

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Para além do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina: A
(re)construção dos discursos de profissionalismo de médicos brasileiros e
cubanos a partir do contexto do programa Mais Médicos

Wellington Luiz Siqueira

São Carlos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Para além do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina: A
(re)construção dos discursos de profissionalismo de médicos brasileiros e
cubanos a partir do contexto do programa Mais Médicos

Wellington Luiz Siqueira
Bolsista CAPES

Dissertação apresentada como pré-
requisito parcial para a obtenção de título
de Mestre em Sociologia, pelo Programa
de Pós-Graduação em Sociologia da
Universidade Federal de São Carlos
(UFSCar).

Orientadora: Profa. Titular Dra. Maria da Gloria Bonelli

São Carlos

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Wellington Luiz Siqueira, realizada em 08/03/2017:

Profa. Dra. Maria da Gloria Bonelli
UFSCar

Prof. Dr. Jordão Horta Nunes
UFG

Prof. Dr. Jacob Carlos Lima
UFSCar

~

Dedico este trabalho às várias Anas de minha vida: Ana Horta, Ana Maria e Ana Siani.

Agradecimentos

Agradeço inicialmente a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa e investimento em minha formação acadêmica.

Agradeço também à minha orientadora e professora Maria da Glória Bonelli, que desde o início da minha graduação guiou meus primeiros trabalhos científicos e permitiu que meu pensamento se desenvolvesse de forma autônoma, mesmo quando tínhamos pontos de vista diferentes sobre o mesmo tema. Seus conselhos em momentos importantes de minha trajetória, com alcances fora de minha vida profissional como jovem cientista em formação, são mantidos em alta estima, e serão passados adiante, contribuindo para a construção de uma ciência empírica e comprometida com a mudança social.

Agradeço também ao professor Jacob Carlos Lima, por suas aulas e comentários sobre esse texto. A sociologia do trabalho que desenvolve foi tão próxima de minha experiência pessoal no mundo, que posso dizer que minha compreensão das ciências sociais, e principalmente da sociologia, tiveram dois períodos, antes e depois de suas aulas. Também gostaria de agradecer a professora Fabiana Luci de Oliveira, que lapidou minha percepção sobre métodos e maneiras de pesquisar, permitindo conectar ideias abstratas do meu cotidiano com formas inteligentes e eficazes de gerar dados para testá-las de maneira clara e objetiva. Sem essas lições o texto a seguir seria muito mais confuso, mesmo não sendo tão cristalino quanto gostaria. Agradeço aos professores Jordão Nunes Horta e Nelson Filice Barros, por dedicarem parte do seu tempo a leitura deste trabalho e comporem a banca da defesa. Suas perspectivas sociológicas contribuíram com o desenvolvimento da ideia que busquei desenvolver.

Agradeço também a todos os médicos e médicas de família que aceitaram me receber durante o tempo que tinham disponível em suas agendas. A isso sou extremamente grato. Um número considerável de vezes optei por retornar em outros dias mais tranquilos quando via a necessidade da população por seus serviços e o empenho com que dedicavam seu trabalho e foco a essas pessoas. Em um país onde o acesso à atenção primária não é universal, e onde os profissionais médicos se dedicam a extensos territórios e populações, sou grato por cada minuto que passaram contribuindo com meu trabalho de pesquisa, e espero que, ao lerem essas páginas, se sintam representados pelo

conjunto de suas contribuições e possam utilizar, de alguma maneira, os conhecimentos que me ajudaram a construir.

Agradeço também ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, por todo apoio durante esse trajeto, que possibilitou que eu me dedicasse inteiramente ao trabalho de pesquisa. Além disso, agradeço à Silmara Dionísio, secretária do PPGS-UFSCar, por me orientar por todos os tramites necessários e me recordar de todos os prazos, tarefa que, sem sua ajuda, não seria capaz de realizar.

Agradeço também a Ana Carolina Siani, minha companheira nessa fase de minha vida, que se dedicou em suas próprias pesquisas, compartilhando todo o conhecimento que adquiriu durante sua formação, principalmente aqueles voltados ao trabalho de cientista. Todas as noites que passamos em claro tentando resolver os problemas um do outro nos uniu como seres humanos. Nossa jornada ainda está longe de terminar, na vida, na ciência, na política e nas artes, e espero do fundo do meu coração que sigamos com a mesma cumplicidade, compartilhando nossos segredos e truques, nossas inseguranças, nossa ansiedade e angústias. Tenho certeza que os tempos difíceis que se avizinham serão sempre mais amenos ao seu lado. Não poderia viver sem seu excelente gosto musical.

Agradeço aos meus irmãos Wesley e William. Wesley por viver comigo, sempre pronto para longos passeios de bicicleta pelo cerrado, e permitir que eu pudesse acessar sua vasta biblioteca de jogos sempre que precisei de um tempo para abstrair sobre meu trabalho. Ao meu irmão William, por me escolher para padrinho de sua filha, tarefa que sou péssimo em realizar de forma satisfatória, e por seguir investindo de forma indireta em nossa felicidade, compartilhando sua conta na Netflix com os moradores do Castelo Bruxo, minha casa. Agradeço também a Fernanda Siani, hoje quase irmã, por suas diversas promessas não cumpridas de cortar a grama, por cuidar da minha cachorrinha Lolita quando tive que me ausentar e por ser sempre um farol de luz e boas energias, sendo sempre o riso mais fácil.

Agradeço a minha mãe, Ana Maria, por acreditar mais do que eu mesmo no meu potencial, mesmo não entendendo quase nada que eu fazia e como eu trabalhava. Ao orgulho que expressou por mim quando fui aprovado para o mestrado, onde finalmente senti que minha missão como filho havia se cumprido. Agradeço também por todo suporte financeiro, quando passamos nossas maiores dificuldades, permitindo que seguíssemos tranquilos em nosso barco em meio à tormenta. Dona Ana, escolhi esse tema pela senhora, que sempre quis um filho médico. Ainda não quero ser médico, mas espero que outros

filhos e filhas que quiseram permitam a senhora pensar um pouco mais sobre essa profissão que tanto admira.

Agradeço aos amigos que conheci nessa aventura de me tornar sociólogo, da graduação e da pós-graduação. Leonardo Menezes, que mesmo distante devido a suas próprias escolhas, segue sendo de casa. Até abre a geladeira e coloca os pés no sofá. Muito obrigado também Dionísio e Marcelo, que compartilhavam suas impressões sobre meus trabalhos antes de eu submeter em algum lugar. Agradeço a todas as deliciosas comidinhas baianas que provei junto com vocês, e mesmo que todas as vezes que marcamos alguma coisa algo deu errado, estarão sempre em meu coração e lista de contatos do whatsapp. Muito obrigado Silvério e Luciana, grande referência em minha vida adulta, sempre dispostos a me ajudar com os diversos problemas que inevitavelmente acontecem comigo. Serei eternamente grato por introduzirem os pedais na minha vida, e sempre vou guardar nossos passeios na memória.

E, por fim, agradeço aos vários personagens e mundos que me distraíram nesse período, inclusive os que eu próprio criei. Pensar sobre mundos fictícios e inventá-los permitiu uma compreensão mais aguçada do nosso próprio mundo, suas várias estruturas e modos de funcionamento. Obrigado Terra-Média, Azeroth, Thedas, e muitos outros. Espero que um dia meu próprio mundo se junte a esse panteão. A arte, como sempre, reflete e refrata a vida social que lhe da substância. Valiosa lição para compreender o mundo.

*O samba deu conselhos, ouça:
Jacaré que dorme vira bolsa.
Amor, eu disse no começo
É quem tem valor versus quem tem preço.
Segue teu instinto,
Que ainda é Deus e o Diabo na terra do Sol
Onde a felicidade se pisca, é isca.
E a realidade trisca, anzol,
Corre!
EMICIDA – “Casa”, 2015.*

RESUMO

Como a chegada de profissionais médicos estrangeiros, atuando principalmente em postos de saúde com médicos brasileiros, no contexto de implantação e vigência do programa “Mais Médicos”, tensiona os discursos de profissionalismo e quais os efeitos desse contato para as identificações profissionais? Diferentes tipos de formação profissional, com enfoques variados ou contrastantes, dentro de uma mesma profissão, produzem discursos de profissionalismo concorrentes, dada a mesma posição ou posto de trabalho? Partindo dos discursos oficiais das instituições Ministério da Saúde e órgãos representativos da profissão médica, busquei compreender como os médicos, em seu cotidiano, constroem suas identidades e negociam o discurso de profissionalismo, e como se posicionam nesse debate e lidam com a diferenciação introduzida pela política pública. O trabalho de campo, constituído por 14 entrevistas qualitativas e a análise de discursos de diferentes órgãos, atores e publicações expressando o embate em torno do programa, permitiu compreender como se dão os processos de reelaboração e negociação desses discursos e identidades, e como eles aparecem e são difundidos na fala dos médicos atuantes no município de São Bernardo do Campo, localizado na região metropolitana de São Paulo.

Palavras Chaves: Sociologia das Profissões; Identidades profissionais; Diferença; Profissionalismo; Programa Mais Médicos;

ABSTRACT

How does the arrival of foreign medical professionals, working mainly in health posts with Brazilian physicians, in the context of the implementation and validity of the "Mais Médicos" program, has stressed the discourses of professionalism and what are the effects of this contact for professional identifications? Different types of professional training, with varied or contrasting approaches, within the same profession, have produced competitive discourses of professionalism, given the same work position? Starting from the official speeches of the institutions of the Ministry of Health and representative organs of the medical profession, I sought to understand how physicians, in their daily lives, have built and have negotiated their identities and negotiate the discourse of professionalism, and how they have positioned themselves in this debate and deal with the differentiation introduced by public police. The fieldwork, consisting of 14 qualitative interviews and the analysis of the discourses from different organs, actors and publications expressing the clash around the program, have allowed us to understand how the processes of reworking and negotiating these discourses and identities occur, and how they appear and are disseminated in the speech of physicians working in the municipality of São Bernardo do Campo, located in the metropolitan region of São Paulo.

Keywords: Sociology of Professions; Professional identities; Difference; Professionalism, More Doctors;

LISTA DE FIGURAS E FOTOGRAFIAS

Figura 1. Esboço dos diferentes grupos que passaram a interagir depois do PMM na unidade de saúde em relação as demais especialidades médicas da atenção secundário	53
Figura 2. Esboço de uma casa consultório elaborado por José	78
Figura 3. Esboço sobre as etapas necessárias por parte do médico para ter acesso à população nos dois países	83
Figura 4. Esboço sobre as etapas necessárias por parte da população para ter acesso ao médico nos dois países	88
Fotografia 1. Hall de entrada e sala de espera de uma das Unidades Básica de Saúde – UBS	53
Fotografia 2. Painel informativo sobre a infraestrutura de uma das unidades	55
Fotografia 3. Uma bíblia em um pequeno balcão de uma das unidades	55
Fotografia 4. Modelo “Lawton” de casa consultório em Cuba, a base do sistema de saúde no país	79

Quadros e Gráficos

Quadro 1. Perfil dos médicos entrevistados	30
Quadro 2. Perfil dos médicos entrevistados	30
Gráfico 1. Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2013	48
Gráfico 2. Proporção de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família - Janeiro de 1999 a janeiro de 2016	69

SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS – Agente comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PMM – Programa Mais Médicos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1 – Introdução	16
1.1 – Do meu caminho até aqui e do lugar em que falo	19
1.2 – A sociologia das profissões e a construção das identidades profissionais	20
1.3 – Metodologia e descrição dos sujeitos da pesquisa	27
1.4 – Descrição dos entrevistados	32
2 – O debate em torno do Programa Mais Médicos, a produção científica e a Unidade Básica de Saúde.....	36
2.1 – Os discursos do Ministério da Saúde sobre o Programa Mais Médicos.....	36
2.2 – Os discursos das entidades médicas e conselhos representativos	41
2.3 – Produção científica sobre o PMM.....	47
2.4 – O cenário da interação: A Unidade Básica de Saúde	52
3 – A identificação profissional de médicos de família brasileiros.....	58
3.1 – Médicos de família brasileiros e suas diferenças em relação aos médicos contratados pelo PMM.....	58
3.2 – O controle da identidade profissional e a relação com outros grupos dentro da mesma profissão	63
3.3 – Os médicos de família e universalização da Estratégia de Saúde da Família	68
3.4 – A carreira horizontal dos médicos de família antes da implementação do Programa Mais Médicos.....	70
4 – Médicos estrangeiros, formação e identificação profissional	76
4.1 – Integralidade e os significados atribuídos à medicina de família pelos médicos estrangeiros	77
4.2 – A autonomia e o controle da agenda	83
4.3 – O jogo das identidades e a identificação profissional com a medicina de família em Cuba	88
4.4 – Diferenças atribuídas ao atendimento e formação dos médicos cubanos e as disputas por legitimação	94
4.5 – Impressões sobre o programa e a relação da medicina de família com a atenção hospitalar	102

5 – Considerações Finais	106
Referências bibliográficas.....	110
Apêndices.....	115

1 – Introdução

O Brasil enfrenta um sério problema de concentração médica. De acordo com a Demografia Médica Brasileira (SCHEFFER, 2013)¹, pesquisa encomendada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP – o país possuía 388.015 médicos em outubro de 2012, segundo o registro no Conselho Federal de Medicina – CFM.

“O crescimento exponencial de médicos no país já se estende por 40 anos. De 1970, quando havia 58.994 médicos, o Brasil chega a 2012 com um salto de 557,72%. De 1970 a 2010, a população brasileira como um todo cresceu 101,84%” (SCHEFFER, 2013. P. 19).

Esse número aproxima o número de médicos a uma taxa de 2 médicos a cada 1000 habitantes, indicador próximo ao de outros países com sistema universal de saúde, como o Canadá, por exemplo, que possui 2,07 médicos a cada 1000 habitante, de acordo com dados de 2010². A quantidade de médicos, no entanto, mesmo que em um crescimento constante, continua concentrada nas regiões mais ricas do país.

Diversos fatores contribuem para essa concentração. A maioria está concentrada nas regiões sudeste, sul e centro oeste, enquanto que nas regiões norte e nordeste o número de médicos por mil habitantes é muito menor que a média nacional. O Sudeste, por exemplo, possui cerca de 2,67 médicos por 1000 habitantes, enquanto na região norte, o número é de 1,01 médicos por mil habitantes. Essa diferença, maior que o dobro, mesmo se levarmos em consideração a distribuição da população brasileira no território nacional, ainda apresenta desigualdades.

Essas desigualdades, por sua vez, distorcem os indicadores sociais de saúde no Brasil, pois, mesmo que o número na média não seja tão baixo, as diversas especialidades que compõem o sistema de saúde não estão igualmente distribuídas conforme a necessidade da população. Os usuários do Sistema Universal de Saúde – SUS – em muitos municípios do país, não tinham acesso a nenhum médico, sendo necessário se deslocar para outras cidades mais ricas que conseguia fixar alguns médicos. O programa Mais

¹ Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>. Acessado em: 14/08/2016.

² Indicadores sociais de saúde comparados por países. Disponível em: http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=CA&name_desc=false. Acessado em: 14/08/2016.

Médicos surge então nesse contexto, com o objetivo de interiorizar médicos brasileiros e estrangeiros, caso não haja interesse de médicos brasileiros, por todo o território, focando inicialmente somente a atenção básica, considerada a porta de entrada do SUS, e que ainda não conseguiu se universalizar por todo o território nacional.

O programa, depois de anunciado, causou grande insatisfação entre os médicos brasileiros, principal motivo para meu interesse no tema. Médicos de diversas regiões do Brasil se manifestaram publicamente contra o Programa, e algumas dessas manifestações viralizaram nas redes sociais e ganhou o debate inclusive nas mídias corporativas³. Juan Delgado, médico cubano negro, em sua chegada ao país, foi vaiado por médicas brasileiras em um protesto organizado pelo Sindicato dos Médicos do Ceará, e a foto do ocorrido ganhou a primeira página da Folha de São Paulo, em 27 de outubro de 2013⁴. Delgado, entrevistado pela Folha no dia seguinte, afirmou: “Me impressionou a manifestação. Diziam que somos escravos, que fôssemos embora do Brasil. Não sei porque diziam isso, não vamos tirar seus postos de trabalho”⁵. Recortei a imagem e refleti sobre o assunto, o que me levou a escrever o que se segue.

O debate se polarizou nesse período, havendo aqueles que apoiavam a política pública por possibilitar o acesso às populações mais distantes dos grandes centros urbanos desenvolvidos do país, e aqueles que eram contra a política pública, que reduziria a qualidade do atendimento médico prestado e mudaria o foco do debate até então, que girava em torno da falta de estrutura na maioria dos municípios para atuação desses profissionais. A reserva de mercado que a profissão possuía devido à escassez de profissionais seria reduzida com a vinda dos médicos estrangeiros.

Como a chegada de profissionais médicos estrangeiros em municípios da região metropolitana de São Paulo, atuando principalmente em postos de saúde com médicos de família brasileiros, no contexto de implantação e vigência do programa “Mais Médicos”, tensiona os discursos de profissionalismo e quais os efeitos para a construção da identidade profissional dessa interação para esses médicos? Diferentes tipos de formação profissional, com enfoques variados ou contrastantes, dentro de um mesmo ambiente de

³ Mais exemplos podem ser encontrados em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/12/23/cubano-vaiado-por-brasileiros-e-o-simbolo-do-programa-mais-medicos.htm> e <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/nao-somos-escravos-diz-cubano-vaiado-por-medicos-7384.html>. Acessado em 27/01/2017.

⁴ A foto pode ser visualizada no acervo da folha online, disponível em: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2013/08/27/2>. Acessado em 27/01/2017.

⁵ A entrevista segue completa no sítio da Folha de São Paulo, disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1333042-vamos-para-onde-os-brasileiros-nao-vao-diz-cubano-vaiado-por-medicos.shtml>. Acessado em 27/01/2017.

trabalho, produzem discursos concorrentes, dada a mesma posição ou postos equivalentes na profissão?

Parto de três pressupostos para elaborar esta pergunta. O primeiro, obviamente, é que podem existir diferentes tipos de formação profissional entre médicos brasileiros e cubanos, tendo como um dos objetivos secundários me debruçar sobre essa questão e elencar as diferenças, a partir da descrição dos entrevistados, caso existam. É importante mencionar que estou me referindo ao médico cubano que realiza missões humanitárias, e que a diferenciação na formação pode se dar por esse motivo. Segundo, que essas formações produzem diversas identificações, que estão em constante negociação e interseccionadas com as demais identidades dos médicos. Portanto, para mim, a realidade não é um dado que existe *a priori*, que posso acessar a partir de um método definido, e sim uma construção discursiva e negociada pelos sujeitos constantemente. Mesmo não desconsiderando a existência de grupos em constante relação entre si – leia-se estruturas ocupacionais, profissionais – o foco do estudo é analisar a construção das identificações profissionais a partir do sujeito que se insere nessas interações. A intenção é captar a realidade social não como um acúmulo de fatos que se empilham, mas como um instante no tempo, apresentando as contradições e embates discursivos entre os sujeitos. Em terceiro lugar, o fato de médicos brasileiros e cubanos que busquei entrevistar para a construção dessa pesquisa ocuparem o mesmo posto de trabalho nos postos de saúde.

A pesquisa se divide em quatro partes principais. Na primeira parte, além dessa introdução, apresento as questões teóricas-metodológicas que orientaram a investigação e o trabalho de campo, delineando enfoques sobre profissionalismo, identidades e diferenças. Apresento em seguida as notas metodológicas sobre o trabalho de campo, e traço o perfil dos sujeitos entrevistados no decorrer da pesquisa. Depois divido o trabalho em três capítulos principais.

No primeiro capítulo abordo como foi o debate em torno do programa, como se posicionaram os diversos grupos interessados, favoráveis e contrários, no debate a respeito da política pública. Construo um continuum onde temos em um polo principalmente o discurso do Ministério da Saúde e demais gestores do Estado, que buscavam solucionar a carência de médicos pela importação de profissionais estrangeiros em caráter emergencial, e no segundo polo os discursos dos vários órgãos representativos do grupo, movimentos e associações médicas, que se posicionavam contra a vinda de médicos estrangeiros para o país e criticavam o desenho institucional do PMM. Em seguida busco na literatura sociológica e das áreas da saúde o debate atual sobre o

Programa, para então descrever como funcionam as Unidades Básicas de Saúde, que são onde os médicos estrangeiros e brasileiros interagiram. No segundo capítulo, exploro o primeiro grupo ocupacional delimitado pelo meu recorte: os médicos de família – médicos brasileiros, especializados ou não em saúde da família – e busco compreender como operam os discursos dentro do grupo e como se dão os processos de construção de identidades e identificação entre esses profissionais, entrevistando-os. No terceiro capítulo busquei entrevistar os médicos contratados pelo Programa, brasileiros e estrangeiros, e compreender como se dão seus próprios processos de identificação profissional como médicos, comparando-os com as identificações dos médicos de família brasileiros.

1.1 – Do meu caminho até aqui e do lugar em que falo

Durante minha formação profissional, fui atravessado por diversas outras identidades que se construíram durante este período e influenciaram diretamente as minhas concepções acerca de minha profissão. Isso me fez desconfiar em grande medida de explicações do mundo social que buscavam explicar a totalidade da experiência dos sujeitos a partir de um modelo teórico fechado baseado em uma ou outra clivagem sociológica específica. Em minha experiência, a realidade social se constrói articulando de forma conjunta todas as clivagens simultaneamente.

Já sobre o tema dessa pesquisa, continuo um trabalho anterior de iniciação científica. Nesse trabalho inicial discuti brevemente o que os bacharéis em direito na cidade de São Paulo pensavam a respeito de sua profissão, enquanto formação em direito, e a ocupação que haviam se inserido, como auxiliares jurídicos e paralegais em grandes escritórios, e como esta profissão se configurava pensando-a na chave de um processo de profissionalização. Percebi durante esse período que os bacharéis, muitas vezes, reproduziam valores do grupo que tinham como referência e que buscavam acessar, o dos advogados credenciados para o exercício da profissão, mesmo quando não possuíam tais credenciais. Legitimavam as formas de controle profissional exercido pelas instituições que representavam o grupo e que ao mesmo tempo os excluía. Isso me fez pensar mais a respeito das identidades e identificações e aprofundar meus estudos nesse tema.

A partir disso busquei transferir as inquietações de cientista em formação de uma pesquisa para outra, estabelecendo o recorte da profissão médica no contexto (que na

época era bastante recente) do programa mais médicos. Essa interação entre médicos de diferentes nacionalidades, com formações distintas ou não, permitiria compreender como a interação e a alteridade formariam os discursos profissionais, ou o que chamamos de profissionalismo, desses médicos. Também já tinha alguns contatos e algum acesso ao campo, por conhecer alguns médicos brasileiros e ter conversado com eles sobre o Programa Mais Médicos durante a elaboração do projeto dessa pesquisa.

1.2 – A sociologia das profissões e a construção das identidades profissionais

O debate sobre construção de identidades é importante nas ciências sociais, pois geralmente se debruça a entender as diversas separações entre os grupos e as fronteiras entre o nós e o eles, o eu e o outro e assim por diante. Essas questões ganham uma importância ainda maior para o pensamento sociológico principalmente quando este tenta dar conta da dicotomia sujeito/sociedade. Quando se debruça a entender o mundo do trabalho, por exemplo, as identidades surgem como formas discursivas, comprometimento aos valores de um grupo, maneiras de agir, de se portar, de ser, de se sentir parte, de ter pares (STRAUSS, 1997) e de se diferenciar e construir formas de se distinguir. No mundo das profissões, surge como um debate ainda mais fundamental, na medida em que a própria noção de profissão pressupõe, até em visões mais próximas do senso comum, algum tipo de formação, algum processo de aprendizado de longa duração de um tipo de expertise e um discurso do que é ser profissional⁶. Dessa forma, o processo de socialização profissional, não o de uma profissão especificamente, mas do indivíduo dentro dos quadros de uma profissão, se resume, em síntese, a um processo de interiorização de uma identidade construída coletivamente – como a do médico, do advogado – e ao aprendizado de um saber específico. Para entender a construção das

⁶ Essa concepção de profissão, como uma ocupação privilegiada na estrutura ocupacional, que possui reserva de mercado e jurisdição sobre uma área do saber específica, além do monopólio jurídico do exercício de uma expertise para a solução de um grupo determinado de problemas, é mais próxima às abordagens funcionalistas e atributivistas no debate da sociologia das profissões. Para esses autores, como Parsons (1967) por exemplo, as profissões tinham uma função especial na reprodução da sociedade capitalista, e os privilégios que estas haviam alcançado se deviam a uma lista de atributos adquiridos no decorrer do tempo, os quais outras ocupações ainda não haviam consolidado. Nessa forma de pensar profissões, os conflitos intraprofissionais parecem não existir, pois o foco é principalmente as disputas entre ocupações. Pensar a profissão como um grupo privilegiado dentro dessa estrutura, no entanto, ainda faz sentido na contemporaneidade quando pensamos as profissões mais bem-sucedidas e que possuem mais desses atributos, como o próprio direito, que se estabeleceu como linguagem oficial dos assuntos do Estado e compõe as fileiras de um dos três poderes da república.

identidades, no entanto, precisamos compreender como funcionam os discursos de profissionalismo que atravessam esses sujeitos e que estes fazem circular a partir de suas próprias posições singulares.

