivo do nosso trabalho [...], por isso meu trabalho aqui em Brasil (MC 03);

A população. A que todo serviço, a qualidade é que atende a saúde da população. Melhorar a saúde e a vida. (MC 02).

[...] todos os integrantes da equipe são importantes. Todo mundo. A equipe é muito importante. Nós somos a equipe. (MC05).

46

Já para MB01, médico brasileiro, o sujeito mais importante no dia a dia de trabalho é a enfermeira.

Acho que é a enfermeira. Para trabalhar sem a enfermeira é bem difícil. [...] Porque ela que resolve mais os pepinos. Por exemplo, demanda, quando não tem enfermeira, como é que vai saber quem que vai passar em mim ou não? (MB01)

Para MB04 (médico brasileiro) o paciente é o foco do serviço, o que aproxima das falas dos médicos cubanos: *O paciente. Ele que é o alvo, ele é o meu foco. O objetivo de a gente estar ali é o usuário (MB04). E para que tenha um bom trabalho depende muito do trabalho da enfermagem.* Podemos dizer que mesmo que não sejam totalmente semelhantes há nesse ponto uma aproximação. E seguindo as análises, a seguir serão apresentadas algumas semelhanças.

Primeiro, a definição de APS para os dois grupos⁹ é elaborada a partir do entendimento do mesmo entendimento: primeiro contato ou porta de entrada. Apesar de, com o desenvolvimento do conceito elaborado por eles, acontece um afastamento e o médico cubano cita mais vezes, aqueles atributos encontrados em Starfield (2002), conforme já abordado no início desse trabalho.

*A Atenção Primária é o começo do serviço, é o **primeiro contato** com a pessoa, com a população. E que assim consiga cuidar e resolver os problemas de saúde ali, promover saúde, prevenir, tratar. E assim evitar doença também [...] (MC03).*

*Atenção Primária ... Acho que é a inserção aí do indivíduo no sistema de saúde. Eu acho que é o **primeiro contato**, então a gente tem que dar conta de fazer aquele serviço assim, até para diminuir depois a sobrecarga na Atenção Secundária, na Especializada. A gente tem que fazer aquele primeiro contato e até de prevenção também, é o que eu acho muito difícil, inclusive, é o motivo às vezes de eu não gostar tanto, porque a gente não está inserido muito na cultura, paciente principalmente, eles ainda não estão muito acostumados com medicina preventiva. (MB04).*

47

Ao tratarem sobre o processo de trabalho na APS, médicos cubanos brasileiros enfatizam a importância do trabalho em equipe e destacam o papel da Enfermagem (Enfermeiro e Técnico Enfermagem) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são mencionados¹⁰, os médicos também mencionam o trabalho das recepcionistas.

O enfermeiro, técnica de enfermagem. Eu tenho quatro agentes de saúde e a recepcionista. E a

9 Entretanto, os médicos cubanos desenvolvem durante a entrevista um conceito muito mais ampliado do que os médicos brasileiros.

10 Tanto os brasileiros quanto os cubanos citam a presença do ACS, mas os médicos brasileiros elaboram um pouco mais sobre como percebem a função do ACS na equipe e ligam o seu trabalho com as visitas domiciliares.

técnica de Enfermagem. Às vezes, a recepcionista que primeiro elas recebe, e até parte do contato com as pessoas que chegam. E se não tivesse o trabalho lá fora ficaria difícil, a enfermeira depois [...] tem grupos de prevenção para doenças crônicas, palestra, visitas no domicílio (MC02).

A enfermeira. Acaba que ela assume o papel de coordenadora da Atenção Primária. Ela que fica mais responsável por isso. Como eu já cheguei e peguei o esquema pronto, eu já fui entrando e assumindo aquilo que foi delegado para mim. Lá onde eu estou eu vejo que é tudo bem dividido, cada um tem bem a sua função. Mas a gente tem os nossos encontros para discutir assim, como equipe, proposta de trabalho, pegar a população como um todo, todo mundo trabalhando junto. Isso eu tenho notado bastante e tem funcionado bastante essa questão de trabalho de equipe (MB04).

48

Tanto os médicos brasileiros, quanto os médicos intercambistas cubanos descrevem entre suas atividades, visitas domiciliares, reforçam que nas UBS em que estão inseridos atendem um grande número de demanda espontânea, dos atendimentos, ainda sobressaem: pré-natal, puericultura, atendimentos de prevenção e cuidados a doenças crônicas (diabetes e a hipertensão arterial).

Um outro fator relevante que afeta o processo de trabalho, mencionado pelos entrevistados, são problemas no desenvolvimento da referência e contra-referência, o que segundo análise dos médicos podem ser tomados como um limite ao bom desenvolvimento do trabalho na APS.

Ainda, os dois grupos mencionam em diferentes momentos das entrevistas, uma preocupação, que o trabalho alcance um atendimento que seja efetivamente, longitudinal, o que quando ocorrem muitas mudanças de médicos nas UBS, pode ser dificultado. Os médicos em seus discursos demonstram a importância de que

cada médico possa, em uma perspectiva de continuidade do trabalho nas UBS, conhecer sua comunidade e acompanhar o cuidado e os avanços desse cuidado.

Considerações Finais

Ao elaborar como objetivo principal desse trabalho realizar um exercício comparativo em relação a abordagem clínica e social de médicos cubanos e brasileiros inseridos no PMMB, a hipótese principal era que encontraríamos apenas diferenças e nenhuma semelhança. Entretanto, mesmo sobressaindo as diferenças, semelhanças foram encontradas.