O discurso que chamamos de profissionalismo tem uma característica principal. É aquele que busca afirmar a identidade profissional como a mais importante para a equalização dos conflitos internos do grupo, reafirmando a neutralidade como melhor maneira de aumentar a confiança na profissão. O profissionalismo possui também um caráter duplo, como apresentado por Evetts (2006), e pode surgir tanto de dentro para fora do grupo profissional, conhecido como profissionalismo ocupacional, quanto de cima para baixo na hierarquia profissional, partindo dos gestores em direção aos subordinados, chamado pela autora de profissionalismo organizacional, funcionando de forma semelhante ao taylorismo aprofundado pelos trabalhos na sociologia do trabalho. Esses discursos têm intenção de controlar as identidades sociais dentro do grupo ou de outro grupo subalterno, e são colocados em ação no cotidiano do trabalho de modo a reforçar características valorizadas pelo próprio grupo ocupacional ou grupo gestor.

“As características do profissionalismo ocupacional que o tornou distinto e diferente do organizacional é a de controlar o trabalho e os trabalhadores serem um tanto idealistas (provavelmente ideológicos) e com base em um modelo e imagem de relações históricas, provavelmente, das profissões médicas e legais nas sociedades predominantemente anglo-americanas no século 19”. (EVETTS, 2012. P. 12. Tradução livre)⁷.

O controle do próprio trabalho e uma identificação idealizada – e ideológica – com o trabalho são as principais características desse profissionalismo visto como um valor fundamental. É fundado na imagem do doutor ou advogado que atuavam de maneira independente, atendendo aos seus clientes de forma personalizada. Nos dias de hoje, no entanto, esse tipo de profissionalismo precisa conviver com outras formas, devido a maneira como as profissões se desenvolveram ao longo do século XX cristão. A ocupação médica, por exemplo, se transformou, migrando dessa medicina composta por

⁷ No original: “The features of the occupational professionalism which made it distinctive and different to organizational means of controlling work and workers were somewhat idealistic (probably ideological) and based on a model and image of historical relations probably in the medical and legal professions in predominantly Anglo-American societies in the 19th century”. Tradução livre.

profissionais liberais que controlavam o próprio trabalho e se identificavam com esses valores altruístas que lhes eram atribuídos, para um profissionalismo híbrido, encontrado nos hospitais contemporâneos, onde os médicos se tornam funcionários do Estado ou de empresas privadas, e precisam responder às necessidades da gestão. Algumas teorias mais críticas, inclusive, percebem esse movimento como um processo de proletarização da profissão, na medida em que reduz, para o trabalhador, o controle sobre o próprio trabalho (BRAVERMAN, 2014). Segundo Diniz (1988):

O núcleo da tese de Braverman consiste na argumentação de que a divisão técnica do trabalho destrói a autonomia do trabalhador e retira dele o controle sobre o processo de trabalho. A análise do processo do trabalho consiste na separação de procedimentos que se somam na fabricação de um produto integral, mas todas eles executados por um mesmo trabalhador; mas a divisão do trabalho, que é específica do capitalismo, fragmenta as tarefas em operações mais simples e repetitivas atribuídas a diferentes operários (DINIZ, 1988. P. 167).

Dessa forma, esses discursos de profissionalismo são tipos ideais, que auxiliam o pesquisador, mas muito difíceis de encontrar empiricamente na forma pura. Cabe ao pesquisador identificar, em cada caso e interação, como os sujeitos trabalham esses discursos e quais formas possuem. Muitas vezes não há nem um controle absoluto sobre o próprio trabalho nem um controle absoluto da gestão sobre o trabalho dos profissionais, como foi idealizado e difundido a partir da organização científica do trabalho pelo Taylorismo nas sociedades salariais (BRAVERMAN, 2014; HARVEY, 2005). Esse controle do trabalho pela gestão é mais difícil em ocupações altamente profissionalizadas, como é o caso da medicina, pois o mesmo o controle mais rígido sobre o trabalho não consegue delimitar de forma precisa as atribuições de cada profissional, pois o trabalho dos médicos depende das inferências feitas por esses profissionais e dos seus diagnósticos, que por sua vez também dependem de um conjunto de conhecimentos abstratos que dificilmente podem se racionalizados e sistematizados (ABBOTT, 1998), o que dá certa autonomia ao profissional, mas não deixa de existir.

A tentativa de inculcação⁸ de identidades profissionais por parte da gerência, com o intuito de controlar o trabalho e os conflitos, e dos grupos ocupacionais, como a

⁸ Esse termo é utilizado por Evetts em alguns trabalhos. Se refere a colocar uma identidade no outro, construir no outro uma identidade, atribuir a identidade.

interiorização e difusão de valores ideológicos próprios do grupo ocupacional, no entanto, podem ocorrer de diversas formas. Esse processo raramente ocorre de forma direta, onde a identidade é internalizada, pois nem sempre os discursos são bem-sucedidos na hora de construir essas identidades, já que a identidade é quase sempre negociada, recebida, manuseada e interseccionada com outras identidades no contexto da interação social. A sobreposição da identidade profissional às demais identidades do sujeito, principalmente no ambiente de trabalho, gera o apagamento, em partes, de identidades de gênero, raciais, de classe e assim por diante, mas nem sempre de forma definitiva, pois os sujeitos estão constantemente negociando essas identidades e ressignificando seu conteúdo, construindo novos sentidos não previstos pelo grupo, criando ambientes de disputas internas pela hegemonia narrativa desses grupos. Com o aumento da diferença causado pela entrada de mulheres nas profissões jurídicas, por exemplo, o profissionalismo é tensionado e passa a reproduzir essencialismos e produzir estratificações (BONELLI, 2013), sendo usado para justificar naturalizações e manter os grupos dominantes dentro da ocupação em posições privilegiadas.

Dessa forma, a identidade profissional, por ser construída na vida adulta e ser constantemente negociada com o outro, pode apagar ou se sobrepor às demais identidades nos discursos, principalmente no ambiente de trabalho ou durante um discurso público, buscando transmitir neutralidade ou atribuir valores positivos às essencializações, na tentativa de encobrir as hierarquias internas de classe, raça, nacionalidade ou gênero, por exemplo. Em outras situações, as identidades, a partir da introdução da diferença, se tornam mais fluidas, saindo do primeiro plano, como quando o profissional interage com outros sujeitos fora da profissão ou quando competem internamente dentro da profissão.

A construção da identidade social (e logo profissional para fins desse estudo), seguindo a concepção de Dubar (2005), é o processo dual de construção de uma identidade biográfica, coerente, para si, onde o indivíduo busca pertencer a um grupo de referência ou romper com o grupo a que pertence, estabelecendo as fronteiras entre o “eu” e os “outros”, ou o “nós e eles”, e uma identidade relacional, construída para e a partir do outro, onde relações de poder entre quem atribui e à quem é atribuída a identidade estão sempre presentes. Essas duas concepções, uma mais estrutural e objetiva e outra mais próximas das noções de agência e subjetividade da teoria interacionista podem ser conciliadas. Para Nunes, em seu trabalho sobre ocupações no setor de serviços, esse dualismo metodológico permite conciliar a aparente dicotomia entre sociedade e sujeito de forma complementar:

O primeiro princípio que se adota aqui para compreender a identidade social é um tipo de dualismo metodológico que associa, de forma complementar ou dialética, o objetivo e o subjetivo, a estrutura e a agência, a explicação causal e a compreensão interpretativa, de certa forma presente em Bourdieu, Habermas, Norbert Elias, Giddens, além de outros. A dimensão objetiva da identidade reside em atributos institucionalmente conferidos, decorrentes de processos de socialização, como a educação familiar ou escolar e a capacitação profissional. O aspecto subjetivo é o reconhecimento, a identificação consciente, cognitiva e afetiva, dos atributos institucionalmente estabelecidos ou, em termos corriqueiros, do que os outros dizem que somos. (NUNES, 2014, p. 240).

A teoria intermediária entre essas duas visões, em minha leitura, é melhor elaborada por Strauss (1999) em “Espelhos e Máscaras”. Nesse ensaio teórico, o autor já antecipa, no final dos anos 50, noções como a de identificação, desenvolvidas posteriormente por Hall (2005). O *self*⁹ articula o *eu* (ou *I* em inglês) e o *mim* (ou *me* em inglês). Para Strauss, esse “*self* não é mais imune do que qualquer outro objeto a um reexame a partir de novas perspectivas” (Idem, p. 51). Isso quer dizer que não há, em sua leitura, um *self* imutável, uma identidade mais profunda, e sim um *self* mutável, que pode ser reavaliado pelos sujeitos na interação e se modificar. O próprio ato de julgar, pensar sobre algo, inclusive nós mesmos, já coloca esse *self* na posição de objeto, posicionando-o na alteridade, e isso o modifica, produzindo novos *eus* e novos *mins*. O *self* como junção do *eu* consciente do *mim* visto como imagem, ao rever a si mesmo como objetos, move-se continuamente para um futuro que em parte não foi programado. Assim, necessariamente emergem novos *eus* e novos *mins*, isto é, atos avaliadores e atos avaliados. A ação, logo, não é mais somente um *fazer*, mas também um modo de *ser*.

As motivações e filiações (ações) dos sujeitos são assim expressões identitárias (ser). Quanto mais se empenham em uma atividade (que aqui pode ser a profissão), mais central esta identidade se torna. Se a idade adulta é repleta de situações como essa, de

⁹ Em seu ensaio teórico “Espelhos e Máscaras”, Strauss (1999) teoriza que há uma ligação direta entre a centralidade que uma identidade assume temporariamente nesse processo de identificação e o tempo dedicado para as ações que envolvem a reprodução desse papel identitário. O autor também ressalta que o sujeito sempre se move para um futuro não programado, como a metáfora do anjo em Benjamin (1997), e ao olhar para si mesmo (*myself*) no passado o *self* já se objetifica e pode ser classificado, nomeado, julgado e, por conseguinte, programar o futuro imprevisível para qual se movem os sujeitos. Esse passado é a memória, a lembrança, as identificações momentâneas com grupos sociais que constituem a narrativa do “eu”.

ações motivadas por valores ou a filiação a grupos que possuem valores, tanto mais central essas identificações (identidades) se tornam para o sujeito. Para compreender a motivação, no entanto, se faz necessário entender a alteridade. As pessoas discernem situações com vocabulário próprio, e esse vocabulário coloca o objeto, ou o outro, sob avaliação. Esse é o ato de nomear. As pessoas, ao nomearem numa interação eu e outro, julgam (nomeiam) as ações dos outros a partir de sua própria perspectiva, seu próprio sistema de nomeação, e como isso imputam suas próprias razões para agir naquelas situações. Quanto mais complexo o vocabulário e o sistema de nomeação, mais complexo o julgamento da ação do outro. A quantidade de perspectivas que o sujeito pode partir para nomear o outro, e a si mesmo (*self*) na interação, é tão grande quanto seu vocabulário permitir. Para Nunes:

Formas de nomear, classificar ou designar, “naturalmente” relacionadas a atributos fixos, impõem, mas também são resultantes de distinções que remetem a posições ou hierarquias sociais. Formas típicas de falar tornam-se “motivos” que orientam ações (Cf. Lyman, Scott, 1989) ou comportamentos que, culturalmente absorvidos e disseminados, podem caracterizar pessoas, grupos, classes e até nações. Assim, esses tipos de atos de fala que caracterizam, nomeiam, designam e fazem reconhecer, com frequência comportam uma função estratégica, pois constroem identidades, o que lhes confere uma dimensão de poder (NUNES, 2014. p. 241).

Portanto, estou entendendo por identidade tanto a identidade que se busca manter hegemonicamente fixa e coerente, para a reprodução da ordem, baseada na interiorização de valores, costumes, moral e disposições, próxima à concepção funcionalista de identidade, quanto a identidade construída no contato com a alteridade, diferença, manuseada no discurso ou na interação¹⁰ (STRAUSS, 1997), como vemos em autores como Foucault (1992, 1996), onde o sujeito só existe no discurso e nunca é dado fora dele, quanto em Hall (1997; 2003; 2005), no qual o descentramento das identidades levam a um processo de suturação empreendido pelos sujeitos com o objetivo de produzir uma

¹⁰ Um modelo alternativo de pensar as profissões foi elaborado pelos interacionistas simbólicos, que acreditavam que o conceito de profissão nada mais era que um “*folk concept*”, uma pluralidade de situações, exercidas em diferentes contextos sociais (GONÇALVES, 2007/2008), que não poderiam ser vistas por uma perspectiva macrossociológica, como faziam os funcionalistas, e sim em situações concretas do cotidiano, onde os conflitos são empiricamente observáveis.

narrativa interna coerente. O conceito de identidade elaborado por Brah (2006) segue essas linhas:

“De fato, a identidade pode ser entendida como o próprio processo pelo qual a multiplicidade, contradição e instabilidade da subjetividade é significada como tendo coerência, continuidade, estabilidade; como tendo um núcleo – um núcleo em constante mudança, mas de qualquer maneira um núcleo – que a qualquer momento é enunciado como *eu*” (2006, p. 371).

Partindo dessas ideias, argumento que a identidade profissional, dada que é construída na idade adulta a partir da experiência do sujeito no processo de socialização profissional¹¹, pode amarrar todas as demais do sujeito no instante anunciado como eu, dando sentido às narrativas, na medida em que permite ao sujeito conciliar identidades aparentemente contraditórias sob a mesma identidade profissional. Essa hipótese, no entanto, se aplica aos casos onde o processo de socialização profissional foi mais bem-sucedido, na medida em que promove um processo de desenraizamento maior em relação às outras identidades. Em outros casos, onde a socialização profissional foi interseccionada com outras identidades de forma mais intensa, a “amarração” pode ser mais fluída ou mesmo não ocorrer. Desse modo, reconheço o descentramento das identidades sociais causados pelas várias crises capitalistas e emergências de novos sujeitos ao mesmo tempo em que coloco a identidade profissional em destaque como a que dá sentido ao *self* em alguns casos. Compartilhar cotidianamente a diferença tensiona a identidade profissional, forçando os sujeitos a reelaborarem os discursos que dão sustentação a esta para dar conta das novas configurações da realidade em constante transformação que estão inseridos.

O conceito de diferença que uso para pensar a construção das identidades é o de Brah, que argumenta que a diferença nem sempre pode delimitar fronteiras de opressão ou exploração. Segundo a autora “a diferença nem sempre é um marcador de hierarquia e opressão. Portanto, é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença

¹¹ Crédito a Hughes (2007) o trabalho mais profundo sobre o processo de socialização durante a formação profissional. No livro “Boys in White”, o autor e os demais colaboradores – H. Becker e Strauss eram seus alunos e contribuíram para essa pesquisa – buscam compreender como se desenvolve esse processo, como os discursos, ou identidades, são interiorizados pelos alunos, que entram muito jovens em uma ponta e saem médicos na outra, a partir das decisões a respeito dos problemas imediatos que a formação apresenta.

resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política” (BRAH, 2006. p. 374).

O conceito de identificação, portanto, se refere ao processo de se identificar, de construir identidades, nunca completo ou terminado. A identificação passa a ser essa construção constante da identidade por meio do contato com a diferença ou da socialização em um grupo. Portanto, quando utilizar o termo identidade, estarei sempre me referindo a essa ideia de um núcleo delimitado e fixo, e ao dizer identificações estou me referindo às ações empreendidas pelos sujeitos para se aproximar ou se afastar dessas identidades fixas. Seguindo os modelos propostos por Hall (1997; 2003; 2005), a identidade é vista aqui sempre como um ponto de identificação que os sujeitos se aproximam e se afastam em suas trajetórias e discursos num processo sem fim de suturação.

1.3 – Metodologia e descrição dos sujeitos da pesquisa

Com auxílio de um roteiro busquei entrevistar médicos, brasileiros e estrangeiros, em unidades de saúde que receberam profissionais pelo programa e unidades que não receberam, administrada por organizações sociais (OS)¹², que prestam serviços aos municípios, responsáveis pela atenção primária em saúde no Brasil. Por conhecer a região e ter realizado uma pré-pesquisa sobre o tema com alguns profissionais estrangeiros, esse estudo foi desenvolvido na cidade de São Bernardo do Campo, localizada na região metropolitana de São Paulo. Foram entrevistados 9 médicos de família, entre eles 5 médicos de família brasileiros e 2 estudantes de residência em medicina de família, uma médica do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB – e 1 médica estrangeira com diploma validado no país. Desses médicos, dois eram especialistas em medicina de família, e 1 estava prestes a realizar a prova de título. Em seguida, entrevistei 5 médicos formados em Cuba, sendo 4 médicos cubanos e uma médica brasileira, e 1 médico de outra especialidade que atendia em uma Unidade de Pronto Atendimento, totalizando 14 entrevistas qualitativas. A intenção era a de verificar como o discurso

¹² Organização Social é uma empresa privada cujo Estado outorgou benefícios para que cumpra sua função de gerenciar, sem fins lucrativos, uma instituição pública. São comuns na área da saúde, onde a gestão de hospitais e unidades de saúde passam para a gestão privada. Alguns municípios passam a gestão de sua rede de saúde para empresas privadas.

variava em outras especialidades e fora da atenção primária. Os nomes são fictícios, para preservar a identidade de quem decidiu contribuir com a pesquisa.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de março a outubro de 2016, os dados gerados foram tabulados, transcritos e organizados no mês de novembro do mesmo ano, e a análise e elaboração da dissertação ocorreu nos meses seguintes. Ao todo visitei duas Unidades de Pronto Atendimento – UPA – e oito Unidades Básicas de Saúde – UBS – onde trabalhavam as equipes de saúde da família. Dessas oito, consegui marcar entrevistas e conversar com os médicos em 6 unidades diferentes. O município contém ao todo 34 unidades de saúde, e a escolha das unidades foi feita baseada em informações da Secretaria de Saúde sobre onde estavam atuando os médicos estrangeiros contratados pelo PMM. Partindo dessa informação, visitei todas ao alcance das linhas de transporte público da cidade. O município possui, de acordo com informações do IBGE¹³, 822.242 habitantes, e mais de 409.000km², com bairros afastados do centro, alguns acessíveis somente via balsa. Por esse motivo, só consegui cobrir uma parte do território, e por visitar as unidades e agendar possíveis entrevistas, precisei retornar inúmeras vezes a mesma unidade até conseguir conversar com os médicos. Parte do acordo para a concessão da entrevista é que as unidades não seriam identificadas, para evitar a localização dos entrevistados e assim manter o anonimato. Além dessas unidades, visitei 3 unidades em uma cidade vizinha, que se encontravam em reformas e em prédios improvisados, e uma unidade no município e São Carlos, mas tive dificuldades em acessar os médicos nessas outras cidades por não possuir autorização escrita da Secretaria de Saúde para conduzir a pesquisa e geração dos dados. Na cidade de São Bernardo não tive problemas quanto a isso quando visitei a Secretaria de Saúde, que me liberaram para conversar com os médicos depois de saberem que a pesquisa seria anônima e não identificaria os profissionais locais. Em todas as entrevistas expliquei a condição de anonimato e gravei, no mesmo arquivo de áudio da entrevista, o consentimento dos profissionais que optaram em participar.

As seleções dos trechos de entrevista utilizados foram escolhidas representavam as respostas dos médicos às perguntas elaboradas na pesquisa (ver anexo 1), depois de terem sido tabuladas e sintetizadas no período de análise dos dados. Quando as respostas conflitavam entre os médicos, apresentei o conflito mostrando os pontos de vista distintos e as disputas discursivas, tentando abranger a variação existente no campo. Para minha

¹³ Mais informações sobre o município podem ser encontradas na página oficial do IBGE, disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354870>. Acessado em 25/01/2017.

surpresa, que já havia feito a síntese do debate entre Ministério da Saúde e as entidades médicas antes de ir a campo, percebi poucos conflitos entre os médicos de família brasileiros, que tinham um discurso compartilhado bastante semelhante, e poucos conflitos entre os médicos cubanos, mas diversas disputas por legitimidade entre esses dois grupos que giravam em torno da qualidade do trabalho realizado pelo outro. Entre esses dois grupos, portanto, as respostas variavam mais, quando comparadas, permitindo perceber as diferenças existentes entre as identidades profissionais em contato depois do PMM (ver capítulo 2 e 3). Os dados não foram gerados da mesma forma, no entanto, pois conforme realizava as entrevistas variava algumas questões e dava enfoque para diferentes aspectos quando percebia os interesses dos médicos no assunto. As entrevistas seguiram, em parte, o modelo do anexo 1, mas como o tempo das entrevistas era curto (em média 30 minutos de conversa, onde algumas possuíam 25 minutos e outras 45, dependendo da agenda do médico), busquei explorar a variedade e complexidade do campo, perdendo com isso a possibilidade de gerar dados mais estruturados para possíveis quantificações posteriores. As entrevistas eram transcritas e novas questões surgiam para as seguintes, adaptando o roteiro. O roteiro apresentado no anexo 1 é a versão final que havia elaborado, com todas as adaptações. As questões para os médicos cubanos sobre o PMM foram adaptadas, focando principalmente sua experiência no Brasil e os caminhos que seguiram para chegar até aqui, e suas impressões sobre a política pública. Por já estarem atuando na cidade a alguns anos, não houveram barreiras de idioma e a comunicação foi fluida. Quando notei que as respostas começaram a se repetir passei para a análise dos dados, elaboração desse texto e finalização da pesquisa. Abaixo segue um quadro com o perfil dos profissionais entrevistados:

Quadro 1: Perfil dos médicos entrevistados

Nome	Ocupação	Nacionalidade	Idade	Estado civil	Ocupação cônjuge
Júlio	Médico Urologista UPA	Brasileiro	60	Casado	Dentista
Paulo	Médico de Família	Brasileiro	30	Casado	Enfermeira
André	Médico de Família - Residente	Brasileiro	25	Solteiro	-
Luis	Médico de Família - Residente	Brasileiro	33	Solteiro	-
Ana	Médica de Família	Brasileira	31	Casada	Médico de Família
João	Médico de Família	Brasileiro	31	Casado	Médica
Maria	Médica de Família – PMM	Brasileira	32	Solteira	-
Luiza	Médica de Família	Brasileira	30	Casada	Engenheiro
Miguel	Médico de Família – PMM	Cubano	31	Casado	Gerente Comercial
José	Médico de Família – PMM	Cubano	44	Casado	Dentista
Olívia	Médica de Família – PMM	Cubana	50	Casada	Professor
Felix	Médico de Família – PMM	Cubano	50	Casado	Administradora
Lívia	Médica de Família – Revalida	Boliviana	26	Solteira	-
Talita	Médica de Família – Provab	Brasileira	-	Solteira	-

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 2: Perfil dos médicos entrevistados

Nome	Filhos	Ocupação do pai	Ocupação da mãe	Onde cursou medicina	Ingresso faculdade	Quando concluiu
Júlio	Sim	Comerciante	Dona de casa	FCM, Santa Casa, São Paulo	1976	1981
Paulo	Sim	Não informado	Não informado	USS, Rio de Janeiro	2004	2010
André	Não	Médico	Médica	UFG, Goiânia	2009	2015
Luis	Não	Professor	Delegada	UFAL, Alagoas	2001	2007
Ana	Não	Engenheiro	Bancária	UFSC, Santa Catarina	2004	2010
João	Não	Médico	Professora	USP, São Paulo	2005	2011
Maria	Não	Técnico eletricista	Atendente	ELAM, Havana	2007	2013
Luiza	Não	Engenheiro	Bancária	USP, São Paulo	2003	2011
Miguel	Sim	Engenheiro	Economista	FCM, Holguin, Cuba	2003	2010
José	Sim	Aviação	Técnica Anatomia	ISCM, Havana, Cuba	1993	1999
Olívia	Sim	Militar	Dona de casa	ISCM, Havana, Cuba	1984	1990
Felix	Sim	Operário	Operária	ISCM, Havana, Cuba	1984	1990
Lívia	Não	Comerciante	Comerciante	FAGRM, Santa Cruz, Bolívia	2008	2014
Talita	Não	Bancário	Assessora Unesco	ESCS, Brasília	2009	2015

Fonte: Elaborado pelo autor

O perfil dos profissionais brasileiros na medicina de família, como podemos ver, é jovem, formado há poucos anos, com menos de dez anos de carreira. Quase todos formados em regiões diferentes de onde nasceram, demonstrando a possibilidade dos pais de ajudar os filhos fora de casa. A maioria não tem filhos, pois somente Paulo, no grupo de médicos de família, era pai. Dentre os casados, alguns são casados com outros médicos ou profissionais de outras áreas da saúde, tendo se conhecido provavelmente durante a longa formação, que durou em média 6 anos. O médico urologista Júlio foi entrevistado em uma Unidade de Pronto Atendimento, e não faz parte do mesmo grupo dos Médicos de Família. Junto com ele, conversei com outros médicos especializados dessa unidade para conhecer suas percepções em relação ao programa, mas não aceitaram que eu gravasse a conversa para transcrição e análises posteriores. As UPAs, pelo menos nos municípios que analisei, não receberam profissionais pelo PMM, mas isso pode variar de município para município. Cada gestão municipal organiza seu respectivo sistema de saúde. Conforme os médicos de família se referiam as “especialidades focais” como um grupo homogêneo diferente do seu próprio – se percebem como “especialistas generalistas” – o interesse em conversar com esses outros médicos cresceu. Os médicos possuem suas próprias agendas e costumam se reunir só algumas vezes por semana, para deliberar questões pontuais. Conforme os dados se repetiam nas entrevistas, ia explorando novas questões, até esgotar o campo, pelo menos nesse curto período de uma pesquisa de mestrado.

Já os médicos cubanos que entrevistei para a pesquisa eram, em sua maioria, mais experientes, tendo se formado há mais tempo em média que os médicos brasileiros, com mais de uma década de experiência profissional. Todos haviam realizado outras missões humanitárias antes de sua chegada ao Brasil, e acumulavam algumas especialidades além da medicina de família, com exceção de Miguel. José era o único de classe média, cujos pais trabalhavam em profissões que associamos as classes medias no Brasil, todos os demais tinham origens de classes populares em Cuba. A formação em medicina de família foi a regra, sendo a primeira especialização para esse grupo, que no país se chama Medicina Geral Integral. Após realizarem o serviço social obrigatório depois de formados, optaram pela especialização. Eram todos casados, alguns inclusive durante sua experiência de trabalho no Brasil.

1.4 – Descrição dos entrevistados

Júlio foi o único médico que entrevistei que não trabalhava na medicina de família. Nos encontramos em uma Unidade de Pronto Atendimento quando comecei a perceber o conflito existente entre médicos da Atenção Primária à Saúde (doravante APS) e médicos de outras especialidades, buscando compreender melhor o conflito existente entre esses dois grupos que formam a medicina no Brasil. Era formado a mais de 35 anos, e só restavam mais alguns anos antes de se aposentar. Em geral, era crítico ao PMM, mesmo tendo trabalhado com médicos estrangeiros que considerava bons profissionais. Se especializou em urologia, mas devido a problemas de saúde não conseguiu prosseguir na especialidade.

Paulo era recém-formado em medicina e atuava em uma UBS mais próxima do centro. Ainda não era especialista em saúde da família, mas estava trabalhando na área para realizar a prova de título para obter a especialização, e se definia como “um simples médico”. Era favorável ao programa, e atribuía as críticas que seus colegas faziam ao programa ao perfil do profissional médico no Brasil, predominantemente branco e de classe média. Para ele, no entanto, o programa havia desarticulado a possibilidade de correções salariais. Gostava da formação dos colegas cubanos que teve contato, e relatou ter aprendido bastante com eles no período em que trabalharam juntos. Foi o primeiro médico que me recebeu durante o trabalho de campo.

André e Luis eram residentes em medicina de família em uma UBS na periferia da cidade, e eram orientados por Ana. Concederam a entrevista durante seu horário de almoço e conversamos por cerca de uma hora sobre a formação que recebiam e suas percepções sobre o PMM. Ambos eram críticos ao programa, mas acreditavam que finalmente a pauta da atenção primária havia se tornado o centro da agenda do governo, e isso trouxe uma série de benefícios para o grupo como um todo. Luis, por sua vez, antes indicar sua residência na medicina de família, havia feito outra especialidade, mas não estava contente com o trabalho que realizava nos hospitais e optou pela atenção primária.

Ana orientava o trabalho dos dois residentes, e era especialista em medicina de família, assim como seu marido. Tinha um discurso crítico ao PMM, mas tecia sua crítica à esquerda no espectro político, apontando principalmente os conflitos existentes entre a APS e as demais especialidades no Brasil. De origens de classe média, teve dúvidas depois de formada se iniciaria sua atuação na UBS imediatamente ou se especializaria primeiro em medicina familiar, optando pela segunda opção. Assim como os demais

médicos brasileiros, era formada há pouco tempo, e havia trocado de emprego algumas vezes buscando melhores condições de trabalho em diferentes gestões municipais, até chegar ao trabalho que realizava na UBS mais periférica que visitei durante o trabalho de campo. Por se relacionar e conviver com outro médico de família, percebia diversas dificuldades relacionadas ao gênero em sua formação e no seu cotidiano de trabalho.

João, que também era especialista em medicina de família, atuava em uma UBS menos periférica, mais próxima ao centro da cidade, mas não tão próxima. Além do trabalho na APS, estava concluindo seu mestrado em um tema semelhante, e por diversas vezes durante nossas conversas trouxe dados gerados em sua pesquisa para enriquecer meu trabalho. De família de médicos, defendia a APS e fazia algumas críticas ao PMM, mas o debate central para ele era a formação de recursos humanos. Como a maior parte dos médicos eram formados com recursos da sociedade, ou do Estado, acreditava que a sociedade deveria ter algum controle sobre as especialidades que esses médicos deveriam seguir, criando vagas de especialidade e residência nas áreas de maior demanda, e não a partir da escolha dos estudantes de medicina. Conversamos diversas vezes durante minhas visitas à sua unidade, enquanto esperava para entrevistar outros médicos.

Luiza também era recém-formada em medicina, e atuava na mesma unidade de João. Descendente de orientais e jovem, percebia alguns preconceitos por parte dos munícipes. Sentia falta, durante sua formação, de disciplinas ou treinamentos que desenvolvessem habilidades de comunicação, principal crítica que fazia a sua formação, e que teve que desenvolver no próprio trabalho. Além de Maria, foi a única médica não-branca que me recebeu para discutir o programa e o trabalho que realizava.

Lívia também era estrangeira, mas formada na Bolívia. Se inscreveu no PMM quando soube do programa, mas não foi selecionada nas primeiras chamadas. Veio para o Brasil após se formar e se preparou em um curso particular para revalidar seu diploma, e foi bem-sucedida. Assim como os demais médicos que não eram contratados pelo PMM que conversei, era funcionária da organização social que administra a atenção primária na cidade, em regime celetista. Para ela a medicina de família era passageira, pois tinha planos de se especializar em outras áreas e trabalhar nos hospitais.

Já Talita, ao contrário de todos os outros médicos, era contratada pelo PROVAB, Programa de Valorização da Atenção Básica, de curta duração. Por ter se formado posteriormente às primeiras chamadas do PMM, não conseguiu, assim como Lívia, passar na seleção. Em sua experiência a contratação de médicos estrangeiros em regime emergencial não fazia sentido, haja vista que ela e grande número de amigos recém-

formados tinham interesse no programa e não foram selecionados. Alguns amigos, inclusive, estavam concorrendo a vagas em locais muito distantes dos centros urbanos com mais de 30 outros médicos por vaga, o que demonstrava, para ela, que o provimento emergencial não era necessário. Não queria seguir na medicina de família também, principalmente porque tinha que lidar com funções de liderança que não se sentia confortável, preferindo especialidades voltadas ao trabalho em hospitais.

Félix era um médico cubano atendendo em uma UBS na periferia da cidade. Médico experiente, já tinha realizado diversas outras missões humanitárias em prestação de saúde antes de vir ao Brasil. No primeiro momento, não aceitou o convite para exercer sua profissão aqui, pois considerou que o trabalho que seria prestado era trabalho realizado por enfermeiros, como trabalhos sanitários e voltados a administração de vacinas, mas acabou aceitando posteriormente quando a oportunidade de atuar como médico de família surgiu. Tinha problemas inicialmente com o idioma, mas aceitou depois de saber que faria cursos de língua portuguesa antes de sua vinda. Oriundo de uma família de classe popular, estudou medicina nos anos 80 em Havana, Cuba. Foi presidente de associações científicas de seu estado e município, além de organizar a atenção básica no país e congressos na área de medicina de família. Trabalhou a maior parte de sua vida em Cuba.

Já Miguel era um médico cubano atuando em uma unidade de saúde próxima ao centro da cidade. Tinha 31 anos e se casou no Brasil depois de vir trabalhar no programa. Antes de sua chegada no país, havia feito outra missão humanitária na Venezuela, logo após se formar em medicina na província de Holguin, em Cuba. Havia se especializado em medicina de família como parte da especialização tradicional cubana, mas tinha outros planos para sua carreira, trabalhando na área temporariamente até concluir outra especialidade. Não se posicionava quanto ao debate da qualidade da formação cubana ou sobre sua posição política, defendendo uma posição de neutralidade. Para ele, havia vindo para o Brasil prestar o melhor atendimento que fosse capaz, e não fazer política. Veio para o Brasil pela facilidade de acesso a informação e para aprender, se apoiando em um altruísmo profissional que geralmente aparece nos discursos médicos. Os pais possuem ensino superior, mas não sei dizer se isso é um marcador de classe social importante em Cuba, haja vista a gratuidade do acesso à formação universitária.

Olívia trabalhava na mesma unidade de Miguel e era médica de família experiente. Em seus 26 anos de atuação profissional, passou oito anos como médica de família em Cuba. Em seguida se especializou em Epidemiologia e Ultrassom, trabalhando nas duas

funções de forma simultânea. Trabalhou principalmente nas policlínicas, equivalentes às UPAs brasileiras, na qual diversas especializações estão concentradas em um mesmo ambiente. Além disso, atuou como docente da ELAM – Escola Latino Americana de Medicina, principalmente na formação médica de alunos de diversos países, e em seguida assumiu funções de direção e planejamento. Fez missões humanitárias na Venezuela e agora no Brasil como médica de família.

José, médico cubano negro, atuava como médico de família em uma Unidade Básica de Saúde também próxima ao centro da cidade. Havia realizado outras missões humanitárias antes de sua vinda ao Brasil, inclusive na África. Especialista em medicina geral integral, equivalente segundo os entrevistados dessa pesquisa à especialidade em medicina de família no Brasil, acabou se especializando em seguida em neurologia, também em Cuba. Seu acolhimento no país, como o de seus colegas cubanos, havia ocorrido sem maiores conflitos, e sentia forte identificação com a população brasileira, a ponto de não se sentir como estrangeiro, talvez devido a suas experiências anteriores em contextos muito diferentes da sua experiência no Brasil.

Maria, por sua vez, não era cubana. Única médica negra que tive acesso enquanto realizei a pesquisa de campo. Era brasileira, de origens humildes, conforme seu próprio relato. Teve sua formação em cuba, na ELAM, a partir de programas de colaboração entre o país e organizações sem fins lucrativos do Brasil. Por ser recém-formada, e atuar em sua primeira experiência profissional como médica de família no PMM, optei por incluir a maior parte de seus relatos no capítulo dedicado aos médicos cubanos, por conhecer e se identificar mais com o sistema e formação que teve contato em Cuba do que os equivalentes no Brasil. Para ela, ao contrário de José, a questão racial era central em sua experiência como médica.

2 – O debate em torno do Programa Mais Médicos, a produção científica e a Unidade Básica de Saúde

Para a elaboração desse capítulo, realizei buscas no indexador de notícias do Google delimitando um recorte de tempo específico – a saber o ano de 2013 – com as palavras-chave “Programa Mais Médicos”, “Conselho Federal de Medicina”, “Associação Médica Brasileira” e “Ministério da Saúde”, e filtrei as buscas focando principalmente notícias que apresentavam o debate e os conflitos em torno do Programa, expresso em notas e textos das páginas oficiais das instituições representativas dos médicos e opiniões dos profissionais dentro e fora do Estado a respeito do PMM. Criei em seguida um *corpus* de análise contendo 39 notícias a respeito do PMM que se encaixavam nesse critério, com diversas fontes, e passei a analisar e elaborar uma narrativa mais sintética desse material, apresentada a seguir. A intenção era captar o debate em torno do Programa e se haviam discursos de profissionalismo concorrentes e em disputa nesse debate. Além disso, utilizando a mesma ferramenta de busca citada anteriormente, criei um algoritmo que realizava semanalmente a mesma busca e dispunha, em forma de relatório, os resultados, com o intuito de acompanhar as mudanças e me manter informado sobre o PMM. Esses dados, gerados automaticamente ao longo do tempo, foram usados como apenas como pontos de referência para a análise do texto que se segue, onde cito algumas matérias para ilustrar algumas análises. Sempre que possível, optei por utilizar a própria fala dos sujeitos dessa pesquisa.

2.1 – Os discursos do Ministério da Saúde sobre o Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (doravante PMM)¹⁴, anunciado durante o governo de Dilma Rousseff, em julho de 2013, tinha como objetivo preencher inicialmente cerca de 12 mil¹⁵ vagas para atuação exclusiva na área de atenção básica no Norte e Nordeste, periferias das grandes cidades e municípios do interior em todas as regiões do país. O mesmo previa a contratação de médicos estrangeiros para atuarem nessas regiões nos casos de desistência ou de não interesse por parte dos médicos brasileiros. A intenção era

¹⁴ LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013, que institui o programa Mais Médicos. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm, acessado em 05/09/2014.

¹⁵ Atuam no país mais de 18 mil médicos pelo programa, que completou três anos em agosto de 2016.

pulverizar os médicos em todo o território nacional. Outras políticas públicas semelhantes foram planejadas e executadas com essa intenção (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008), como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), com poucos progressos efetivos. O Mais Médicos, por sua vez, exigia investimentos por parte dos estados e municípios na construção da infraestrutura necessária para receber os profissionais médicos e possibilitar o atendimento na atenção básica. Além disso, veio acompanhado de outras políticas públicas anteriores de expansão e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde em todo o país, como o Requalifica UBS¹⁶ e o PMAQ¹⁷. O Ministério da Saúde, em seu portal oficial¹⁸, já classificava o PMM como um acordo amplo que somava diversas iniciativas:

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

Os investimentos em infraestrutura, principal reclamação das entidades médicas quanto à baixa interiorização de profissionais, não chegou a causar estranhamento para as entidades médicas, pois era um dos entraves apontados por essas instituições para o problema da interiorização. O que chamou atenção e tomou a centralidade na crítica ao PMM e também em sua defesa foi justamente essa contratação emergencial de profissionais estrangeiros:

O Requalifica UBS e o PMAQ responderam em grande parte pelo aumento do financiamento federal da atenção básica nos anos recentes,

¹⁶ Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

¹⁷ O Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ AB – tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. As equipes de saúde da família são avaliadas por avaliadores do Ministério da Saúde e dos usuários e recebem incentivos em dinheiro caso atinjam as metas de qualidade.

¹⁸ Mais informações sobre o PMM: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>, acessado em 05 de novembro de 2013.

contemplando um número de municípios, equipes e unidades maior que o PMM (criado dois anos depois), mas sem a mesma repercussão pública deste último (MELO, 2016. P. 2637).

Assim, o PMM não surge de forma isolada como estratégia de interiorização, e sim da integração de outras iniciativas anteriores com objetivos semelhantes que se coadunam. Foi principalmente a possibilidade de contratação de médicos estrangeiros na ausência de profissionais brasileiros o gatilho para o debate e disputas narrativas. Essa prática, de contratar estrangeiros, também não era nova e já havia sido adotada por outros gestores públicos no Brasil, como o caso da passagem dos médicos cubanos que atenderam no norte do país, em Tocantins, no fim dos anos 90.

Nas regras vigentes do PMM havia uma ordem de contratação de profissionais que primeiramente contemplava os médicos brasileiros que tinham interesse nos postos de trabalho da atenção básica, seguidos dos médicos brasileiros formados no exterior e que ainda não haviam feito ou passado no exame de revalidação do diploma – o programa previa um exame de revalidação exclusivo, voltado principalmente à atenção primária – e em seguida por médicos estrangeiros, grupo no qual os médicos cubanos eram maioria. Além disso, estabeleceram que os médicos estrangeiros não poderiam ser provenientes de países cujos indicadores sociais de saúde, principalmente o de números de médicos por mil habitantes, fossem inferiores ao do Brasil. Somente profissionais de países com bons indicadores poderiam ser contratados para exercer a atividade no país, evitando causar carência de profissionais nesses locais e mais concentração no contexto internacional.

Nesse debate inicial uma série de estereótipos foram utilizados para descrever esses profissionais estrangeiros, seu trabalho e suas práticas. Os médicos cubanos eram vistos pelos pares brasileiros como praticantes de uma medicina mais generalista e voltada para a atenção básica, argumento muitas vezes fundado em impressões sobre o contexto político de embargos de seu país de origem. Dentre os entrevistados nessa pesquisa, poucos médicos brasileiros tiveram contato direto com os cubanos. No Brasil, onde há forte cultura entre os médicos recém-formados de especialização, dado que apareceu como uma das causas da concentração, os médicos cubanos eram pouco valorizados, mesmo por médicos brasileiros que ocupavam as mesmas funções dentro das unidades. Já os grupos hegemônicos da medicina brasileira por sua vez, atuando fora do ambiente da atenção primária e trabalhando principalmente em hospitais e centros de

especialidades, cujos quadros são formados geralmente em universidades bem estruturadas, com recursos para formação de recursos humanos, com essa cultura da especialização, também desvalorizavam os conhecimentos científicos e práticos desses profissionais estrangeiros. Essa tendência já era apontada por Bonelli a respeito dos outros programas de interiorização de médicos anterior ao PPM:

Predominando o prestígio do expert, do conhecedor em profundidade de uma especialidade, versado nas técnicas avançadas e em equipamentos de última geração que notabilizam hospitais e instituições de excelência nas principais capitais, reproduz-se nas escolas médicas a formação que prestigia esta cultura. Isso reforça os obstáculos à interiorização dos médicos e a resistência ao saber generalista em saúde da família (BONELLI, 2009. p. 2532).

Dessa forma, com a implementação do programa, com o objetivo de combater essa concentração profissional nos centros urbanos desenvolvidos, o PPM causou uma cisão entre os discursos oficiais das instituições Ministério da Saúde, de um lado, e Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, de outro, deixando a discussão de certa forma polarizada. Para o Ministério da Saúde a entrada de médicos estrangeiros no país não comprometeria o exercício ou a qualidade da prática médica, haja vista a experiência desses profissionais e os postos que eles ocupariam dentro da estrutura da saúde pública. Para o Ministério, o programa se configuraria como uma política pública progressista, no sentido de descentralizar os profissionais e pulverizá-los em todo território nacional focando principalmente a atenção primária em saúde, reduzindo indiretamente, por sua vez, a demanda pelo sistema secundário e terciário, mais custosos para o Estado e que apresenta os maiores gargalos.

Além disso, o Ministério também ampliou as vagas de especialização em medicina da família e residência médica nos postos de saúde, visando criar recursos humanos internos que dessem conta de tornar o país independente do provimento emergencial representado pela mão de obra estrangeira. A contratação emergencial, a expansão das vagas para a formação de profissionais especialistas em saúde da família, considerada a porta de entrada para o SUS, são alguns dos eixos que a política pública previa, a curto e longo prazo, para solucionar a carência de profissionais em algumas regiões do país. Segundo o então Ministro da Saúde em 2013, Alexandre Padilha, havia no Brasil, no

momento de criação e implementação do Programa, cerca de 700 municípios sem nenhum médico.

Com isso, a gestão do Estado, buscando solucionar seus problemas práticos, influenciou diretamente na organização da profissão médica, fortalecendo grupos que considerava estratégicos para a expansão e universalização do acesso à saúde, pelo menos na APS. Essa estratégia foi implementada em outras esferas, como no caso da educação, em que se alcançou a universalização no menos do ensino básico. Os gestores do Estado passaram a influenciar diretamente no corporativismo profissional, fortalecendo grupos dentro da profissão que atendem suas demandas de gestão. Freidson (1996, p. 141) chama esse tipo de manifestação do Estado de hierárquico/reactivo, e diz que “no caso do Estado hierárquico-reactivo, podemos imaginar um órgão estatal formulando e administrando por si próprio o status, as jurisdições, as reservas de mercado e os programas de treinamento da força de trabalho”

A própria gestão do Estado, buscando resolver problemas práticos de suas diversas esferas de gestão (nesse caso a Federação buscando solucionar o problema dos municípios), elabora o programa e passa a influenciar diretamente no provimento de profissionais nas áreas mais deficitárias. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, subordinada ao Ministério da Saúde, em publicação sobre o PMM, assume que a proposta inicial do programa foi elaborada para resolver o problema prático das prefeituras, que não conseguiam contratar médicos ou competir com outros municípios mais ricos, o que causava a concentração dos profissionais e o desprovimento em algumas regiões:

Nesse contexto, no encontro nacional de prefeitos em janeiro de 2013¹⁹ a presidenta Dilma Rousseff ordenou que o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e sua equipe estudassem e formassem uma proposta para responder à demanda dos municípios. O Ministério passou o primeiro semestre estudando e formulando o tema e visitando diversos países para conhecer de perto experiências similares de sucesso e realizar cooperação técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015. p.40).

¹⁹ O evento tinha o objetivo de apresentar aos novos gestores municipais os programas do governo federal e de que maneira eles têm reflexo direto nas prefeituras.

A iniciativa para a construção do programa, nesse sentido, parte então da gestão do Estado, principalmente dos prefeitos, responsáveis pela implementação e administração da APS no país. Para COMES *et al.* (2016, p. 2750):

A agenda política iniciou a partir da manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) que, em 4 de fevereiro de 2013, liderou um movimento denominado “Cadê o Médico?” e organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta do Governo Federal; a frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países.

Com a aprovação de seu projeto de lei no Senado, e sua posterior sanção, o Programa deixa de ser uma política de governo e se transforma em política de Estado, continuando independente da gestão do próprio Ministério, que passa por transformações depois do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016. O provimento emergencial passou gradualmente a ser substituído por recursos humanos nacionais nos anos seguintes à implementação do PMM.

2.2 – Os discursos das entidades médicas e conselhos representativos

Já entre os médicos, representados aqui por suas entidades representativas, principalmente aqueles que trabalhavam fora da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde, viam no programa uma ameaça à prática da medicina, e o julgavam como eleitoreiro e populista. Os discursos oficiais e notas do CFM²⁰ e das associações médicas em geral servia de plano de fundo para essas posições de certa forma mais corporativistas, que defendiam a autonomia da profissão em se organizar e buscar melhores condições de trabalho. Chamo essa posição de corporativista no sentido da autonomia do grupo, não necessariamente na defesa direta de seus próprios interesses, buscando ativamente, pela concorrência intraprofissional e interprofissional, a construção a de jurisdições para o exercício da profissão, confiando mais na autonomia corporativista

²⁰ Conselho Federal de Medicina, órgão composto por conselhos regionais de medicina, que regulamentam a prática médica e possui papel importante na defesa dos interesses do grupo profissional no país.

do grupo do que no planejamento estratégico do Estado. O então presidente do CFM, Roberto D'Ávila, escreveu, em artigo de opinião para o site do Conselho²¹:

(...) é fácil prever o fracasso desse estratagema. A assistência de qualidade não se faz apenas com médicos com um estetoscópio no pescoço. É preciso investimento em infraestrutura, insumos, apoio de equipes multidisciplinares e profissionais estimulados por políticas que reconheçam seu valor e sua essencialidade dentro de um modelo de atenção, que míngua devido à incompetência gerencial.

Essa demanda de equipes multidisciplinares para o exercício da profissão médica na atenção primária surge a partir do modelo implementado nas UBS, de divisão do trabalho em áreas de conhecimento buscando uma saúde que leve em consideração todos os aspectos que impactam na saúde do usuário desse serviço. Essa posição foi sustentada pelos médicos da APS que essa pesquisa teve contato, quando defendiam a necessidade da multidisciplinaridade. No entanto, nas disputas interprofissionais no cenário da UBS, o médico ainda se reproduz como uma posição de poder em relação as demais profissões, controlando diagnósticos e a agenda das equipes que geralmente lideram. Kemper *et al.* (2016, p. 2789), sintetizando a produção científica recente sobre o PMM, também percebem essa configuração do debate, quando diz que “o processo de implantação do PMM foi permeado por disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento”. Em nota oficial, o CFM condenou a chegada e atuação dos profissionais sem passarem pelo exame “Revalida”, que serve para validar formações fora do país para obtenção de registro.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes.