As semelhanças localizadas nos discursos dos médicos brasileiros e cubanos que dizem respeito a: questões protocolares e próprias da gestão do serviço; citam a importância do trabalho em equipe, ACS e enfermeiros; a importância do acompanhamento longitudinal, a APS é mencionada como porta de entrada no serviço de saúde. E a importância do fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Brasil.

As diferenças poderiam ser conectadas ao próprio modelo de formação, ou seja, o modelo de educação médica cubano que segue princípios como: solidariedade internacionalista, humanização e saúde integral. Tais princípios foram localizados em diferentes momentos das entrevistas com os médicos intercambistas cubanos. O que nos leva a crer que essa organização está refletida no perfil e identidade dos médicos. O que não foi mencionado em nenhum momento nos relatos dos médicos brasileiros.

Os médicos cubanos têm orgulho em demonstrar que são formados para uma clínica fortemente científica, pela prevenção e promoção de saúde, em um contexto de valorização da humanização do cuidado e solidariedade internacional.

O processo formativo, a estrutura social, a vivência cultural está presente nos discursos dos entrevistados. Dessa maneira, identificamos pontos que diferenciam as duas clínicas, o que nos leva a afirmar que a abordagem clínica dos médicos cubanos aproxima muito mais de uma abordagem clínica ampliada, que seja pela pessoa, pela família e pela comunidade, humanizada, que seja resoluta e menos dependente de tecnologias duras¹¹, exames, dependência dos outros níveis de atenção.

Um ponto fundamental merece ser aqui reforçada, a influência da forma como se organiza o modelo de atenção e a educação médica acaba interferindo na prática profissional. O que recai sobre uma demanda, já identificada, e estabelecida como um eixo do PMM, uma mudança no processo formativo dos médicos. Em que a cultura da fragmentação do cuidado, da forte tendência à especialização, seja substituída pela integralidade do cuidado e pela humanização dos serviços. Em seu sentido de uma clínica ampliada, guiada por uma nova cultura profissional do cuidado humanizado. O que deixa aqui aberta uma nova chave para novas pesquisas, direcionada para as mudanças na formação de médicos, inerentes ao contexto do PMM, da integração ensino-serviço e o fortalecimento da APS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde: Brasília/DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4** de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso

11 Para melhor aproximação do debate sobre tecnologias duras ver Merhy, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº03** de 6 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília, DF. Disponível em <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>> Acesso em Maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Et. al. **Reflexões sobre a Atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família.** 200-. Disponível em: [ttp://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES_SOBRE_A_ATENO_BSICA_E_A ESTRATGIA_DE_SADE_DA_FAMILIA.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES_SOBRE_A_ATENO_BSICA_E_A ESTRATGIA_DE_SADE_DA_FAMILIA.pdf). Acessado em maio de 2017.

51

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em< <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84126/1/S0102-311X1997000100025.pdf>>. Acessado em Julho de 2017.

CAMPOS, G. W. S. A saúde, o SUS e o programa Mais Médicos. **Revista Médico Residente.** v. 1.n3. 2013. Disponível em: < <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/395/386>>. Acessado em julho de 2017.

CAPRARA, A; FRANCO A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad Saude Publica** 1999; v.15, n.3, p. 647-654.

COSTA, Liana Fortunato; BRANDAO, Shyrlene Nunes. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 33-41, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Aug. 2016.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acessado em julho de 2017.

52

DELGADO GARCÍA G. La solidaridad internacional de la medicina cubana. Antecedentes, su desarrollo y trascendencia en la etapa revolucionaria. Cuad Hist Salud Púb. 1987;72: 137-49. Apud. MARIMON TORRES, Nestor; MARTINEZ CRUZ, Evelyn. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana , v. 36, n. 3, p. 254-262, sept. 2010 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 agosto 2017.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Aug. 2017.

MARIMON TORRES, Nestor; MARTINEZ CRUZ, Evelyn. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud

Pública. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 36, n. 3, p. 254-262, sept. 2010 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 agosto 2017.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015

OLIVEIRA, et. al. **Mais Médicos**: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu). 2015,n. 19, v.54, p.623-34. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>>. Acesso em outubro de 2016.

53

MACHADO H. M. , CAMPOS, F. E., LIMA, N. T. Em defesa do Mais Médicos: 48 países integrados no programa. **Revista Radis**. 2015. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/em-defesa-do-mais-medicos-48-paises-integrados-no-programa>>. Acesso em Junho de 2017.

PARAÍSO, Marluce Alves. **Currículo nômade**: quando os devires fazem a diferença proliferar.. In: Edgar Roberto Kirchof; Maria Lúcia Wortmann; Marisa Vorraber Costa.. (Org.). Estudos Culturais e Educação Contingências, articulações, aventuras, dispersões.. 1ªed. Canoas: Editora da ULBRA, 2015, v. 1, p. 269-288.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ANDRADE, Henrique Sater de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2670-2671, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902670&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Aug. 2017

SILVA, M. P. **Educação médica e formação profissional no norte de minas gerais**: uma análise de representações sociais de docentes e acadêmicos de medicina da UNIMONTES sobre a medicina e a Promoção de saúde. [Tese] Doutorado em Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

54

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select__action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2011.