²¹ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=23812:o-governo-e-os-medicos-estrangeiros-nao-se-faz-boa-saude-com-falacias acessado em 05 de novembro de 2013.

Ao questionar a política específica de revalidação, o debate reassume essa característica corporativa, pois um controle mais rígido do Estado, mesmo que com boas intenções de melhorar a qualidade dos recursos humanos na base, ainda assim geraria mais reserva de mercado, problema esse que foi o motor de toda a discussão. Em carta²² publicada pela Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM) as entidades representativas corroboraram o argumento do conselho citado acima, quando publicaram:

A vinda de médicos estrangeiros sem aprovação no Revalida e a abertura de mais vagas em escolas médicas sem qualidade, entre outros pontos, são medidas irresponsáveis. Apesar do apelo midiático, elas comprometerão a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e, em última análise, expõem a parcela mais carente e vulnerável da nossa população aos riscos decorrentes do atendimento de profissionais malformados e desqualificados.

O Ministério da Saúde, por sua vez, aplicou um exame específico de revalidação de diploma válido somente para atuação na APS, argumentando que o exame tradicional validaria o diploma dos médicos com formação fora do país para trabalharem em hospitais, perdendo assim o foco da política pública na base do sistema de saúde. Renato Azevedo, então presidente do CRM-SP (CREMESP), entidade representativa regional dos médicos em São Paulo, segue as linhas da carta supracitada quando diz, em texto²³ publicado no site do próprio conselho, o seguinte:

Um dos vários pontos questionáveis do Programa Mais Médicos é a mudança do currículo acompanhada da ampliação do curso de Medicina em dois anos. O governo pretende obrigar, já a partir de 2015, quem entrar na faculdade a passar dois anos em treinamento no SUS. Em outras palavras, afronta a Constituição Federal, criando, na prática, o serviço civil compulsório para médicos. Ou o ser meio médico, meio escravo.

²² Mais informações e a carta na íntegra podem ser encontradas em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=23972:carta-aos-brasileiros. Acessado em outubro de 2016.

²³ Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2996>, acessado em outubro de 2016.

O governo pretende “obrigar”, em suas palavras, reflete em parte o que havia dito anteriormente sobre a forma de manifestação do Estado elencada por Freidson (1996). No Brasil a organização dos serviços de saúde, como dever do Estado, data da Constituição de 1988, quando o movimento da Reforma Sanitária, organizado já nos anos 70 como resistência ao regime político da época, consegue imprimir várias de suas pautas e discussões anteriores na Carta. No período anterior, o Estado intervia na saúde, provendo em alguma medida uma saúde pública, principalmente a partir dos institutos de previdência social, que garantia acesso a bens de saúde mínimos à classe trabalhadora com registro formal de emprego no marco da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – como forma de controlar a relação capital trabalho (DONNANGELO, 1975). O período obrigatório de residência nas áreas de carência de profissionais, como a medicina de família, pediatria e ginecologia, segue em tramitação no congresso. De acordo com os textos em tramitação (PL do Senado nº 168, de 2012²⁴, e PL do Senado nº 79, de 2013, de autoria dos Senadores Cristovam Buarque e Jayme Campos, respectivamente):

Institui a prestação obrigatória e remunerada do serviço civil social, por profissionais recém-graduados na área de saúde que hajam concluído sua graduação em instituições públicas, ou que tenham sido beneficiários de bolsas ou outros auxílios oriundos de recursos federais; estabelece que, a critério do Poder Público Federal, segundo as diretrizes e necessidades do SUS, serão criados cadastros específicos para a alocação dos profissionais nas localidades carentes, de acordo com suas áreas de formação (PL do Senado nº 79, de 2013)²⁵.

O argumento em defesa desse serviço civil obrigatório para profissionais da saúde gira em torno, como vimos, da ideia de que, se os médicos foram beneficiados por recursos públicos federais, ou teve sua formação em instituições federais de ensino superior, estes devem devolver à sociedade, na forma de trabalho, os recursos que a mesma investiu em sua formação. Vale ressaltar que o custo para a criação e manutenção de cursos de medicina são altíssimos, demandando a criação de Hospitais Escola no entorno das universidades ou parcerias com hospitais locais para que os estudantes possam praticar o que aprendem durante a formação. Para os profissionais estrangeiros

²⁴ Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/105683>, acessado em 3/07/2016.

²⁵ Disponível em <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/111625>, acessado em 3/07/2016.

com os quais conversei durante a pesquisa, tanto de Cuba como da Bolívia, o trabalho civil obrigatório depois de formado é visto como parte da retribuição à sociedade pelo investimento feito em sua formação. Para Félix, por exemplo, enquanto comentava sua trajetória desde os bancos da universidade até iniciar seu trabalho como médico, o serviço aparece como pagamento dessa “dívida”:

Foi bem rápido, porque em meu país tudo é rápido. Você acaba o estudo e já tem emprego. Lógico que tem que fazer um serviço social no princípio para não pagar, porque lá o estudo é de graça. Então paga com o serviço social, de um ano, dois anos, um pouquinho longe de onde você mora. E assim foi (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

O Ministério da Educação, que havia sido incumbido de organizar esse serviço, no entanto, desistiu dessa postura inicial, e optou por, ao invés do serviço obrigatório, criar vagas de residência médica para os profissionais recém-formados nas áreas que considerava prioritárias, o que nem sempre acontecia. Um dos médicos de família que entrevistei na UBS estava, durante seu mestrado, analisando essa questão. João argumentava que a escolha das especialidades que teriam vagas de residência criadas não levava em consideração as demandas reais da população, e sim o interesse dos estudantes de medicina que estavam prestes a concluir o curso:

A residência médica é o principal instrumento de especialização médica no Brasil. Os médicos se formam médicos generalistas e podem se especializar em alguma coisa. A residência médica é o principal modo de como isso acontece. E na hora de ampliar essas vagas eles levaram em consideração o desejo por fazer especialidade dos sextoanistas da faculdade de medicina da USP naquele ano. Eles não fizeram um estudo no estado de São Paulo para determinar qual as necessidades da população, qual as necessidades de saúde da população, quais especialidades estavam faltando, quais seriam mais necessárias. Não, eles perguntaram para os sextoanistas e ampliaram as vagas de acordo com o interesse dos estudantes da faculdade de medicina no ano de 2010. (João, médico de família, 31 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Essas disputas em torno da política pública podem ser sintetizadas, em minha leitura, como um conflito entre o planejamento central do Estado e a autonomia corporativa dos profissionais. No entanto, é importante ressaltar que o conflito aparente entre Governo Federal e entidades de representação médica é na verdade um embate entre médicos com diferentes perspectivas, que atuam em diferentes setores da saúde e possuem interesses distintos. Sabe-se que no país uma das características da carreira médica é justamente a diversidade de fontes de remuneração que a profissão possibilita, dividindo-a entre aqueles que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), aqueles que atuam na iniciativa privada e aqueles que atuam em ambos. Segundo a Demografia Médica Brasileira²⁶ mais da metade dos médicos trabalham para o serviço público, mas não necessariamente na APS:

Segundo o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 215.640 médicos atuam no Sistema Único de Saúde, em serviços públicos municipais, estaduais e federais. Isso representa 55,5% do total de 388.015 médicos ativos registrados no Brasil (2013. p. 51).

“Pacto para a melhoria do atendimento de saúde” e “interesse eleitoreiro” são maneiras de sintetizar os argumentos dos dois polos desse debate, que de certa maneira camuflam o debate real por detrás do PMM, que é se este interferiria ou não na reserva de mercado conquistada pela profissão médica no Brasil a partir da baixa oferta de profissionais inicialmente, e posteriormente a concentração, quando o número de médicos por habitante já era considerado elevado, nas grandes regiões metropolitanas. Os médicos, no entanto, não só incorporam discursos oficiais de seus respectivos órgãos de classe ou do Ministério, pois a construção da identidade profissional, como vimos, não é somente um processo de inculcação de discursos exteriores ao sujeito, e sim um processo negociação, que envolve embates entre os sujeitos em torno dos significados dessas identidades. O discurso que parte de um lugar no sentido de inculcar nem sempre chega ao seu destino da mesma forma. Ela pode ocorrer de muitas maneiras em diferentes contextos, em múltiplas direções, e é isso que pretendo explorar mais adiante.

A posição das entidades são os discursos vitoriosos no interior do grupo profissional, que passaram antes por negociações, alianças, vitórias de determinadas

²⁶ A Demografia Médica Brasileira, pesquisa encomendada pelo CFM/CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), argumenta que não faltam médicos no Brasil, e sim que estes estão concentrados nos mercados mais ricos do país. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf, acessado em 09/09/2013.

chapas em relação a outras, e não de um sujeito específico. Isso quer dizer que as opiniões aqui expressas são, em alguma medida, a síntese do posicionamento de uma série de pessoas importantes dentro do grupo, e outras vezes pode ir muito além disso. Assim, quando os discursos dos sujeitos variam muito do discurso dos grupos organizados, podemos inferir que as identidades coletivas nunca são percebidas da mesma maneira pelos sujeitos, que aplicam uma série de importâncias diferente ao que foi dito pelas notas oficiais das instituições que os representa. Os sujeitos então se identificam ou não com isso, mas quase nunca possuem uma identidade em si mesmos idêntica ao do grupo. Dependendo da posição que o sujeito ocupa na estrutura da saúde pública, este tende a se identificar mais com uma ou outro polo desse debate. Entre os médicos brasileiros que tive contato, a impressão que tive é que os que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde, que tinham que lidar com contingentes populacionais elevados em seus territórios, se alinhavam com a proposta do Ministério da Saúde, mesmo sendo críticos aos desenhos do PMM, e os médicos de fora da atenção primária viam o programa como eleitoreiro e populista, no sentido de impor sua própria agenda na formação e distribuição dos profissionais, se alinhando ao polo das entidades médicas. Esse conflito foi pouco explorado por essa pesquisa porque foquei principalmente nas disputas narrativas dos médicos que ocupam o mesmo posto de trabalho (mais sobre isso nos capítulos seguintes).

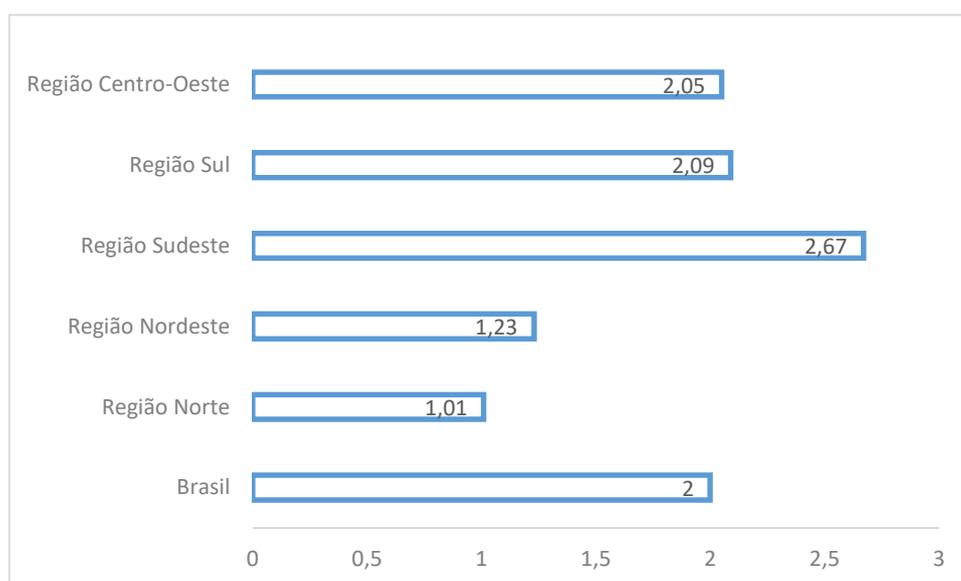
2.3 – Produção científica sobre o PMM

Quando iniciei a pesquisa de campo com meu conjunto inicial de perguntas, ficou logo claro que não compreendia em profundidade o debate e as disputas que os médicos me informavam. Ao focar principalmente em suas identidades profissionais, sem trazê-las para o primeiro plano constantemente, percebi diversas disputas em torno de ideias que pareciam axiomáticas para os profissionais das UBS. Assim, encerrando a primeira experiência do campo, iniciei um trabalho de revisão bibliográfica que tinha como pano de fundo a produção recente de médicos e outros profissionais da saúde que tinham como foco o PMM e esses elementos que a política tinha ou não impacto. Para sintetizar a produção acadêmica sobre o Programa, foquei principalmente na edição de setembro de 2016 (vol.21 n.9) da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, disponível para consulta no portal do periódico e em textos separados no SciELO, que tem como tema central o PMM. Os trabalhos publicados versavam principalmente o panorama atual da

produção científica (KEMPER *et. al.* 2016), a efetividade da ESF em unidades com e sem o PMM em um município no oeste do Paraná (CARRER *et. al.* 2016), a avaliação da satisfação dos usuários (COMES *et. al.* 2016) e as conquistas e limites do PMM (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR. 2016), entre outros.

Em uma revisão bibliográfica empreendida por Kemper *et al.* (2016), já citada anteriormente, parte dos estudos levantados objetivavam, principalmente, avaliar a efetividade da implementação da política pública e seus resultados. A avaliação do PMM gira em torno de alguns eixos centrais baseados nos princípios da ESF, como equidade de acesso, integralidade e longitudinalidade. A principal distorção que a provisão emergencial de médicos objetivava reduzir era o de equidade de acesso, onde algumas regiões do país possuíam número bastante reduzido de médicos por mil habitantes, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1: Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2013



Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013 (ano de implementação do PMM).

A equidade no acesso seria produzida, principalmente, aumentando a cobertura dos serviços de APS nos municípios com carência de profissionais (KEMPER *et. All.* 2016). Para os autores “o PMM contribuiu para reduzir iniquidades, atendendo os municípios mais necessitados, os quais tinham as piores razões médico/habitante, em situação de miséria e com mais necessidades em saúde”. O número de municípios que apresentavam escassez de profissionais no Brasil também caiu mais da metade em pouco mais de um ano depois da implementação do programa:

Em termos de distribuição equitativa, observa-se que o número de municípios com escassez desses profissionais passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). Na região Norte, 91,2% dos municípios que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município em média (a maior razão entre regiões) (Idem. 2016. p. 2790).

Além desse atributo, buscou-se promover melhorias em outros dois pilares orientadores da ESF, a integralidade e a longitudinalidade (ibidem. 2016. p. 2786) A integralidade é a mudança na relação médico paciente voltada ao cuidado integral, onde o médico conhece o paciente, estabelece um vínculo e permite sua ampliação da concepção saúde/doença, promovendo a longo prazo o aumento dos indicadores de saúde da região em que se encontram. Já a longitudinalidade, por sua vez, é a promoção desse cuidado integral ao longo do tempo, na qual o médico acompanha seu paciente e conhece aspectos pessoais de sua vida, promovendo assim o incremento da integralidade do cuidado. Esses dois pilares compunham um ciclo virtuoso ideal para o funcionamento da ESF, pois permite a educação da população e acompanhamento da mesma ao longo do tempo. Para os autores:

(...) foi possível perceber a construção de uma relação mais aberta e comunicativa entre médico-paciente, bem como, de respeito e proximidade entre o médico e a equipe de saúde, o que tem fortalecido a integralidade nas ações em saúde desenvolvidas” (ibidem. 2016. p. 2790).

Quando analisam os estudos sobre os discursos profissionais médicos, evidenciou-se por parte dos profissionais um pensamento discriminatório, com pouco conhecimento a respeito da política pública. Os médicos sugerem a superioridade do profissional brasileiro em relação aos profissionais estrangeiros. Essa perspectiva aparece nos dados gerados por essa pesquisa quando os médicos de família brasileiros dizem possuir uma formação melhor para o contexto do país.

Com relação aos estudos que apontam análises dos discursos dos médicos e das entidades representativas, percebe-se um posicionamento discriminatório, desqualificando os médicos estrangeiros e sugerindo a superioridade dos brasileiros, havendo uma mudança do discurso com relação aos médicos cubanos à medida que o Programa se consolida. Os

resultados também apontam para a conclusão que os médicos brasileiros apresentam dificuldades em aceitar mudanças que possam beneficiar um público, que não somente o da medicina, enquanto coletivo profissional (ibidem. 2016. p. 2792).

Quanto à efetividade da ESF em municípios que receberam médicos pelo PMM, Carrer *et al.* (2016) demonstram não haver diferenças significativas entre unidades que receberam e unidades que não receberam profissionais pelo programa em um município do oeste do Paraná. Para os autores:

Esse achado é importante na medida em que desmistifica a ideia de que os médicos do PMM não teriam preparo adequado para atuar no Brasil, principalmente os estrangeiros, nomeadamente em função de supostos problemas de comunicação que a barreira das línguas diferentes poderia impor. Nesse caso, seria de supor-se que os atributos não fossem semelhantes em ambas as unidades, o que não ocorreu (Idem. 2016. p. 2855).

Tanto o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado não apresentam diferenças significativas entre as unidades que receberam e não receberam profissionais pelo programa, desmitificando os discursos que circulavam nos quais a provisão emergencial de médicos estrangeiros comprometeria a qualidade dos elementos que constituem a Atenção Primária em Saúde (CARRER *et al.* 2016). Para medir as diferenças entre as unidades sobre a efetividade da implementação da ESF, os autores utilizaram a Avaliação da Atenção Primária a Saúde – Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão profissionais, instrumento criado para este fim pelo Ministério da Saúde e publicado em 2010.

As principais críticas ao PMM, por sua vez, são aquelas voltadas à fixação dos profissionais nos territórios ao longo do tempo. Como a política pública possui caráter provisório, a longitudinalidade, princípio importante para ESF, fica comprometida. Os críticos demandam principalmente a criação de carreiras de Estado, com correções salariais e condições adequadas de trabalho, não só para os médicos.

(O PMM) tampouco avança na definição de carreiras para o SUS. A rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente ocasionado pelos vínculos empregatícios precários e instáveis e pela

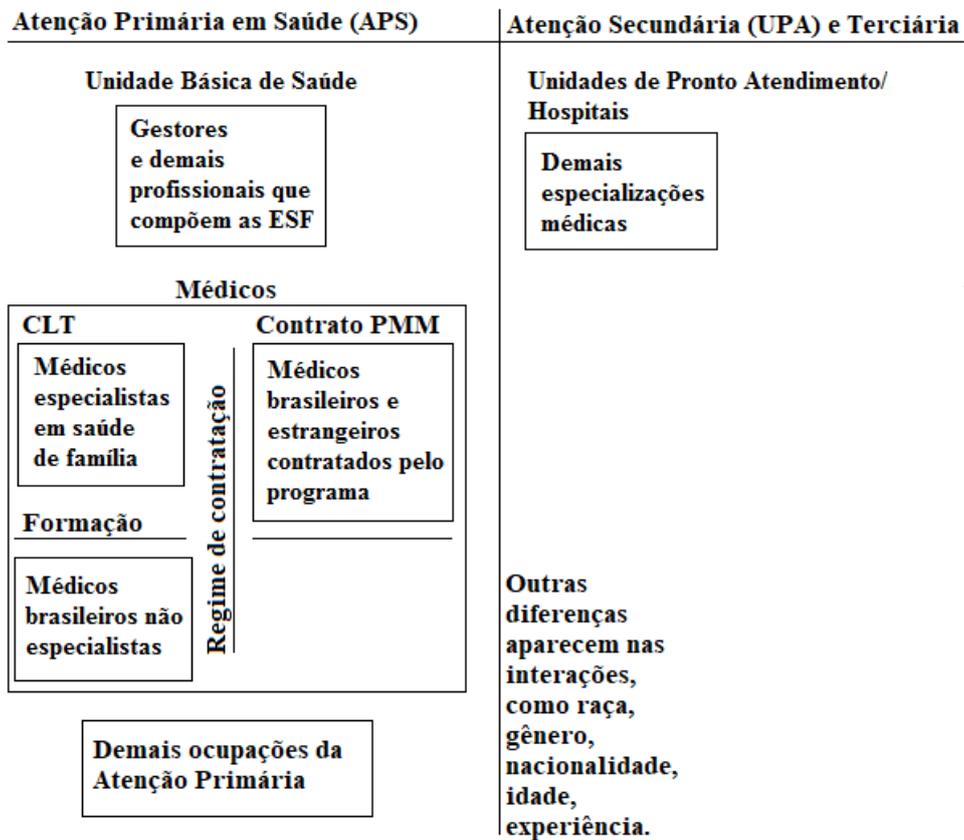
terceirização da gestão dos serviços de saúde (CAMPOS et al. 2016. p. 2661).

A gestão das unidades no município de São Bernardo do Campo é feita via organização social sem fins lucrativos, que por sua vez contratam os profissionais que compõem as equipes pelo regime da CLT. Lima e Cockell (2008), analisando as novas institucionalidades dos agentes comunitários no Brasil, mas que também se aplicam as demais profissões da unidade básica de saúde, observaram que existe “na atualidade múltiplas formas de contratação, como: cargo efetivo, cargo comissionado, emprego, contratos temporários, contrato verbal, vínculo informal, cooperado, prestador de serviço, bolsista e outros”. Essa multiplicidade, associada à outras exigências para o exercício do trabalho, como morar na área de atuação por pelo menos dois anos, cria por sua vez uma situação de vulnerabilidade desses profissionais, que tem em certa medida seu trabalho controlado pelas populações que atendem, que podem reclamar sobre o serviço prestado e comprometer os profissionais, que são responsáveis pelo que os autores, citando o trabalho de Kluthcovsky *et al.* (2007), pensando principalmente os agentes comunitários, chamam de tradução do universo científico para o popular, se tornando assim figuras centrais para a construção da integralidade. Já para os demais profissionais que compõem essas equipes multidisciplinares, o bom andamento, pelo menos idealmente, do trabalho depende da sua continuação ao longo do tempo, da construção de vínculos com a população, e na medida que os contratos se tornam flexíveis e ou de duração determinada, esse problema tende a se agravar. A longitude do atendimento, assim, depende diretamente do estabelecimento de planos de carreira, para então se atingir a integralidade. Nenhum dos dois elementos foi considerado no desenho do PMM. Além disso, a política pública associa a expansão da APS somente à figura do médico, fazendo quase uma ligação direta entre aumento de saúde com aumento de médicos, ignorando outros grupos profissionais que compõem as unidades de saúde da família (CAMPOS *et al.* 2016). Assim, o PMM contribui para a tendência vigente de redução do funcionalismo público, impactando diretamente na qualidade da prestação de serviços médicos. Nessa seara discursiva, é como se os dois polos estivessem certos e nenhum diálogo foi estabelecido entre o Estado e a inteligência médica nacional para construir o desenho do PMM.

2.4 – O cenário da interação: A Unidade Básica de Saúde

Este trabalho, como vimos até agora, não busca construir cronologicamente as ações que culminaram na criação do Programa, e sim analisar o conjunto de interações que ocorreram entre os médicos que compõem as equipes em saúde da família que passaram a ter contato depois dele, e a partir dessas interações, focando nas diferenças principais citadas a seguir, captar as identidades profissionais desses grupos. Dessa forma é mais interessante, para fins do estudo, conhecer a política pública e seus efeitos na reorganização das equipes, e como a mesma produz diferenças e disputas no ambiente de trabalho a partir da identificação com as diferenças. Tais diferenças, por sua vez, variam desde gênero, raça, nacionalidade, regime de contratação, idade entre outras clivagens. As duas diferenças principais elencadas são a formação dos médicos (especialista ou não especialista) e o regime de contratação (CLT com ou sem revalidação de diploma, PMM). O esquema que esbocei abaixo apresenta o conjunto das interações presentes na unidade de saúde em que essa pesquisa se baseou, interações entre profissionais médicos e seus equivalentes do PMM. Construí o quadro para servir como guia para identificar os grupos que foquei a atenção durante minha pesquisa de campo. As equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família – ESF – são compostas, como veremos adiante (ver capítulo 3), por, no mínimo, um médico generalista, que pode ou não ter especialização em Saúde da Família, enfermeiros e demais agentes de saúde. Algumas dessas equipes são ampliadas e podem ter outros profissionais de áreas distintas em seus quadros dependendo do tamanho do território da equipe. A posição de médico nessas equipes pode ocorrer, no município recortado, por esses três grupos diferentes:

Figura 1: Esboço das diferenças entre os médicos a partir da formação e regime de contratação que passaram a interagir depois do PMM nas UBS



Fonte: Elaborada pelo autor.

O espaço onde ocorre essa interação é organizado quase da mesma forma em todas as unidades que visitei. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem, geralmente, um hall de entrada (ver fotografia 1), onde os usuários retiram suas senhas e esperam ser atendidos pelos médicos responsáveis por sua região de moradia. Após serem atendidos na recepção, são encaminhados em seguida para o acolhimento ou consulta, caso agendada anteriormente. O acolhimento é uma triagem dos casos que a UBS recebe e os devidos encaminhamentos para unidades de pronto atendimento, caso o problema não seja do escopo da unidade. O mesmo ocorre nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que possuem uma escala dos casos e também encaminham situações menos prioritárias e que não apresentam risco para acompanhamento na UBS. As imagens abaixo foram propositalmente desfocadas para evitar o reconhecimento dos municípios. Além desse espaço, as unidades possuem uma série de consultórios, os quais os médicos utilizavam conforme suas demandas, de forma intercambiável em alguma delas. Pelo menos é o que pareceu, pois trocavam de consultório para realizar reuniões com suas equipes, para

atender seus pacientes e para contribuir com a minha pesquisa. Algumas dessas salas, no entanto, são ocupadas por outros especialistas e possuem equipamento próprio para as funções desempenhadas ali. Possuem também pequenos escritórios ocupados pela administração da UBS, depósitos de insumos, área de embarque e desembarque de pacientes, salas de inalação e medicação, antessalas de espera, banheiros acessíveis entre outros espaços.

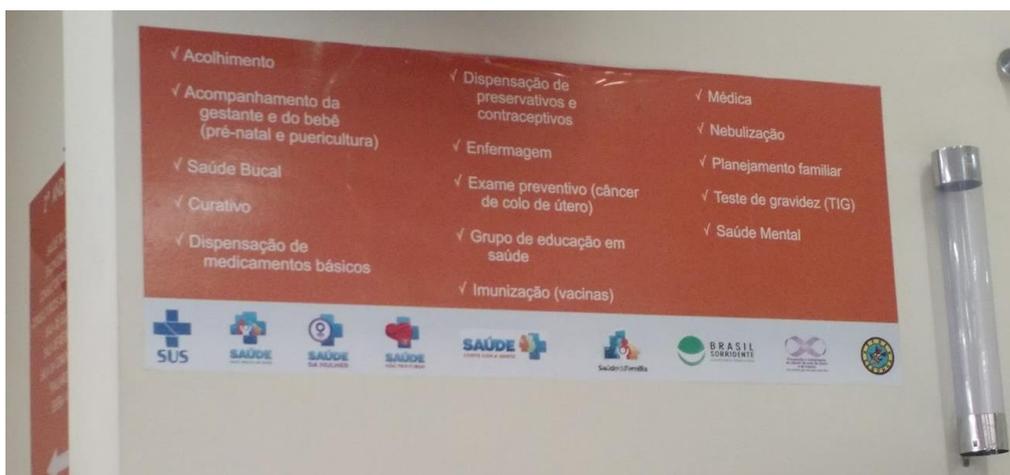
Fotografia 1: Hall de entrada e sala de espera de uma das Unidades Básica de Saúde - UBS



Fonte: Fotografado pelo autor (2016).

Os prédios não são padronizados, mas todos possuem elementos em comum. Cada município possui uma organização, com diferentes paletas de cores para as paredes, disposição das salas, móveis utilizados. A variação da disposição da unidade varia conforme o terreno, o tamanho do prédio e assim por diante. Algumas unidades eram muito maiores do que outras, e atendiam mais população. A maior unidade, em termos físicos, inclusive, se localizava na região mais periférica da cidade, e atendia diversos bairros em seu entorno. Em todas elas há quadros com informações sobre a infraestrutura da unidade, mostrando quais atendimentos podem ser realizados ali, como na foto a seguir:

Fotografia 2: Painel informativo sobre a infraestrutura de uma das unidades



Fonte: Fotografado pelo autor (2016).

Como disse anteriormente, há variações na padronização das unidades dependendo do município em que estão situadas. Há espaços dedicados para as crianças, com fraldários e estantes de livros para leituras em pequenas mesas. Essas estantes, muitas vezes, tinham pouco material de leitura dedicado às crianças, e algumas vezes encontrei bíblias e revistas entre os livros infantis. As unidades também eram repletas de imagens de famílias adesivadas nas paredes, ocupando toda a extensão da mesma, como na imagem a seguir:

Fotografia 3: Uma bíblia em um pequeno balcão de uma das unidades



Fonte: Fotografado pelo autor (2016).

As equipes multidisciplinares de saúde da família possuem suas próprias agendas, e se organizam para atender a demanda de trabalho de forma autônoma em relação umas às outras. Algumas unidades de saúde tinham horários mais rígidos e definições prévias de que tipo de atendimento que seria realizado naquele cada dia, e em outras unidades cada equipe se organizava à sua maneira para atender seus respectivos territórios. Os médicos de unidades diferentes realizavam entrevistas comigo em horários, e muitas vezes em dias da semana, distintos, mostrando certa flexibilidade no controle da agenda.

Há algumas exceções, no entanto, que permitia a interação entre os médicos do programa e entre médicos brasileiros e estrangeiros, médicos de formação diferente e assim por diante. O PMM previa uma educação permanente durante sua vigência, quando os médicos dedicam parte do seu horário normal de trabalho nessa formação continuada, bastante valorizada pelos médicos estrangeiros. No município havia, uma vez por mês, reuniões de todos os médicos do programa, que ocorriam todas no mesmo dia. Além disso, o período da manhã quase sempre era reservado para consultas.

Não há muito contato entre os médicos responsáveis por essas equipes, e as interações entre eles ocorriam mais durante as reuniões das equipes da unidade. O encontro ocorre principalmente nesses momentos, e é nesse período que os médicos têm suas impressões a respeito do trabalho que os colegas realizam, onde constroem suas perspectivas sobre o outro e a si mesmo. Paulo, quando perguntado como era a interação com os colegas do PMM, relatou suas experiências durante essas reuniões, e comentou o que havia aprendido com Maria, formada em Cuba, e como essa interação alterou e quais efeitos teve sobre seu próprio trabalho:

Até tenho, toda vez que tem reunião, sempre gosto de perguntar para eles até do comportamento dos pacientes de Cuba, se existe uma melhora na adesão ao tratamento, se o pessoal segue mais a orientação, como é o cuidado da população cubana com a própria saúde, né? Se comparando com o Brasil para ver se a diferença do próprio regime interfere nas pessoas, né? (Isso teve impacto sobre seu trabalho?) Teve sim. Para eu prezar mais e zelar mais pelo lado humano né, porque o médico antes de tudo é especialista em gente. Antes de ser especialista em qualquer outra área. Se não for especialista em gente, não tiver paciência, não saber ouvir, não saber que o mundo da pessoa e tudo aquilo que ela pensa, e todo o juízo que ela tem sobre qualquer situação

da vida, é diferente do nosso, a gente tem que simplesmente respeitar. É aprender a gostar de gente, senão não adianta ser médico, ainda mais médico da família (Paulo, médico de família, 30 anos. Entrevista realizada em 17/05/2016).

As disputas morais em torno do cuidado mais ou menos humanizado, por profissionais marcados por essas diferenças, se desenvolveram nesse espaço de interação limitada e pouco contato entre eles. Como veremos nos próximos capítulos, a construção da própria identidade profissional gira em torno dessas disputas com esses outros generalizados e, de certa forma, desconhecidos, a respeito principalmente dos dois pilares do trabalho em medicina da família.

3 – A identificação profissional de médicos de família brasileiros

Como vimos em Strauss (1999), a identidade, como um modo de ser, de se identificar, é uma ação social. Os sujeitos se identificam com discursos, e nesse caso, discursos profissionais, e orientam suas ações a partir dessas novas perspectivas de sujeito. Esses discursos são o que estou chamando aqui de profissionalismo, isto é, discursos que são construídos pelos sujeitos tendo como pano de fundo alguma ideia sobre o que é sua profissão e o que é ser profissional. Tais discursos podem vir tanto da gerência em direção a seus subordinados quanto do interior do próprio grupo de profissionais (EVETTS, 2006). Ser profissional, então, está relacionado ao processo de identificação do sujeito com um conjunto de valores transmitidos por seus gerentes ou seus pares. O palco privilegiado para a construção desses valores entre pares é a formação profissional, na medida em que fornece instrumentos para o sujeito compreender o grupo ao qual pertence e se mover para essa nova perspectiva.

3.1 – Médicos de família brasileiros e suas diferenças em relação aos médicos contratados pelo PMM

No Brasil, a formação dos médicos de família acontece, principalmente, durante a especialização, na qual o estudante, já identificado com as disciplinas mais relacionadas ao cuidado da população com as quais teve contato durante sua graduação, passa a ter uma formação mais complexa nessa área e questionar sua formação anterior, mudando de status e perspectiva. Essa formação de médicos de família no Brasil pode ocorrer por duas vias principais, a primeira sendo a obtenção de título via prova depois de trabalhos em equipes de saúde de família por um período, ou pela via da residência médica posterior à graduação, entendida aqui como uma especialização formal, na qual o médico sai dessa segunda formação especialista em medicina de família e pode começar a trabalhar na área.

A identificação com a especialização pode ocorrer por motivos distintos, sendo os principais o cuidado para com um maior número de pessoas, buscando causar assim um impacto verdadeiro nos indicadores sociais da saúde da região para a qual são designados, e o contato com a comunidade que constitui seu território de referência de forma continuada em relação ao tempo. Conversando com uma médica de família de uma Unidade Básica de Saúde mais periférica, perguntei-a porque havia escolhido aquela especialização, quais fatores haviam influenciado sua escolha profissional:

Porque é a parte da medicina que você consegue ter mais impacto na saúde, a gente aborda tudo né? A gente aborda a pessoa como um todo, desde o contexto dela, da família dela, da comunidade dela, baseado nas possibilidades que existem para aquela família, naquele contexto, de acordo com o que a pessoa deseja, com a expectativa da pessoa, de acordo com a experiência que a pessoa tem daquela doença. (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

Em sua fala, pensando a partir do que causou sua identificação, a médica aborda diretamente a integralidade defendida por seus pares. Ana é médica de família especializada e de esquerda. Me informou que, na atual polarização política pela qual passa o país, se faz necessário construir uma política de Estado na medicina de família, independentemente da troca de gestões, para a construção de uma carreira na atenção primária em saúde, voltando dessa vez para o eixo do cuidado ao longo do tempo.

Ela e o marido, também médico de família, tinham um forte compromisso com a construção do Sistema Único de Saúde desde sua formação, devido ao contato com o movimento estudantil. A aproximação com o movimento estudantil durante a formação profissional, e com isso a exposição dos estudantes a um debate maior sobre os caminhos da saúde pública e sua profissão, são fortes fatores que contribuem para a identificação com a área. A impressão que tive durante o trabalho de campo, muitas vezes, é que os médicos de família quase sempre eram pessoas identificadas com os valores da esquerda dentro do debate da saúde pública. O contato com movimentos sociais durante o processo de formação são chaves nessa identificação, pois aumenta o vocabulário dos sujeitos, criando novas dimensões que só a formação mais geral voltada ao trabalho em hospitais não dá conta de aprofundar. O movimento social estudantil, por exemplo, foi o movimento social que mais influenciou na formação de Luis, médico residente em saúde da família:

A minha formação a mesma coisa, agora tem mudado assim, nossa formação aqui no posto de saúde, mas é justamente por isso. Acho que minha formação se deu em dois âmbitos dentro da universidade mesmo, dentro do hospital, e dentro do movimento estudantil, onde eu aprendi a ter todas essas críticas e optei pela formação aqui, no posto de saúde (Luis, médico de família, 33 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Esses valores apareceram em todas as entrevistas, e os médicos acreditavam serem os únicos a pensarem dessa maneira, mesmo compartilhando entre si percepções bastante semelhantes. As equipes de saúde da família (como vimos na figura 1), podem ter tanto um médico especializado na área como podem ser compostas por médicos clínicos gerais, estudantes de residência em saúde da família e com médicos brasileiros e estrangeiros do PMM.

Os principais contrastes entre os médicos especialistas em saúde de família e médicos generalistas, em relação aos estudantes e médicos estrangeiros, são o tamanho das equipes e da população que atendem. Possuem equipes maiores, expandidas, que por sua vez atendem mais pacientes. Já os médicos residentes possuem equipes menores, para até 2000 pacientes, e têm seu trabalho orientado - preceptado - por médicos de família especialistas.

A chegada dos profissionais contratados pelo PMM introduziu um novo ator no ambiente de trabalho dessas equipes, e conseqüentemente gerou novas diferenciações e disputas narrativas. Se trata de um tipo novo de diferença, concretizada pela contratação para a realização do mesmo trabalho, diferenças no idioma materno dos profissionais e diferenças de nacionalidades, levando a um processo diverso daquele da estratificação diferente daquele que distingue o especialista em medicina de família do generalista, e ou de outros especialistas. Essas novas diferenças alteraram as identificações, revelando um processo não fixo, mas mutável a partir das interações, e que assumiu muitas formas. O regime de contratação - médicos brasileiros também são previstos - a formação, nacionalidade e idioma são algumas dessas diferenças.

Além disso, os médicos contratados pelo Programa atendiam menos pacientes que alguns especialistas, chegando até a 4000 pacientes, pois possuíam uma jornada de trabalho menor em relação aos demais médicos com contratos regulares via CLT, e seu contrato de trabalho tinha validade de três anos, impossibilitando o contato longitudinal desse profissional com a comunidade depois de seu término. Caso não ocorra renovação, por mais três anos, os profissionais estrangeiros deveriam retornar a seu país. Esses profissionais eram a maioria. Segundo dados do Ministério da Saúde, durante a implementação, mais da metade dos 18000 médicos contratados inicialmente pelo PMM, cerca de 67% dos profissionais, eram cubanos, acompanhados de 24% de brasileiros e 7% de médicos estrangeiros de outros países.

Novos atores no ambiente de trabalho, e logo na interação, geram por sua vez disputas dentro do profissionalismo médico. Os discursos de profissionalismo entram em

um processo de reavaliação, para se adaptar e posicionar os novos atores em suas estratificações internas. Como vimos, o ato de julgar o outro pode colocar o próprio *self* sob julgamento, provocando mudanças nos sujeitos e, conseqüentemente, nos grupos profissionais em interação. O médico especialista, quando se refere aos médicos não especialistas, geralmente cita sua formação hospitalocêntrica, voltada para as especializações mais prestigiadas da medicina e o trabalho em hospitais, contribuindo para a baixa qualidade dessa formação para o trabalho que realizam na atenção primária. Quando chegam profissionais estrangeiros com outra formação, menos hospitalocêntrica, precisam analisar essa diferença.

As posições a respeito variam pouco, pois parece que há certo consenso do grupo especialista que os médicos de família brasileiros são melhores formados para trabalharem no contexto brasileiro, e que países diferentes possuem sistemas de saúde e quadros epidemiológicos diferentes, e por isso, demandam profissionais diferentes. Os médicos estrangeiros são melhores preparados que os médicos formados no Brasil em média, mas não são tão diferentes assim desse grupo especializado. João, que entrevistei no intervalo de um atendimento em outra Unidade Básica de Saúde, acreditava que as formações não eram tão diferentes assim, e que na média havia apenas uma pequena melhora. Sua formação em medicina de família, no entanto, ia além da especialização, pois enquanto o entrevistava, diversas vezes ele citou trechos de sua pesquisa de mestrado, demonstrando uma formação acadêmica mais longa:

Na média eu acho que é melhor, porque os médicos que trabalham na atenção primária são muito ruins, mas não trazem um conhecimento específico aí dá atenção primária. Pelo contrário, eu acho que os médicos brasileiros que são especialistas para trabalharem na atenção primária tem uma formação muito melhor que os médicos do Mais Médicos com os quais eu tive contato. (João, médico de família, 31 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Ana concordava com esse argumento, enfatizando que os profissionais são formados para diferentes contextos de atuação. Um bom profissional de uma região não necessariamente é bom profissional em outra:

Mas a formação (em Cuba) também não é tudo isso que as pessoas acham entendeu? Por exemplo, eles têm uma formação voltada para a atenção primária etc. e tal. Mas o contexto deles é muito diferente do

nosso, entendeu? O cara não consegue lidar com um contexto de vulnerabilidade social tão grande que nem aqui. (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

Durante sua entrevista, me perguntou qual fator influenciava mais na saúde da criança, sendo eles o acesso a um profissional médico e uma unidade básica de saúde, ou a alfabetização da mãe. Hesitei por um instante e chutei a segunda opção, baseado no que ela havia me dito anteriormente. Para ela, Cuba havia solucionado, por exemplo, o problema do analfabetismo e desnutrição, e era mais fácil lidar com pacientes que entendem os tratamentos, que sabem o que fazer, o que nem sempre é o caso no Brasil. Maria, médica do PMM formada em Cuba percebia a mesma diferença que Ana no perfil sócio epidemiológico das populações que teve contato:

As únicas coisas que eu vejo de diferencial entre Cuba e Brasil, principalmente, o atendimento de coisas básicas é feito de uma forma primordial, assim. É difícil você ver um paciente que tem um problema básico que não seja resolvido de forma quase que imediata. (...) outra coisa que ajuda bastante, é que lá a gente não conviveu com essa coisa de desnutrição, essas infecções por parasitas intestinais, essas diarreias (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Para o grupo, a saúde é organizada de forma diferente nesses dois países. O médico generalista cubano tem mais facilidade de acesso às especializações focais (mais sobre isso no capítulo 4), já que em Cuba os médicos de família atendem grupos de pacientes menores, quando não há missões humanitárias, e possuem acesso facilitado a exames e hospitais, devido a distribuição de recursos entre a APS e atenção secundária e terciária no país, e com isso tendiam a encaminhar seus pacientes para essas especialidades. No Brasil, onde esse acesso é mais difícil, as práticas profissionais adquiridas em outro contexto precisam ser reavaliadas. Os médicos em saúde da família brasileiros defendiam que, por terem sido formados para esse contexto sociocultural, acabavam tacitamente resolvendo problemas no dia a dia de seu trabalho que médicos estrangeiros encaminham para essas outras especialidades focais. Por outro lado, uma relação eficiente entre os níveis de atenção do SUS deveria ser uma constante para o bom funcionamento da APS, o que não chega a ser o caso no Brasil, onde há conflito de interesses entre esses dois grupos.

Félix, médico cubano, também percebia essas dificuldades e entraves entre a atenção primária e as especialidades focais, o que classificava como o maior problema do sistema de saúde brasileiro:

A relação entre a atenção básica em saúde e atenção hospitalar, especializada, é ruim. Aqui no Brasil é ruim. É muito difícil, você não consegue como levar o paciente da atenção básica até o final, porque tem muita burocracia no meio e muitas vezes o paciente fica esperando um, dois, três anos, por uma especialidade, por uma vaga em um hospital, e o paciente fica na mesma atenção básica, mas piorando a saúde do paciente. Então é ruim, para mim é o pior que temos no sistema de saúde, o SUS, aqui no Brasil (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Girardi *et al.* (2016, p. 2740) avaliando o escopo de práticas médicas no PMM, dizem que “na área da saúde, um profissional com escopo de prática limitado pode aumentar as taxas de referência para redes secundárias e, conseqüentemente, aumentar os custos de saúde, além de restringir o acesso dos usuários aos serviços”. No entanto, esse não vem a ser o caso dos médicos do PMM, que relataram conhecer mais procedimentos do que as unidades de saúde podem oferecer em termos materiais. Para os autores:

Destaca-se, ainda, que os médicos integrantes do Programa Mais Médicos realizam um menor número de procedimentos, atividades e ações do que relatam saber fazer, principalmente devido à falta de materiais e à infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde. Desta forma, o uso das competências dos profissionais pode ser otimizado a partir da estruturação das unidades de saúde e da disponibilização de materiais (GIRARDI *et al.* 2016. p. 2747).

3.2 – O controle da identidade profissional e a relação com outros grupos dentro da mesma profissão

O discurso entre os médicos de família brasileiros é que só a formação especializada garante para o grupo maior qualidade, e não a formação que recebem durante a graduação. Em geral, há entre esses médicos a percepção que só a formação da graduação é insuficiente para executar minimamente bem o trabalho, igualando, dessa

maneira, médicos brasileiros e estrangeiros que não possuem sua expertise. São unânimes em sua posição crítica ao programa, mas consideram o mesmo um avanço em vários sentidos. Entrevistei André e Luiz no horário de almoço dos dois, ambos médicos residentes em medicina de família. Criticavam a proposta inicial do programa, mas André percebia alguns avanços atrelados à política pública, como a expansão de vagas em medicina de família, por exemplo, posição que eles ocupavam no momento:

Nos meus aspectos eu continuo criticando, eu acho que ainda é um projeto altamente insuficiente, acho que é um projeto limitado e teve seus defeitos na hora do lançamento. Mas ele foi se modificando, ele foi tendo aperfeiçoamentos, e ele foi tendo implementações de outras políticas que ajudaram a incrementar o projeto e trouxeram a atenção primária como pauta para o governo, como agenda. A partir do momento que trouxe a atenção primária como centro de discussão, eu acho que ele ganhou em força, em projeto político, mas ainda continuo achando que ele tem uma série de limitações que precisam ser debatidas. (André, médico de família, 25 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Nesse caso, o discurso assume a forma do profissionalismo de dentro para fora, no qual os próprios membros do grupo compartilham um discurso semelhante e coeso. Por haver elementos em comum entre todos os sujeitos sobre a profissão de médico de família, isso permite a elaboração de uma identidade mais ou menos coerente para o grupo, com o qual os sujeitos buscam se identificar e contribuir para sua forma.

O aumento das vagas de residência em saúde da família como política pública também surge em outras falas, o que aumenta diretamente o tamanho do grupo, e as mudanças introduzidas pelo programa no debate atual sobre a saúde pública no Brasil, aumentando o a relevância do grupo profissional. João, que havia me dito que a expansão de vagas seguia os interesses demonstrados pelos estudantes do último ano de medicina, elogiava as mudanças promovidas pelo PMM:

Depois da lei do Mais Médicos, além de trazer os profissionais, foi aglutinado uma série de iniciativas nesse sentido, de tentar atacar esses problemas na formação de recursos humanos, como por exemplo criar uma residência médica obrigatória, criar uma nova especialidade aí, uma residência de medicina geral e de família, uma jabuticaba meio

brasileira aí, isso é de certa forma bom, que tenha se tido esse tipo de intenção, por outro lado a gente continua sem mexer na questão principal, que é construir uma gestão de formação de recursos humanos voltados para o interesse público, e não só para o interesse privado, para a gente conseguir fazer uma política de saúde que enfrente o sistema privado, que fortaleça o sistema público. Esses problemas continuam e se agravam (João, médico de família, 31 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Já aqueles cuja formação especializada se deu fora da medicina de família, no entanto, tendiam a ser contrários à política pública, inclusive médicos especialistas estrangeiros, que passaram por todo processo de revalidação de diploma exigido no País. Parte do descontentamento se dava, inclusive, por eles se sentirem igualados, colocando todo o conhecimento especializado que acumularam no mesmo patamar de um médico generalista recém-formado com formação de baixa qualidade e ou de um médico estrangeiro formado em contexto diferente. Essa posição, no entanto, não se confirmava muitas vezes na prática, já que os profissionais estrangeiros eram médicos experientes e especialistas na área, revelando as generalizações que os grupos criavam entre si. A conversa que tive com Júlio, médico especialista em urologia de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA, que teve a possibilidade de avançar na carreira prejudicada por problemas de saúde, sintetiza essa visão:

Você vê, a gente faz uma faculdade boa, faz quatro anos de especialização, mais pós-graduação, para você trabalhar junto com um cubano que chegou de avião e está trabalhando do lado fazendo a mesma coisa, acho até mais às vezes. Como eu sou um cara que sou efetivo, concursado em alguns lugares, eu to esperando o tempo passar e estou cumprindo minha obrigação né, mas é ruim você fazer tudo isso que você faz e ser igualado por baixo. (Júlio, urologista, 60 anos. Entrevista realizada em 28/05/2016).

Para ele, o programa era prejudicial principalmente porque não tinha um exame rigoroso de validação do diploma. Outra médica pediatra que conversei na mesma UPA reafirmou esse problema, dizendo que ela, médica estrangeira, havia passado por todos os trâmites para poder exercer a profissão no Brasil, e revalidar sua formação. A posição dos dois era mais alinhada com aquela apresentada pelos órgãos representativos da profissão. Continuando a crítica de Júlio:

É sabido no meio médico que isso foi uma mutreta, vamos dizer assim, do governo federal, para poder passar um dinheiro, porque Cuba exporta essa mão de obra, faz parte da receita dele. Só para o Brasil, para a África. Então eles têm um monte de médicos, e eles exportam o serviço. E não é porque precisava, poderia até precisar, de repente eles vieram somar alguma coisa, mas abriu-se exceção de não ter que passar no revalida o diploma, e está mais do que claro que isso foi feito para ser uma coisa política (Júlio, urologista, 60 anos. Entrevista realizada em 28/05/2016).

Essa visão negativa que as demais especialidades têm sobre o PMM era esperada e conhecida pelos médicos de família, pois segundo eles as “especializações focais”, voltadas para o atendimento em hospitais, percebem o programa como uma tentativa de minar as reservas de mercado construídas pelo grupo profissional ao longo dos anos. Suas identificações profissionais precisam ser reafirmadas, precisam reagir ao descentramento provocado, mostrando que a interação tem influência mesmo contra sua vontade, mesmo não trabalhando diretamente com esses profissionais. Para Ana, por outro lado, essas mesmas especializações focais, que lidam com um número muito reduzido de doenças, sempre vão ser contra a universalização de médicos que solucionam na ponta a grande maioria de problemas. Para ela:

Tem médico bom no Brasil, tem médico sendo formado para ser médico de família, é claro que precisava dar um gás nisso porque não era interessante para as especialidades médicas até pouco tempo atrás formar um médico de família, até por uma questão de mercado né? Porque eu vou ter um monte de médico formado que resolve 90% dos problemas? Não vai ter tanto cliente para as especialidades focais né? (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

Maria tinha percepção semelhante. A médica generalista brasileira recém-formada em Cuba, contratada pelo PMM, percebia o conflito com os grupos especialistas de outras áreas e acrescentava a dimensão geracional ao conflito:

Eu entendo que alguns, principalmente os mais antigos, que vão aposentar daqui a um ano, dois anos, com certeza eles são contra. Os que têm mais ou menos a mesma idade que eu, e que têm formações de períodos parecidos, acreditam que o programa ajuda, mas que não é o

ideal, pois não tem plano de carreira, porque mesmo com a questão salarial a gente tem a bolsa que é um pouco desigual com o salário que eles recebem. (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Os elementos que constituem o centro da identidade profissional desse grupo, conforme vimos, o contato longitudinal e o saber especializado capaz de lidar com uma gama muito maior de doenças que o “especialista focal”, perdem parte de sua força discursiva depois do programa, que foi construído sem que tais perspectivas fossem consideradas. Além disso, as identificações com esses elementos são manuseadas pelos profissionais para generalizar os outros grupos a partir das diferenças abordadas por essa pesquisa. Em um ambiente de pouca interação entre os grupos, ou até mesmo de nenhuma interação, as diferenças introduzidas pelo PMM impactaram o profissionalismo médico. Em um contexto de busca pela universalização que o PMM busca lograr êxito, cresce consequentemente o tamanho desse grupo dentro da própria medicina, aumentando sua força discursiva. Ao mesmo tempo que eram ignorados na elaboração e implementação da política, em suas pautas e perspectivas, eram fortalecidos em números dentro dos quadros da medicina, beneficiados pelo sistema de redução dos custos do Estado que, simultaneamente, corrói os mesmos elementos que consideram importantes para seu trabalho, como um contrato de trabalho regular e a possibilidade de construção de uma carreira vertical.

O discurso desse grupo é o da defesa do SUS e universalização da atenção primária em saúde, que para se efetivar seria necessário amplo investimento em formação de novos recursos humanos. O processo de fechamento empreendido pelo grupo profissional médico em geral limita a quantidade de médicos de família, que buscam se universalizar. Mesmo aqueles que apresentavam críticas ao programa e suas limitações, apreciaram a chegada dos médicos estrangeiros, a redistribuição do trabalho e o tamanho das equipes nas unidades. A respeito disso, Maria tem a mesma percepção sobre a aceitação desses profissionais:

Eu acho que realmente eles foram muito cordiais, mais que cordiais. Eu acho que eles abraçaram o programa. Quando eu cheguei na unidade, uma preocupação minha era essa também. Por ser negra, por ser de origem humilde, por ser inclusive de outro estado, eu pensei que pudesse ser uma barreira em meu relacionamento com outros médicos. Eu nunca senti alguém tentando fazer que eu me sentisse mal ou

tentando colocar empecilhos para meus atendimentos. (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Maria não percebeu nenhuma diferença de tratamento por ser médica do programa, nem por ter se formado fora²⁷. Paulo, inclusive, outro médico de família que trabalhava na mesma unidade que Maria, elogiava sua formação fora do país, dizendo que era muito melhor que a formação dos médicos brasileiros que conhecia e a sua própria, e que já tinha aprendido muito com a médica no contato que tiveram no ambiente de trabalho.

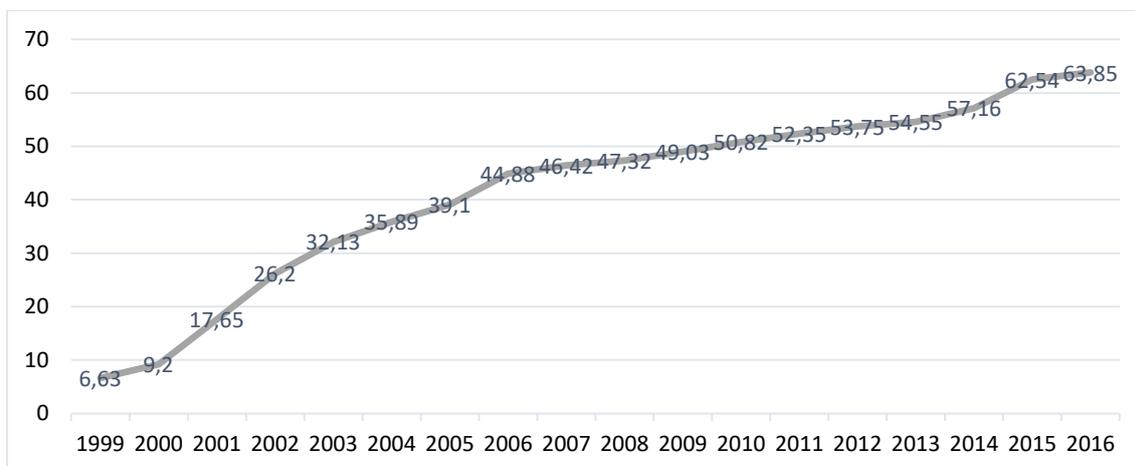
Essa interação descrita por Maria é um exemplo interessante de como a interação tem seus efeitos mesmo para aqueles que não estão diretamente relacionados a ela. Dentro do grupo profissional médico, como vimos até aqui, existem forças que apontam para uma multiplicidade de direções, apontando tanto para o fechamento e aumento da reserva de mercado, acumulando especializações focais e apostando no modelo da atenção terciária, quanto para a universalização da APS, tratando a maior parte dos problemas da população logo nos primeiros níveis de atenção.

3.3 – Os médicos de família e universalização da Estratégia de Saúde da Família

Duas lógicas distintas parecem motivar esses sujeitos. A primeira é uma lógica profissional, de prestação de serviços de excelência e autonomia e controle sobre o próprio trabalho. A segunda uma lógica republicana, de resolver os interesses do Estado e promover o bem de todos, ou o do maior número de pessoas. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB – cobria, em janeiro de 2016, cerca de 63,85% da população brasileira (123.846.683 habitantes em números absolutos), conforme gráfico abaixo:

²⁷ Essa formação, como veremos adiante, não apresenta tantos elementos que a constituem como uma diferença. A percepção sobre ela, no entanto, variava de acordo com a posição que os sujeitos ocupavam. A formação no Brasil, inclusive, era elogiada pelos médicos estrangeiros pela sua facilidade, como acesso a informações via internet por novos conhecimentos e assim por diante.

Gráfico 2: Proporção de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família - Janeiro de 1999 a janeiro de 2016



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

A universalização dessas equipes de saúde da família tem tido crescimento constante nos últimos 17 anos, e sua curva de crescimento parece se estabilizar entre 2005 e 2010, com pouco crescimento. Com a chegada dos médicos do programa, em 2013, temos um salto, até janeiro de 2016, de quase 10% na cobertura da população. Segundo o Departamento de Atenção Básica em Saúde - DAB:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). (...) O número de agentes comunitários em saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.

Com isso, o número de pacientes cadastrados por equipe pode ultrapassar o limite máximo de 4000 pessoas, podendo chegar até a 9000 por equipe. João comentou o seguinte sobre essas equipes:

E a Estratégia de Saúde da Família hoje acaba contando com um número muito maior que deveria ter, do que tem em muitos países, para fazer um trabalho legal. Aqui no Brasil nós temos um número muito maior de pessoas por equipe de saúde. Número de pessoas eu digo pacientes né. Um número maior por equipe de saúde que a gente deveria ter. Hoje em São Bernardo a gente teria uma média de quatro, quatro mil e quinhentas pessoas por equipe de saúde da família, para uma equipe mais tradicional, mais típica. Tem umas equipes que são ampliadas que tem 8000 a 9000 pessoas por equipe (João, médico de família, 31 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Agora tenho uma série de críticas (ao programa), ainda mais aqui, que tem um médico por exemplo, ele é responsável por 7 mil pessoas. E vai ficar só por três anos assim. Então que tipo de vinculação você está fazendo? Que tipo de medicina de família você está fazendo? (André, médico de família, 25 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

André já é mais enfático em suas críticas. Ainda em formação em medicina de família, o contato com os valores próprios da formação na área está mais presente, e o residente acredita que tanto o tamanho das equipes quanto o período de atuação previsto em contrato são insuficientes para realizar um bom trabalho como médico de família.

3.4 – A carreira horizontal dos médicos de família antes da implementação do Programa Mais Médicos

Estamos entendendo por carreira horizontal a busca por melhores condições de trabalho exercendo-o e realizando-o em lugares diferentes, não necessariamente avançando verticalmente na carreira. Os médicos em saúde da família, sem plano de carreira estruturado que possibilitasse sua fixação em uma região, exerciam seu trabalho e construíaam suas carreiras entre diferentes gestões municipais. Descrevendo sua trajetória até a unidade em que a entrevistei, Ana nos relata esses movimentos horizontais em busca de melhores condições de trabalho:

Desde que eu me formei há quatro anos e pouco aí atrás eu já sabia que eu queria fazer medicina da família, só tinha dúvida se faria residência ou já ingressava direto na área. Por questões financeiras eu acabei

trabalhando direto, então desde... comecei em uma cidade vizinha, que era a cidade próxima a São Paulo que estava mais desenvolvida na parte da estratégia de saúde da família, de atenção primária, então acabei indo para lá. Mas por questões de gestão depois acabou não tendo uma boa valorização. Muito médico depois acabou saindo de lá, e todo o grupo que eu conhecia acabou saindo de lá e vindo aqui, que a gente sentiu que tinha um bom investimento nisso e acabei vindo para cá mesmo. (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

Ao mesmo tempo que tentam defender o programa e reconhecer seus avanços, os médicos de família se encontram atualmente em desvantagem depois de sua implementação, principalmente por desarticular a possibilidade de exercer essa mobilidade entre municípios e construir uma carreira horizontal. Isso ocorre devido ao fato dos médicos contratados pelo programa serem pagos em parte por bolsas do Ministério da Saúde, o que reduz os custos em recursos humanos para os municípios. De acordo com a Constituição Federal²⁸, são os municípios os responsáveis pela contratação de médicos, e estes alegam falta de recursos para tal, ou ausência de recursos humanos em suas regiões. Assim, sem recursos ou profissionais, os mesmos se inscreveram no PMM do governo federal para receber médicos, e mesmo os municípios que poderiam não utilizar esse recurso, o utilizaram, garantindo médicos a custos reduzidos para seus municípios. Mendonça *et al.* (2010. p. 2361), discutindo os desafios da gestão do trabalho para a implementação da Estratégia de Saúde da Família, nos diz que:

A rotatividade, no entanto, ainda constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho e é atribuída pelos gestores e profissionais a fatores diversos, tais como a remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

A política pública, organizada dessa forma, iniciou a possibilidade de desmonte de carreiras horizontais precárias desses médicos, pois permitiu que estrangeiros ou brasileiros, que recebem por outras fontes de financiamento e possuem contratos

²⁸ No Brasil, a organização da atenção básica está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável.

diferentes, pudessem ocupar essas vagas com uma autorização do governo federal, via Ministério da Saúde. Para Ana a falta de carreiras de Estado é o que força os profissionais a buscarem cargos horizontais em outros municípios, com melhores remunerações ou direitos trabalhistas, e acrescenta que modificações na gestão municipal produzem alterações no exercício da atividade, além de concordar com João, ao dizer que o número reduzido de equipes aumenta exponencialmente a carga de trabalho dos médicos, sem necessariamente receberem mais por isso:

E no Brasil você não tem uma carreira para o médico de família, então essa é a verdade. A cada quatro anos a gente tem que pular de galho em galho, esse ano tem eleição e não sei onde vou estar ano que vem sinceramente. Isso é muito ruim, essa é a parte muito ruim, porque aí vem: por que as pessoas não querem trabalhar em saúde da família? Por que é tão difícil? Porque é isso, você tem uma estrutura que é um lixo, uma estrutura que destrói os profissionais, você pode conversar com quem você quiser aqui, as pessoas estão cansadas, elas estão assim é uma máquina de moer gente, e aí beleza, eu sou médica eu ganho muito bem para fazer o que eu faço, então isso dá uma compensada, mas se você pega o resto dos profissionais é pesado pra caramba. (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

Para os médicos em início de carreira, como é o caso de todos os profissionais que encontrei atuando como médicos de família brasileiros, a demanda principal é a fixação dos profissionais. Para Ana a relação entre seu salário e a quantidade de trabalho que exerce é equilibrada, por enquanto, mas confessa que para as outras ocupações que compõem o funcionamento de uma UBS o problema pode ser mais grave. Paulo concordava com essa perspectiva de Ana, mesmo sendo de unidades distintas. Para ele a contratação de médicos via programa havia retirado a pressão dos gestores municipais para melhorar as condições de trabalho no município para atrair mais médicos ou fixá-los.

Pelo salário e pelo trabalho eu fico satisfeito, eu só não tenho uma perspectiva. Porque você vê, não existe uma carreira para médico. Tanto é que estou sem aumento de salário há três anos, com o mesmo salário, mesmo com a inflação que tem. Você não tem um sindicato atuante, a classe médica é muito desorganizada, para aquilo que defende

o interesse do profissional em relação ao trabalho né? Para outras coisas o pessoal se organiza, mas na questão de sindicato os médicos não são organizados. (Paulo, médico de família, 30 anos. Entrevista realizada em 17/05/2016).

A partir disso posso inferir duas coisas. As prefeituras competem entre si por profissionais médicos, e em um cenário de escassez dos mesmos, precisam garantir avanços mínimos, como correções salariais, para manter e fixar os profissionais. A competição entre municípios pode ser o fio condutor para explicar a atual concentração médica no Brasil, além, é claro, da ausência de carreiras estruturadas. Ao competirem, aquelas cidades com mais recursos podem oferecer melhores salários e contratar e reter seus médicos. No cenário de aumento da oferta emergencial de profissionais, os municípios não precisam mais fazer esse esforço mínimo – a saber corrigir os salários de seus médicos – porque podem contratar profissionais pelo programa por tempo determinado com custos menores.

(...) Mas muitos lugares os municípios fizeram o que a gente já sabe. Eles pegaram, entraram, se cadastraram no Programa, para poder gastar menos com trabalhador, porque para ele é muito melhor você usar a bolsa do Ministério da Saúde para ter médico aqui do que contratar. Isso é óbvio, entendeu? E aí de novo a gente entra nessa roleta. A gente não vai ter um plano de carreira, o município não vai se planejar para fixar profissional porque vai ter um programa do Ministério da Saúde que vai pagar bolsas para os caras, entendeu? (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

O programa acaba fazendo com que as prefeituras busquem os profissionais não só para atender a população, mas para se livrar dos direitos de trabalho dos médicos do município, contratados via organização social, em regime celetista, mostrando um dos muitos usos distintos que as gestões públicas fazem das políticas públicas, manuseando-as em função de suas prioridades e interesses, mostrando que a recepção do mesmo entre os implementadores pode ocorrer de muitas maneiras. E sem plano de carreira, os médicos de saúde da família perdem principalmente seu maior recurso discursivo: o contato continuado ao longo do tempo com a comunidade, o que aumenta a efetividade dos serviços prestados. Esse contato continuado com a comunidade é o principal fator, segundo eles, para aumentar os indicadores sociais de saúde de suas populações.

Eu percebo também que há algo que tem que ser estruturado ao longo do tempo, porque na verdade a gente precisa também conquistar os médicos a ficarem, para impedir aquela rotatividade grande que acaba tendo, para criar vínculo, conseguir fazer o trabalho longitudinal, que é uma das ideias da atenção primária. Então se você não faz investimentos em infraestrutura, ou de melhoria das condições de trabalho para cada lugar, então não vai conseguir vincular. (Luiza, médica de família, 30 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Por lidarem com uma gama maior de doenças, esses médicos precisam acompanhar diversos fatores sobre a saúde de suas populações, e quando se fixam em uma região, podem ter altos índices de resolutividade. Se os médicos estrangeiros não podem se fixar devido ao tempo limitado de seus contratos, não podem ser bons médicos de saúde da família segundo os médicos de família brasileiros.

O imediatismo do programa, que busca resolver temporariamente um problema cuja origem se dá na própria organização da burocracia entre as esferas de gestão do estado, e que desde de sua origem prevê duração curta, consegue desarticular a possibilidade de estruturação de carreiras horizontais e precárias para os médicos entre os municípios. Se é menos difícil contratar médicos pelo programa, as prefeituras não competem entre si para contratar seus profissionais, impossibilitando o crescimento horizontal dos médicos. Ao mesmo tempo, enquanto não há planos de carreira, e conforme os profissionais mudam para posições destacadas em municípios com mais recursos em busca de melhores condições de trabalho e benefícios, geram por sua vez mais concentração, produzindo a distorção que a política pública busca corrigir, criando um paradoxo sem nenhuma solução aparente além da construção de carreiras de estado para os profissionais se fixarem, pela perspectiva dos médicos.

A partir da discussão acima, e retomando as perguntas de pesquisa que orientaram o trabalho de campo – como a chegada de profissionais médicos do Programa Mais Médicos tensionam os discursos de profissionalismo dos médicos de família? – vimos que o grupo sustenta um discurso baseado em dois valores fundamentais, sendo eles o contato continuado com uma comunidade de referência, principal fator para a efetividade de seu trabalho junto à população, e conseqüentemente um impacto real sobre indicadores de saúde dessas comunidades, e a visões mais críticas dos discursos hegemônicos da medicina, buscando com isso construir uma atenção primária em saúde

universal – APS – que dê conta da complexidade de situações que a relação médico/paciente apresenta, levando em conta o paciente em sua totalidade.

Além desses valores, a formação profissional também tem destaque para as identificações desses profissionais, uma vez que os mesmos buscam valorizar a formação mais abrangente que tiveram e contrapor a mesma com a formação hospitalocêntrica mais tradicional dos “outros”. A diferença, no entanto, é mais visível na percepção do que na prática, haja visto que ela é manuseada para construir diferenças. Com a chegada de médicos oriundos do programa, principalmente os médicos estrangeiros de “formação diferente”, os médicos de família especialistas precisaram reelaborar seus discursos a partir dessas novas perspectivas, avaliando a formação dos novos pares para posicioná-los em novas hierarquias dentro do grupo.

Esses valores, centrais para a medicina de família, não são possíveis de se efetivar com o caráter imediatista da política pública. No entanto, várias outras políticas públicas criadas no bojo do programa fortalecem o grupo como um todo, como a expansão das vagas de residência em medicina de família, por exemplo. O fortalecimento de um grupo profissional geralmente está atrelado ao fechamento do mercado e criação de reservas, mas não chega a ser o caso dos médicos de família, que buscam, pelo menos em seus discursos, a universalização e fixação do grupo. Essas disputas, dessa forma, ganham contornos distintos, com resultados não antecipados, não esperados, e conseqüentemente não controlados. Assim, nessas disputas internas pela hegemonia discursiva da identidade profissional, os sujeitos se movem no tempo para novas perspectivas não programadas.

4 – Médicos estrangeiros, formação e identificação profissional

Para a construção deste capítulo busquei entrevistar os médicos contratados pelo PMM, brasileiros e estrangeiros, e compreender como se dão seus processos de identificação profissional, como fiz no capítulo anterior, com médicos de família brasileiros contratados pelas organizações sociais que gerem a saúde pública municipal. O objetivo aqui é compreender como os dois grupos que estão em relação depois da implementação do programa reelaboram seus discursos de profissionalismo e negociam suas identidades profissionais a partir desse contato. Optei por separar os dois grupos em análises distintas com a intenção de construir narrativas próprias associadas as posições que ocupam no espaço da UBS em que atuam.

Becker (2007), em seu livro “Segredos e Truques de Pesquisa”, nos ensina um truque bastante válido para o estudo das identidades sociais. A ideia, ensinada a ele por Hughes, basicamente consistia em nunca estudar um grupo social de forma isolada. Nas palavras de Hughes, citadas por Becker:

É preciso mais de um grupo étnico para que haja relações étnicas. As relações não podem ser compreendidas estudando-se um ou outro dos grupos, assim como não se pode compreender uma combinação química pelo estudo de um elemento apenas, ou uma luta de boxe pela observação de apenas um dos lutadores (HUGHES apud BECKER, 2007. p. 19).

A maior parte das entrevistas realizadas para a construção desse capítulo, com a exceção de uma médica brasileira, foram feitas em espanhol, com auxílio de um questionário previamente traduzido, para orientar possíveis dúvidas provenientes do português no caso dos médicos estrangeiros. Por atuarem a algum tempo no país, possuíam certa habilidade com o português e utilizaram uma mistura compreensível das duas línguas, que posteriormente traduzi e adaptei algumas passagens para facilitar a compreensão em nosso idioma, e por isso não são transcrições ao pé da letra, estratégia adotada com os profissionais brasileiros. As questões seguiram os mesmos blocos anteriores, sobre o perfil dos entrevistados, suas percepções sobre o programa, sobre sua formação em relação com os médicos brasileiros que tiveram contato e, por fim, sobre as interações que tiveram com esses médicos. Conforme a pesquisa avançou e mais entrevistas foram realizadas, adaptei o questionário, buscando mais informações e

fazendo perguntas diferentes a fim de explorar possíveis conflitos e trazer uma abrangência maior às narrativas.

4.1 – Integralidade e os significados atribuídos à medicina de família pelos médicos estrangeiros

O perfil mais generalista é um dos atributos que atraem os recém graduados para a atenção primária em saúde, mas é criticado por médicos de outras especialidades da medicina. Ao mesmo tempo é o atributo que garante força discursiva ao grupo. Quando Ana diz que a medicina de família atende um grupo maior de doenças que as especialidades focais, é a tal ponto que ela se refere. Na perspectiva dos médicos de família, no entanto, é esse atributo que aumenta a dificuldade do trabalho, pois exige do médico formação constante, mesmo fora dos bancos da universidade, pois o perfil epidemiológico da população muda com o passar do tempo. Foi o que atraiu Olívia para o curso de medicina e posteriormente para a especialidade em medicina geral integral, como é chamada a medicina de família em Cuba:

Eu me formei porque gostei do programa de médico de família. Porque tem uma visão diferente. É um pouco de cada especialidade. O médico de família, o conceito que tenho de médico de família, é que o médico deve ter o conhecimento básico em ginecologia, em pediatria, em clínica, porque em um paciente idoso é separado, tem um mundo separado. Porque é o conhecimento que precisa para atenção primária. Porque muitos médicos especialistas não entendem o porquê de o médico de família não chegar ao conhecimento da doença mais específica. O problema é que o médico de família deve ter o conhecimento básico, não a profundidade de um especialista. (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Ao contrário dos médicos de família brasileiros, que pela ausência de uma carreira de Estado estruturada buscam melhores oportunidades de trabalho em diferentes gestões municipais e com isso prejudicam a longitudinalidade que atribuem como característica da atenção primária, o mesmo não ocorre com os médicos cubanos. Em Cuba, como acontece com os ACS no Brasil (LIMA e COCKELL. 2008), os médicos geralmente moram na mesma área em que praticam a medicina de família, e muitas vezes ao lado ou

em cima do consultório. Nem todos os médicos, no entanto, vivem nessas casas consultório:

Eu nunca tive essa experiência, mas vou te explicar. Geralmente o consultório que eu conheci é desse jeito. Aqui em cima morava o médico, aqui embaixo estava o consultório do médico, e aqui a casa da enfermeira. Estava junto. Então o médico descia de manhã e trabalhava no consultório. E mesmo assim, acabando a jornada do trabalho, se tinha algum paciente vizinho começava algum problema, alguma situação, esse paciente vinha aqui, batia a porta (bateu na mesa) e falava: Não doutor, eu tenho tal problema, com o doutor ou a enfermeira. Se tinha alguma medicação para fazer, ou injeção, era com a enfermeira e a enfermeira fazia. É assim que funciona mais ou menos lá (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

José, enquanto conversávamos, desenhou um pequeno esboço de como funcionava essa casa consultório, que segundo ele é bastante comum em Cuba. O esquema segue abaixo:

Figura 2: Esboço de uma casa consultório elaborado por José



Fonte: Elaborada pelo autor.

Esse modelo de casa consultório ficou conhecido como “Lawton” (Morales, 2010), e é a concretização de estratégias anteriores de prestação de serviço à comunidade, tendo início a partir de 1984 em Cuba, existindo até os dias de hoje. Segundo a autora:

A fim de adequar o trabalho do médico e do enfermeiro de família, colocou-se em prática um programa que visa melhorar o estado de saúde da população através de ações integrais destinados a indivíduos, famílias, comunidade e meio ambiente é implementado, através de uma relação íntima com as massas, substituindo os programas básicos que estavam em vigor até essa data. A equipe do médico e enfermeiro (equipe de saúde) tornou-se a unidade básica para o desenvolvimento do trabalho, ambos responsáveis perante as ações do programa, o médico era o líder da equipe (MORALES, 2010)²⁹.

Abaixo segue um exemplo dos vários modelos de uma casa consultório:

Fotografia 4: Modelo “Lawton” de casa consultório em Cuba, a base do sistema de saúde no país



Fonte: Morales (2010).

Os médicos, no entanto, não precisam viver nesses ambientes, como é o caso de José, mas outros optam por essa experiência. O contato com a comunidade muitas vezes se dá de forma constante, onde a população, caso necessite, pode solicitar os serviços

²⁹ Con el fin de adecuar el trabajo del médico y la enfermera de la familia, se pone en práctica un programa, que tiene como objetivo, mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas a las personas, familias, comunidad y ambiente, mediante una íntima vinculación con las masas, sustituía los programas básicos que estaban vigentes hasta la fecha. El equipo conformado por el médico y la enfermera (equipo de salud) se convertía en la célula básica para el desarrollo del trabajo, ambos responsabilizados con las acciones del programa, el médico era el jefe del equipo (Morales, 2010). Tradução livre.

médicos mesmo fora do horário normal de trabalho, e os médicos podem ou não atender essa demanda. Félix descreve os motivos que o levou a viver um período nessas casas, mesmo não gostando inicialmente:

Tem, tem uma casa consultório. Eu morei um ano, lógico que eu não gosto, porque eu tenho casa, mas por necessidade. Não era muito longe, mas tinha que ficar viajando, e a população precisava de mim, para ficar a noite. Porque se acontecia alguma coisa não tinha um médico perto. Eu fiquei um ano no consultório. É bem legal, é bem bonito. Como eu te falei, eu já não era um médico só, eu era da família. Eu não tinha que cozinhar, eles faziam a janta para mim, eles entravam na minha casa, fazia muitas coisas, mas como família. (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

José também descreve essa proximidade entre médico e paciente como sendo parte da própria família:

Na minha experiência é o amigo do povo. É como eu defino o médico de família, é como se fosse um amigo. É como se fosse um amigo que não tem essa distância que às vezes existe entre profissional e paciente. O médico de família tem que tentar ser como se fosse da própria família (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

Há, no entanto, um horário de trabalho regular nesses ambientes, divididos entre as consultas a partir da demanda espontânea da população na parte da manhã e visitas domiciliares na parte da tarde, enquanto no Brasil, especificamente na cidade recortada nessa pesquisa, somente alguns dias da semana eram dedicados a essas visitas por parte dos médicos, enquanto os ACS as realizavam constantemente. Essa diferença, no entanto, apresenta alguns avanços e limitações na experiência desses médicos. Enquanto em Cuba a possibilidade de exercer a medicina de família é maior, pelo menos nos termos elencados pelo grupo como ideais para o desenvolvimento satisfatório do trabalho. Devido ao tempo que dedicam à visita domiciliar, não possuem nenhum intermediário em sua relação médico/paciente, e podem com isso conhecer, junto com as enfermeiras que integra a equipe, mais profundamente a população. Essa vantagem, no entanto, para os estrangeiros, acabava sobrecarregando o trabalho. O sistema, inicialmente pensado para atender cerca de 120 famílias (segundo Olívia, algo em torno de 1500 pessoas),

passou a ser problemático em seu país quando a quantidade de profissionais disponíveis é reduzida durante períodos de missões humanitárias, aumentando o contingente populacional que os médicos precisam atender, podendo chegar até a 4000 pacientes, como ocorre no Brasil. Sem o apoio dos ACS fazendo a intermediação do profissional com a população, nesse caso, o trabalho aumenta:

Não, a consulta nesse sentido é melhor que aqui. Porque lá se faz consulta das 8 da manhã até o meio dia, tem uma hora de almoço, e outras horas até as quatro e cinco da tarde é visita domiciliar, aí você tem a oportunidade de visitar uma casa, onde tem uma grávida, tem uma criança, tem um idoso, tem um adulto. E aí visita toda a família, e faz uma avaliação de toda família. O hipertenso pode medir a pressão, medir a pressão da grávida. Examinar o recém-nascido, ou examina o puerpério. Faz tudo junto, uma visita integral para a família. Isso é a medicina familiar. Aqui o sistema de trabalho é menor, mas o médico tem menos oportunidade de fazer a medicina familiar. (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Ao colocar a visita domiciliar como melhor oportunidade de exercer a medicina de família, o médico de família cubano precisa repassar para os agentes comunitários no Brasil a tarefa central de seu trabalho, reduzindo, em sua leitura, a qualidade da consulta prestada, tornando-a menos integral. A integralidade, como vimos anteriormente, é um dos elementos centrais para atenção primária em saúde. Sendo assim, a relação médico paciente em Cuba é diferente por não haver essa intermediação, e conseqüentemente mais integral, e vários requisitos necessários para trabalhar como ACS, como morar na comunidade, é requisito para o próprio médico de família cubano, que muitas vezes mora ao lado dos consultórios em que atendem. A delegação de parte do trabalho realizado por um profissional a outro geralmente se baseia na delegação do trabalho considerado “*dirty work*”³⁰, ou trabalho sujo, que demanda demasiado tempo, ou é pouco valorizado para a prática do profissional que delega. No caso particular da medicina de família brasileira, no entanto, na visão dos médicos estrangeiros, uma das partes fundamentais do trabalho que realizam depende da intermediação de outros trabalhadores dentro do sistema de saúde. Sendo assim, a prática cotidiana de um tipo específico de profissão muitas vezes

³⁰ Hughes, E. (1984, p.87-97), capítulo sobre Good people and dirty work.

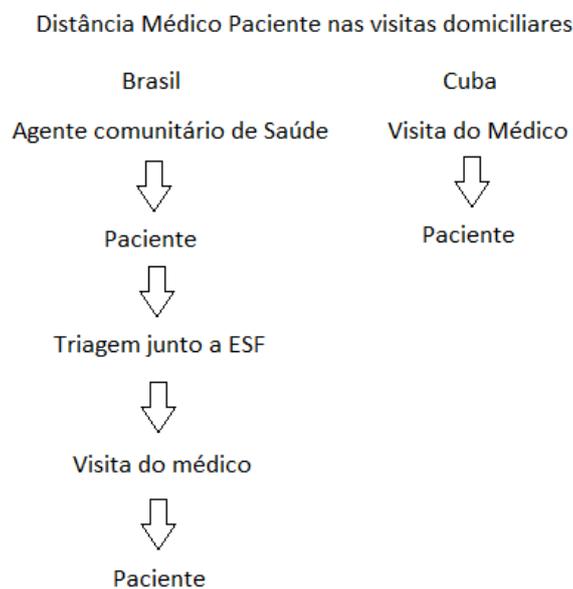
responde a arranjos institucionais, demanda do trabalho prestado e do avanço da segmentação do trabalho do local recortado para análise. Sendo assim, é a organização das especialidades pela via do Estado, que regulamenta burocraticamente o trabalho, e ao mesmo tempo a delegação do trabalho considerado sujo às demais ocupações subalternas, somados a escassez de profissionais e alta demanda da população, que permitem que a delegação de um trabalho considerado valorizado ocorra. Temos então uma espécie de “trabalho identitário”, feito por outros, quando condições específicas estão presentes, mas que dá corpo aos discursos de profissionalismo desse grupo específico e permite suas identificações.

A possibilidade de visitar as famílias de forma integral não é sempre uma possibilidade para o médico de família no Brasil, por possuírem horários mais restritos e menos flexíveis e ter menos autonomia e controle de sua agenda de trabalho. Apenas alguns dias da semana são dedicados a essa visita, e elas são intermediadas pelos ACS, que repassam informações da população para o médico, em uma espécie de triagem, focando seu atendimento em pacientes mais importantes ou que não podem, por algum motivo, se locomover até a UBS. Olívia, nesse contexto sobrecarregado, aprecia o suporte prestado pelos ACS que compõem sua equipe, pois torna possível realizar um atendimento mais focado em quem precisa, ao custo de uma visita menos integral nos valores da atenção primária e da medicina familiar:

A visita do médico é mais integral lá, porque aqui a visita familiar é só ver um acamado. Tem um agente comunitário. Esse agente comunitário sim conhece essa família. O médico só vai examinar, mas conhecer a família é um intermediário entre. Isso é ótimo, lá não tem, é o médico que tem que visitar casa por casa e tem um tempo para isso, aqui não, médico vai à consulta, entendeu? Porque lá o médico vai na casa com a enfermeira, mas aqui tem um agente comunitário para isso, que a pessoa que alimenta o médico e o enfermeiro do conhecimento necessário da população, e a necessidade, é um intermediário, está bom. E lá não temos. Mas lá o sistema já é assim (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

O esquema abaixo sintetiza a distância entre o médico e o paciente nos dois países durante as visitas domiciliares:

Figura 3: Esboço sobre as etapas necessárias por parte do médico para ter acesso à população nos dois países



Fonte: Elaborado pelo autor

4.2 – A autonomia e o controle da agenda

A discussão sobre a autonomia profissional é um dos eixos dessa pesquisa. Compreender como se dão as relações médico – paciente e médico – gestor permite mensurar em qual grau se encontra a autonomia dos profissionais. Com o aumento da autonomia profissional, o grupo adquire maior controle sobre suas próprias identidades profissionais, ao passo que com a redução da autonomia, a burocratização das relações citadas acima, os médicos têm menor espaço para construir uma identidade mais sólida internamente, e ao passar a ter seu trabalho gerenciado por outros, parte de suas identidades podem ser construídas nessa relação com o outro que identifica. Nesse sentido, a profissionalização e desprofissionalização estão diretamente atreladas às relações com os pares e com os gestores. O que acontece na prática, no entanto, é um fenômeno de tipo híbrido de profissionalismo, onde o profissional controla o próprio trabalho ao mesmo tempo em que está submetido a um sistema burocrático de atendimento, estabelecidos por protocolos definidos de cima para baixo. É na agenda e organização do próprio trabalho o espaço fundamental para a autonomia do médico:

Então, é assim: Nós temos uma agenda, minha agenda funciona igual de todos os outros médicos, independentemente de ser do programa mais médicos ou ser funcionário do município. A gente tem um período para visita domiciliar e um período para grupo. O grupo seria para falar de alguma doença crônica, dar orientações gerais (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

A agenda ocupada posição destacada para o médico de família no Brasil, na medida que tem que alocar os pacientes que passaram pelos vários processos de triagem em suas consultas, o que não ocorre em Cuba, onde a centralidade do trabalho se dá na visita domiciliar. Neste país, como vimos na entrevista de Miguel, o médico atende a partir da demanda espontânea, e é o paciente que busca o médico quando precisa, e este conhece o paciente e a comunidade, buscando o paciente quando o mesmo não pode ir até a unidade. No Brasil, devido aos problemas de demanda e carência de oferta, ocorre o contrário. O médico possui uma agenda que que dispõe e organiza suas atividades, impossibilitando ou reduzindo atendimentos de demanda espontânea, e como seu trabalho é intermediado pelos ACS, direcionando o atendimento do médico somente para os pacientes mais graves, parte da autonomia do médico é delegada. Em minhas visitas a campo, percebi que o período de grupo é utilizado pelos médicos para atendimentos rápidos e orientações gerais sobre alguma doença. Participei de um sobre tabagismo em que Félix dava instruções sobre métodos para parar de fumar, os prejuízos do hábito para a saúde e assim por diante, intercalando esse atendimento com outras pequenas consultas rápidas, em uma espécie de acompanhamento, de outros problemas da população que não o tema do grupo. Daí o número maior de atendimentos no Brasil, que ocorre tanto formalmente, com hora marcada na agenda dos médicos, quanto informal, a partir das reuniões do grupo.

Ocasionalmente a gente faz esse período com atendimentos rápidos, para não deixar a população desassistida, e nós temos sempre o objetivo de atender o maior número possível, com a melhor qualidade que a gente possa dar. E tem um período de acolhimento. O acolhimento é quando a gente recebe todas as queixas daquele determinado número de munícipes. Esse período do acolhimento a gente divide entre o médico e os enfermeiros da equipe. Passa como se fosse uma triagem, os enfermeiros falam com os pacientes primeiro, e conforme as queixas são levantadas, eles vão passando para mim. O que eu não atendo no

momento eu agendo para as próximas conforme a urgência do caso. E os outros períodos é de consulta mesmo. A gente tem preconizado no município que seja três consultas por período e um encaixe por turno, mas ocasionalmente o atendimento pode ser bem maior que esse, é só um número (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Esse processo de agendamento, no entanto, é criticado por alguns médicos cubanos, por aumentar a burocracia e distanciar o médico do paciente. Essa distância é amenizada pelo acolhimento, uma triagem que a equipe de saúde faz das várias queixas que recebem da população e estabelecem as prioridades do atendimento. O acolhimento funciona como um meio termo entre a demanda espontânea da população e um sistema rígido de agendamento, onde o médico e sua equipe tem sua autonomia gerida em partes pela agenda, mas alguma liberdade em definir suas prioridades. Félix é um dos que criticavam esse modelo:

Tem coisa que tem que aperfeiçoar, por exemplo, o agendamento do paciente vai contra o trabalho da atenção básica em saúde, porque o paciente demora muito para passar com o médico. Agora já com o programa mesmo começou o sistema do acolhimento, que está melhorando o atendimento da população, da atenção básica em saúde. O paciente consegue passar em todo o momento com um médico. Mas no princípio era muito difícil, você ter um agendamento da atenção básica aqui no Brasil. Foi um choque bem grande para nós. Nós temos nosso trabalho com a porta aberta. Tudo que chega é atendido no momento, então foi bem difícil aceitar o agendamento. (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Félix, no entanto, negociando com a gestão, conseguiu alguma autonomia para controlar sua agenda, o que permitiu um maior acesso a sua população e vice-versa. Em nossa conversa, me disse que em alguns dias atendia entre 70 a 90 pacientes, conforme eles o procuravam na UBS. Como Maria explicitou, os médicos devem realizar cerca de três atendimentos por hora e um encaixe³¹ ou acolhimento, mas esse número é apenas

³¹ Encaixe se refere a adaptar em alguma medida a agenda, incluindo algum paciente sem horário previamente agendado conforme a demanda e disponibilidade de tempo.

uma estimativa, o que pode variar conforme a demanda da unidade. Felix era um exemplo de como essa variação era mais explícita:

Tem muitos que não gostam do sistema, porque é precisamente como eu te falava, está muito longe o paciente do hospital, do especialista. Não gostam disso, não gostam do agendamento, porque está muito fechado, mas eu consegui abrir. Eu consegui abrir minha agenda. Quando passaram três quatro meses de trabalho eu disse para meu gerente que eu ia abrir minha agenda. “Deixa eu trabalhar do jeito que gosto de trabalhar e vai ver que vai dar certo”. Eu abri minha agenda. Fui abrindo, abrindo, abrindo. Ainda tem médicos cubanos que estão com a agenda fechada. (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Enquanto esperava para conversar com Félix pela primeira vez, fui abordado por uma munícipe com um abaixo assinado solicitando a permanência do médico. Foi o único momento em que isso ocorreu durante toda a pesquisa. Havia passado por todo o bairro coletando assinaturas, buscando alguma maneira de permitir a renovação do seu contrato de trabalho. Sua aprovação era altíssima na região, com mais de 5000 assinaturas no momento em que me abordaram. A aprovação dos médicos cubanos em geral é alta, conforme (COMES *et al.* 2016. p.2753):

A satisfação dos usuários foi em geral elevada. Mais especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, a grande maioria dos usuários (98,1%) considerou que o médico ouviu atentamente todas as suas queixas e 95,8% dos participantes expressaram que receberam todas as informações necessárias. Ademais, 93,5% dos usuários afirmaram que receberam todas as informações sobre o tratamento e 87% disseram que compreenderam as orientações que deveriam seguir.

Outros médicos, como Miguel, respeitavam a agenda por força da lei, pois os protocolos da atenção primária no Brasil assim recomendavam, mas reconhecia que o sistema em Cuba era diferente:

Que cada UBS faz um reajuste da sua agenda dependendo da demanda, mas você não pode atender mais que isso por lei. É uma coisa que difere muito de Cuba. Em Cuba, como é que funciona? O paciente chega

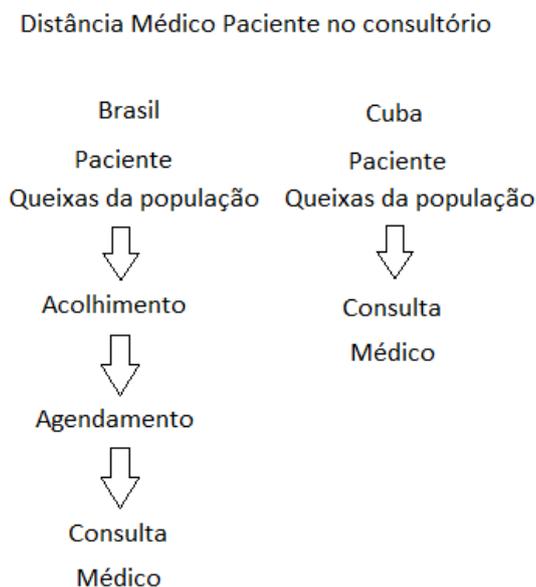
espontaneamente, sem agenda, sem nada, e você atende tudo que vai chegando das 8 até as 5. Aqui não, aqui você tem que respeitar uma agenda, tem que respeitar um horário, entendeu? Então não é que você vai atender 90, 100, não. Você vai atender até onde você dê conta. Porque aí você estaria violando a lei (Miguel, médico cubano do Programa Mais Médicos, 31 anos. Entrevista realizada em 10/10/2016).

Esse modelo mais autônomo do médico cubano permite um contato mais próximo com a sua população de referência, o que fortalece o sentimento de pertencimento à comunidade. Quando Felix diz que se sentia parte da família, que os pacientes realizavam tarefas cotidianas em seu apartamento no consultório, para ele isso ocorria devido a essa aproximação. O aumento da burocratização da relação médico/paciente, nesse sentido, reduz a autonomia, distanciando o profissional do paciente, aumentando as formalidades e o tempo necessário para a consulta com o médico, por um lado, e o tempo gasto com a burocracia associada a cada atendimento, na perspectiva do médico. Ao abrir sua agenda, e adotar um modelo mais autônomo de trabalho, Félix imediatamente se diferencia dos médicos brasileiros e permite comparações por parte dos pacientes do atendimento que realizava em relação a seus colegas de unidade:

Com certeza eles começaram a fazer comparação entre os médicos cubanos e os médicos brasileiros. Lógico que eles não estão acostumados, ainda não estão acostumados, ao jeito nosso de trabalho, que é um pouco diferente ao jeito de trabalho daqui e de outros países, porque nós levamos até o final o paciente. Então, lá, na medicina nossa, nós temos uma visita domiciliar como o centro do trabalho nosso, e não ficamos como médico só, ficamos como a família do paciente. Então aqui temos conseguido, temos conseguido muito isso. O paciente não me vê como médico, o paciente me vê como um amigo, como uma família, e aí está a diferença que eles falam entre nós e outros médicos. Mas no princípio eu sabia o que ia acontecer pelo jeito nosso de trabalhar, eu sabia que ia acontecer em algum momento (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Segue um esquema sintetizando a distância entre o médico de família e o paciente durante as consultas:

Figura 4: Esboço sobre as etapas necessárias por parte da população para ter acesso ao médico nos dois países



Fonte: Elaborada pelo autor

4.3 – O jogo das identidades e a identificação profissional com a medicina de família em Cuba

Retomando o debate sobre a construção das identidades sociais, argumentei que os sujeitos, em uma profissão altamente profissionalizada como a medicina, tendem a dar certa centralidade à identidade profissional, principalmente por esta ser construída na socialização com os pares durante a formação profissional e compartilhada no cotidiano do trabalho. Quando a identidade profissional é interseccionada com outras identidades do sujeito nesse processo, tal centralidade poderia não ocorrer. Conversando com Maria a respeito de sua experiência como médica negra formada em Cuba, percebi que ela compartilhava comigo algumas preocupações, que logo se dissiparam:

Quando eu cheguei na unidade uma das minhas preocupações era essa também, por ser negra, por ser de origem humilde, por ser inclusive de outro estado. Eu pensei que fosse uma barreira para o meu relacionamento com outros médicos. Mas talvez, algum comentário pelas costas eu não saberia dizer, mas pelo menos diante de mim todos

foram muito profissionais, muito éticos. (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Maria, como médica negra, não notou em sua experiência conflitos com seus colegas de profissão, mas o mesmo não ocorreu com seus pacientes:

Alguma hostilidade uma vez ou outra por parte de algum munícipe, que de repente tem uma tendência partidária diferente da do governo, então querendo se opor a situação, eles acabam se opondo ao programa. Mas isso foi logo no início. Então as pessoas entenderam que a mídia fala mais do que a gente gostaria, e acaba realmente influenciando na opinião da população. Com o passar do tempo os munícipes viram que nosso trabalho aqui era realmente ajudar a população e fazer o melhor possível independentemente de partido, ou de governo (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Maria acreditava que outras identidades poderiam influenciar na sua experiência com outros médicos, mas a identidade profissional dos seus pares, colocando a identidade médica como o centro da experiência, fez com que suas expectativas não se concretizassem. O mesmo, por outro lado, não ocorre por parte dos pacientes, que possuem posições positivas e negativas quanto às demais identidades do sujeito. Posturas político ideológicas por parte dos pacientes pelos quais ela era responsável influenciou suas relações. Miguel, médico cubano, teve uma experiência semelhante:

Eu não diria afetar, eu diria curiosidade. Deixa uma curiosidade nas pessoas. Porque nós somos associados com o comunismo. Então eu falo que não necessariamente. A gente, ou seja, eu vim aqui fazer um atendimento de qualidade. Eu não vim aqui falar de política, fazer nada de política. Teve um paciente que veio aqui, ficou em pé, falou: doutor... me apresentei, falei para sentar, e ele disse que preferia ficar em pé, mas por que? Porque eu não gosto do Fidel. Então você tem o direito de falar com o gerente da unidade e remarcar com outro médico. Então eu vou fazer. Então tudo bem. E foi isso. (Miguel, médico cubano do Programa Mais Médicos, 31 anos. Entrevista realizada em 10/10/2016).

A afiliação partidária por parte dos munícipes teve impacto nas interações, pois ligavam o PMM ao governo “petista” responsável por sua elaboração e implementação. A associação entre médicos cubanos e comunistas, devido ao regime político do país, por parte dos munícipes que buscaram atendimento na UBS, causou estranhamento para Miguel, mas este não percebeu essa associação de forma negativa. Para ele o trabalho que realizava como médico era antes de tudo politicamente neutro, focado na prestação de um serviço à comunidade, na qual suas inclinações políticas não deveriam transparecer ou influenciar o contato com os pacientes. Já em Cuba, por outro lado, voltando à identidade racial, não era uma preocupação para Maria, pelo menos durante sua formação:

Então, em Cuba não exatamente, porque a população negra em Cuba ela é muito grande. A cultura negra é muito forte em Cuba, né? Mas naturalmente que no Brasil a questão social e racial é uma coisa impressionante, tanto que a até a pessoa entender que a médica sou eu e que o enfermeiro é branco e a enfermeira é branca uma coisa muito difícil no imaginário. Inclusive eu estava conversando com um amigo esses tempos a gente estava falando sobre isso. Eu já fico muito feliz que eu sei que meus pacientes pequenos, os pediátricos, eles já chegam falando doutora. Outro dia teve até uma situação engraçada que uma paciente contou para a mãe dela, e depois a mãe dela me contou, que ela vinha o caminho todo dizendo que ela ia na doutora brinquedos, porque tem um desenho que é menininha que cuida das bonecas e é uma menina negra (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Em sua percepção, ser negra em Cuba não influenciava sua formação nem atuação profissional, diferente do que ocorre no Brasil, que causa estranhamento por parte dos seus pacientes. Paulo acreditava que o perfil dos médicos era responsável por essa pouca identificação que os médicos de família brasileiros tinham com a população das áreas em que atuavam, que demanda o contato com a diferença:

Até porque o perfil de quem entra na faculdade de medicina hoje melhorou um pouco, mas é um perfil de um pessoal elitizado, um pessoal de classe média, que já é mais individualista. Não existe aquela participação com as pessoas que moram na periferia, que tem que organizar associação de bairro para conseguir moradia, para conseguir esgoto, para conseguir transporte, para conseguir ponto de ônibus. Toda

essa parte que faz parte a maioria do povo brasileiro não faz parte da vida de quem, das pessoas que estão se formando em medicina. Pela dificuldade que é você fazer um curso caro, você se manter, ficar um tempo sem trabalhar. O perfil de quem forma médico é esse, é mais individualista, mais consumista, é mais status. Existe uma certa tolerância em relação ao trabalho em várias situações aí por causa da falta de médicos que tem. Então a gestão, para não perder o médico, para evitar problema, prefere transferir o médico para outra unidade do que demitir o médico. Então é a personalidade de quem se forma médico (Paulo, médico de família, 30 anos. Entrevista realizada em 17/05/2016).

O perfil social dos médicos no Brasil, devido aos altos custos da formação, quando em instituições privadas, e de processos de competição pelas poucas ofertas de vagas em instituições públicas, o que leva à um acirramento da competição por esses espaços, e que historicamente sempre foram dominados por grupos de classe médica, é mais homogêneo social e racialmente, no sentido de ter menos médicos negros, por exemplo, formados na área ou de menos médicos de origens de classes sociais populares. Em uma publicação de fevereiro de 2016 da revista Raça Brasil, comentando uma publicação da Folha de São Paulo, partindo dos dados dos egressos de medicina registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, foi divulgado que o percentual de negros entre os médicos recém-formados no estado não chega a 1% do total, e quase metade pertencem a estratos de classe média alta, com rendimentos superiores a 20 salários mínimos em 2016:

De acordo com os dados do Cremesp, enquanto apenas 0,9% dos novos médicos são negros, 85% se declaram brancos, quando a média dessa população em São Paulo é de 63%. O levantamento revela ainda que 47% dos recém-formados nas escolas médicas do Estado têm renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos, o equivalente a R\$ 15.760. Na população geral de São Paulo, apenas 3% dos moradores estão nessa faixa de rendimento³².

Essa distorção, entre o perfil de quem consegue acessar a carreira médica no Brasil, e o perfil da população atendida, especificamente na APS, causa esses estranhamentos na relação

³² Matéria completa da revista Raça Brasil disponível em: <http://racabrasil.uol.com.br/paginas-pretas/medicos-negros/3222/>. Acessado em 07 de fevereiro de 2017.

médico/paciente. Pelo menos nos recortes raciais de classe. Já a respeito da participação feminina na medicina, os dados da Demografia Médica de 2015 apontam para um processo crescente de feminização entre os recém-formados. Nos dados sobre o estado de São Paulo, por exemplo, as mulheres já eram maioria nos estratos mais jovens, com menos de 25 anos (58.1%), entre 25 e 30 anos (55.1%) e 30 e 35 anos (52.1%)³³. Esse perfil, marcado pela raça e classe social dos médicos no Brasil, e que a longo prazo aponta para um processo de feminização da profissão, ajudam a ilustrar a fala de Paulo, que argumentou ser um dos fatores que distanciam os profissionais da medicina de família. Segundo ele, sua profissão depende da sua capacidade de “aprender a gostar de gente, senão não adianta ser médico, ainda mais médico da família”. Essa fala ajuda a ilustrar essa diferença de classe entre médicos e pacientes. É preciso costurar, se quiser realizar um atendimento satisfatório, uma identificação com o paciente. Se essa sutura não acontece imediatamente, ela pode ser aprendida. Identificar esses “pontos de contato” com as identidades da população é o caminho para neutralizar conflitos advindos com o contato com a diferença, seja por parte do médico com seus pares, seja por parte dos médicos com seus pacientes. José, médico cubano negro, disse não ter percebido nenhum preconceito por parte de seus colegas ou pacientes a partir dessa diferença. Em sua experiência na África, por outro lado, relatou diversas dificuldades:

Não dá para comparar Brasil com a África. A África é muito carente. Muita dificuldade. Eu morei em um lugar que praticamente eu dormia no quintal por conta do calor. Sem energia elétrica, entendeu? Então foi assim. Um lugar sem transporte. Eu saía uma vez por mês, para o lugar da reunião da brigada, era assim. Não sei se conhece a África. A África e a América são muito diferentes. São muito mais parecidos os cubanos e os brasileiros que os cubanos e os brasileiros com os africanos. A gente tem mais pontos de contato. Eu sempre falo que a única diferença entre um brasileiro e um cubano é a língua. Vocês falam português e a gente fala espanhol, só isso. Porque o resto é muito parecido. Fisicamente, culturalmente, musicalmente, falando, tudo (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

³³ A distribuição dos profissionais a partir do recorte de gênero no Estado de São Paulo pode ser visualizada no site da Demografia Médica, disponível em: <http://demografiamedica.org.br/mulheres-ja-sao-54-dos-medicos-na-faixa-de-ate-35-anos/#more-116>. Acessado em 07 de fevereiro de 2017.

Essas similaridades entre as populações fizeram com que os médicos estrangeiros com os quais tive contato não se sentissem estrangeiros no Brasil:

Eu não me sinto estrangeiro aqui no Brasil. Nunca fiquei como estrangeiro. Precisamente pelo acolhimento da população e dos meus colegas de trabalho. Em nenhum momento eu fiquei como um estrangeiro aqui no Brasil. Para mim eu ficava como um a mais (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Em suas experiências individuais como médicos de família, as identidades nacionais aparentemente não tiveram impacto sobre sua recepção e ou trabalho, mas percebiam que essa perspectiva não era compartilhada por todos:

Você vê que muitos colegas, não muitos, não vou falar que foram muitos, que não foram aceitos do mesmo jeito, que sofreram preconceito. Por ser cubano. Muitos brasileiros falaram que a gente não era médico propriamente, entendeu? Coisas assim que acontecem, mas é normal. É normal acontecer (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

Conforme argumenta Bonelli (2013), a identidade profissional muitas vezes é utilizada para encobrir hierarquias e reproduzir essencialismos no mundo do direito, mas isso pode ocorrer em outros espaços interação profissional. Essa identidade, no ambiente de trabalho, assume, por tanto, certa centralidade na narrativa dos sujeitos, aproximando-os por esses ideais de profissionalismo. Constroem uma neutralidade profissional como estratégia de solução de conflitos que podem ocorrer com o contato com a diferença. Como podemos ver, ao associar um sentimento de profissionalismo à postura “ética”, na qual a “ética” profissional coloca antes de tudo a identidade profissional no centro da perspectiva, desconsiderando outras características do sujeito, vemos um processo de aproximação em pontos identitários que emanam essa neutralidade. Esse tipo de sutura é comum no jogo da identidade profissional:

Não, eu prefiro o trabalho como médico. O médico, ser médico, é como se a gente fosse um sacerdote. É isso. Então as especialidades são especialidades, mas ser médico é uma coisa só. Médico é médico, mesmo que seja psiquiatra, neurologista. É médico. É fundamental

(José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

Mesmo entre as diversas especialidades que os médicos cubanos acumulavam, antes de tudo se sentiam médicos, como demonstra José em sua fala, quando perguntei qual especialidade preferia trabalhar. Essa centralidade atribuída à identidade médica é utilizada como denominador comum da experiência do sujeito e do que ele espera dessa experiência na interação com os outros. O eu que emerge, politicamente neutro e baseado em expertise e mérito, é carregado de ideais e discursos de profissionalismo.

4.4 – Diferenças atribuídas ao atendimento e formação dos médicos cubanos e as disputas por legitimação

Adentrando no processo de formação propriamente dito, ou da socialização profissional, houve pouca variação na percepção dos grupos, mesmo quando haviam interações e possibilidade de trocas de conhecimentos. Argumentaram que a formação médica tinha problemas nos dois casos. No Brasil a cultura da formação se voltava para as especialidades focais, e tinham pouco acesso à atenção primária. Em Cuba, a formação era vista pelos sujeitos da pesquisa como extensivamente teórica e desnecessária para a atenção primária. No entanto, a atenção primária, mesmo organizada de forma diferente em Cuba, era parte da grade curricular. Para Félix haviam poucas diferenças, com exceção dessa última:

Não, na verdade é quase igual, é quase igual. Enfim, quase igual. A diferença é o enfoque da prevenção e educação em saúde. É um pouquinho diferente. Ali ele recebe educação e prevenção em saúde. Essa é a diferença (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Para Mota e Barros (2883) “a prática dos médicos do PMM ancora-se no cuidado à família e comunidade, na compreensão ampliada do processo saúde-doença, no contexto socioambiental, não restringindo sua prática apenas a medidas curativas. Priorizam, portanto, atividades de promoção e educação em saúde”. Ao dizer que não há muita diferença, Félix busca legitimar os médicos cubanos, atestando sua qualidade em relação aos médicos brasileiros. Atestar a qualidade da formação médica foi, como vimos,

um dos argumentos das entidades representativas da medicina contra a vinda de médicos estrangeiros. As associações médicas e conselhos criticaram principalmente a ausência de um exame de requalificação do diploma como uma das falhas do PMM, e defendiam que a consequência direta seria a entrada no país de médicos cuja formação não era validada nos critérios estabelecidos pelos grupos médicos locais.

Já os médicos de família brasileiros, em geral, acreditavam que os cubanos eram, pelo menos em média, um pouco melhores que os médicos brasileiros de formação hospitalocêntrica, que eles criticavam. A educação e prevenção em saúde que aparece como diferença para os cubanos pode ser o elemento explicativo dessa ligeira melhora na média, pelo menos na percepção de quem atuava na atenção primária como especialistas na área. Os períodos de grupo, onde há espaço para esse tipo de trabalho, como vimos, muitas vezes eram utilizados para a realização de atendimentos rápidos para a população, e a promoção e prevenção em saúde perdia espaço.

Já na formação no Brasil, as identidades de fato influenciavam a trajetória dos estudantes. Ao passo que em sua experiência ser mulher negra, Maria, em Cuba, como vimos, não foi suficiente para ter impacto, bons e ruins, em sua formação, pelo menos no critério racial que relatou de forma específica, devido à semelhança que atribuía às populações dos dois países, a identidade de gênero influenciou diretamente a formação de Ana, no Brasil:

Na graduação, a medicina tem altas taxas de violência de gênero, é bizarro isso aí³⁴. É “normal”, digamos. Normal, usual do que é o padrão. E aí você tem que se virar nos 30, porque para a mulher é muito mais difícil ser tudo. Por ser mulher eu tive que me dedicar mais, estudar mais, fazer tudo mais do que os homens, da mesma forma que provavelmente os negros e as mulheres negras têm com certeza que se esforçar muito mais, porque eu tive a vantagem de ser branca, enfim, de ter uma condição econômica adequada, então tem essas coisas (Ana, médica de família, 31 anos. Entrevista realizada em 18/05/2016).

³⁴ Durante a pesquisa de campo, diversos casos de violência de gênero na formação médica, como relatado por Ana, tiveram grande repercussão em 2016 no Brasil, quando uma série de denúncias de estupros surgiram no curso de medicina da USP³⁴, que culminou na instauração de uma CPI na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, com o objetivo de investigar os casos.

Outras diferenças nas percepções dos médicos cubanos se davam em relação à formação em si. Em Cuba a formação demandava mais tempo e dedicação em cada disciplina individual, sem ligação entre os conteúdos, o que dificultava a construção do conhecimento necessário para o trabalho cotidiano na APS. Ao mesmo tempo ressaltavam dificuldades no acesso à informação no país, principalmente o acesso à internet. Para Olívia, médica cubana:

Na formação em Cuba o que dá a diferença pelo que eu vejo é muito volume. Quando estou sendo formada na carreira, do primeiro ano até o sexto ano, quando chego eu tenho uma parte de oftalmologia, dermatologia, toda a especialidade, mas aprofunda muito cada especialidade. Aqui o médico é mais vertical. Tem um conhecimento mais geral, mais de clínica, quando é graduado. E aparentemente estão melhor preparados. (...) aqui eu vejo que o médico tem uma formação mais dirigida a função que vai fazer quando fica graduado, e lá temos mais volume de coisas (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Esse conhecimento teórico, para ela mais horizontal, era justamente o que valoriza os médicos cubanos na perspectiva dos médicos brasileiros, ao passo que para os cubanos era o inverso. Para Olívia é justamente uma formação menos densa em cada tópico e mais interrelacionada, que atribuía aos profissionais brasileiros, o que os colocava em uma situação relativamente melhor em relação à formação que obtiveram para o trabalho que realizam, colocando-os em contraste com os médicos brasileiros, que em sua leitura possuíam conhecimentos mais práticos, clínicos. Ambos os grupos, na construção de suas próprias fronteiras identitárias, atribuía características ao outro que os valorizava, ao mesmo tempo que defendiam moralmente suas formações específicas. A valorização do conhecimento generalista por parte de Olívia não significa que a formação do médico brasileiro em si seja melhor, já que para ela sua formação é mais rica em conteúdo e isso permite uma qualidade maior do seu trabalho:

O que acontece é que para nós entra um volume de informação tão grande que eu não vou usar, por que eu preciso ter conhecimento de dermatologia? Aprendi tanta dermatologia que eu não preciso encaminhar para um dermatologista. Não preciso. Tudo, conjuntivite, tudo, sei o diagnóstico de cada coisa (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Outro fator que ficou evidente durante as entrevistas se relacionava ao acesso à informação dos estudantes em Cuba. Essa era percebida por esses profissionais como uma excelente vantagem do Brasil, que consideravam mais desenvolvido nesse aspecto. O acesso à internet, em uma profissão que demanda formação constante para acompanhar o quadro epidemiológico da população, é fundamental. Todos os cinco médicos estrangeiros que conversei, incluindo uma médica boliviana aprovada no exame de revalidação, atribuíam ao acesso fácil a informação como algo vantajoso para continuar os estudos no Brasil e exercer bem seu trabalho. Das principais dificuldades que José enfrentou durante sua formação em cuba, a ausência do acesso à internet tinha destaque:

Bom, as vezes a dificuldade para estudar. Não sei se você sabe, que cuba é um país que não está muito desenvolvido, sobretudo com o tema da internet, mas sempre a gente achava soluções, entendeu? (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

Miguel também valorizava a formação interativa que recebia no PMM. Para ele tanto no Brasil quanto em Cuba há a possibilidade de seguir a formação continuada que a profissão demanda, mas no Brasil havia facilidades associadas ao acesso à informação:

Porque aqui no Brasil um médico de família, assim como outras partes do mundo, vou citar o Canadá, a Inglaterra, vou citar também o meu país, dá uma possibilidade ao médico para abranger uma série de habilidades e conhecimentos que favorecem um enriquecimento profissional. No caso, por exemplo, tem o curso de saúde da família. Um curso de saúde da família muito bacana, muito interativo, tem uma plataforma online, você interage, são casos reais (Miguel, médico cubano do Programa Mais Médicos, 31 anos. Entrevista realizada em 10/10/2016).

Enquanto para os médicos brasileiros especializados em saúde de família a baixa qualidade é atribuída principalmente à formação hospitalocêntrica dos colegas brasileiros não especialistas, para o cubano a baixa qualidade da sua formação se dá por um volume maior de conhecimentos não tão importantes para a APS. Como todos se formam eventualmente em medicina geral integral como parte da formação básica, a diferenciação entre especialistas e não especialistas não ocorre neste país. Maria tinha uma perspectiva próxima de Olívia quanto a esse volume de conhecimentos:

Os médicos mais antigos eles tiveram uma formação mais próxima da minha, porque os que já se formaram há dez anos, há doze anos, há oito anos, eles têm mais ou menos essa questão de que era muito estudo, era muito esforço, que não tinha como pagar por outro para fazer plantão, que tinha que estudar até tarde, ficar noites sem dormir, então essas coisas todas foram muito próximas da minha realidade (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Essa diferença apontada por Olívia e Maria não é percebida da mesma forma pelos médicos brasileiros. Ambos os grupos percebem o outro como ligeiramente melhor preparado para o trabalho que realizam no cotidiano, mas sempre em relação a outros grupos, tentando conservar para si e o grupo que representam o lugar mais disputado. Negar que o outro seja melhor nega ao mesmo a legitimidade do pleito de superioridade do outro, que no caso dos cubanos, permite sua própria legitimação enquanto médicos, e no dos médicos especialistas a validação de sua expertise em APS. Ambos os grupos, de formas distintas, reconheciam a excelência da formação do outro, mas negavam sua superioridade, seja pelo conhecimento acumulado em uma formação tradicional que permite resolver problemas não tão comuns na Atenção Primária em Saúde, seja pelos conhecimentos acumulados em uma especialidade generalista voltada para o mesmo contexto.

Outro elemento articulado como diferença pelos médicos cubanos na legitimação da qualidade do seu trabalho e superioridade se referia à humanização do atendimento, da construção de uma relação mais próxima entre médico e paciente. Para Maria, a aproximação com o paciente é influência de suas origens sociais:

Eu acredito que com a população mais carente, eles percebem uma verdade maior no meu atendimento, e eles conseguem entender que eu os vejo realmente como seres humanos né, que eu trato eles com dignidade e respeito que naturalmente qualquer paciente merece, independente da sua condição econômica. Eu acho que me aproxima mais da população (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Em relação ao sentido nativo do termo humanização, me refiro a coisas comuns, do cotidiano, e não conhecimentos abstratos acumulados pela profissão. Um aperto de

mão, acompanhar o paciente até outro ambiente, conhece-los pelo nome, e assim por diante. Durante a pesquisa de campo, vi acontecer diversas vezes, e não era exclusividade dos médicos cubanos. Um exemplo desse atendimento humanizado foi descrito por José, quando perguntei quais características os pacientes atribuíam aos médicos cubanos:

Bom, o que eu escutei falar dos pacientes, é que, por exemplo, essa cadeira aí o lado é característico dos cubanos. Eu não vi muito colega brasileiro que atende desse jeito. O colega brasileiro atende do outro lado. Então é uma característica do médico, para estar mais perto do paciente, para escutar melhor, olhar melhor, entendeu? Às vezes é mais importante escutar um paciente do que dar um remédio, o paciente sai mais satisfeito, porque o médico escutou seu problema, mesmo que não seja uma doença em específico, se não que o paciente só precisa falar. Então você escuta e ele sai melhor. (José, médico cubano do Programa Mais Médicos, 44 anos. Entrevista realizada em 14/09/2016).

A interação médico paciente, nesse caso, se configura, para esses médicos de experiência distinta, como relação de cuidado já durante a descrição do problema para os pacientes. A questão da fala, da queixa do paciente, pode ser suficiente para o sucesso da consulta, na medida que permite aos médicos, em seu trabalho de triagem, selecionar e focar o atendimento em problemas mais sérios primeiro. Em regiões onde há ausência de profissionais, no entanto, esses problemas podem se acumular e dificultar essa interação, como aponta Olívia:

Eu imagino quando as pessoas têm tanta coisa acumulada, é difícil a consulta, porque não sabemos sobre o que falar, qual problema dar prioridade, e o médico brasileiro que está, como eu diria, pressionado pelo grande número de pessoas para atender, não dá conta, porque essa pessoa não sabe qual é o problema, se é a hipertensão, a dor no peito, se é a dor nas costas e não sabe qual problema vai falar (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Essa interação de conversa, de se aproximar dos pacientes e falar dos seus problemas, era visto por parte dos pacientes, pelo menos na experiência dos médicos, como um tratamento mais humanizado em relação ao que recebiam. Para Olívia, no entanto, seu atendimento mais humanizado surgiu como surpresa. Só teve esse elemento considerado sobre seu atendimento no Brasil, quando uma paciente fez a ligação entre o trabalho mais humanizado com sua nacionalidade cubana.

Eu fiquei impressionada, porque uma pessoa falou, quando voltei para a sala, uma senhora falou "você é cubana" para a minha atitude para com o velhinho. Eles sentem que é muito humano, eu sou muito mais humana. E também perceberam os estudantes de enfermagem, que ficaram aqui conosco observando o atendimento, do enfermeiro, do médico. E eles ficaram muito assombrados, porque eles falam que é um atendimento muito humanizado. Não sei porque, não dá para eu comparar como é um atendimento não humanizado porque não sei como é que é (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Esse contato sentido como mais humanizado na interação, no entanto, pode estar também relacionado, novamente, à identificação dos pacientes com os médicos, as suturações empreendidas na relação entre pontos de identificação em comum. A proximidade que Maria descreve pode ser interpretada pelos dois lados da interação. Enquanto ela atribui sua proximidade com os pacientes como resultado de sua postura mais ética e profissional, os pacientes se veem refletidos em Maria, por pertencerem a grupos sociais semelhantes. Em uma de minhas visitas, conversei com uma senhora que acumulava assinaturas para a permanência do médico cubano da unidade em que estávamos. Para ela o atendimento era melhor porque ela não se sentia inferior ao médico, era tratada com respeito, em uma relação mais horizontal. Para Maria:

O colégio médico brasileiro ele tem uma vaidade de se sentir muito acima do bem e do mal. Essa questão exatamente como a gente colocou, eu não preciso ter doutora no meu jaleco, primeiro que eu não sou, eu sou médica, e também pela questão que a gente quer ter essa aproximação com a população. Então médicos formados em Portugal, formados na Espanha, formados em outros países, falaram muito isso quando a gente se encontrou em Guarapari. Que o médico aqui no Brasil é como se fosse o superstar, ele ocupa um cargo intocável. Então para a gente isso é muito estranho, porque nós fizemos uma profissão, como seria engenharia, como seria psicologia, como seria letras, qualquer outra profissão. O fato da gente tratar com pessoas não faz a gente melhor profissionais. Nós temos que ser bons naquilo que fazemos, mas não somos melhores por causa do diploma. E é isso que eu acho que realmente faz bastante diferença. Medicina é uma profissão como

qualquer outra (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

Maria atribui novos sentidos para o profissionalismo quando argumenta que a medicina é uma profissão como outra qualquer. Enquanto a literatura indica que o profissionalismo ocupacional tem um caráter ideológico, seu argumento consistia em igualar a medicina a outras profissões que não detém os mesmos privilégios construídos ao longo do tempo, desconstruindo as visões idealizadas que os médicos tinham de si mesmos e possibilitando interações mais horizontais com seus pacientes. Ao mencionar a vaidade médica, Maria nega maior valor a quem acha que tem, não aceitando essa diferenciação, trazendo novas formas de classificar, de nomear, para contestar o preconceito que por vezes resulta da diferença, seja racial, de classe, de nacionalidade ou ideológica. Os médicos cubanos relataram ter conhecimento de casos onde colegas sofreram preconceito, mas não era uma realidade para as pessoas que entrevistei. Félix atribuía ao que chamava de “ciúme profissional” essa hostilidade que alguns colegas sofreram. Para ele ocupar a posição até então reservada para um brasileiro resultava em sentimento de estranheza para os médicos brasileiros, que então atribuía identidades negativas aos médicos estrangeiros:

Sim com certeza tem. Mas graças a deus eu consegui, não teve muita hostilidade. Lógico que tem o ciúme profissional. Mas não existe no Brasil, existe em todo o mundo. Entre nós existe, entre os médicos brasileiros existe. Imagina que chega um médico estrangeiro a ocupar um posto de trabalho que você possa ocupar. E que eu vou decidir o que vou fazer com meu paciente, que é um jeito diferente de trabalho, ou uma forma de pensar diferente, entende? Lógico que existe, mas comigo não existiu em nenhum momento. Olha, uma vez ou outra, vou falar. Uma doutora, ginecologista, falou para uma paciente grávida que eu estava errado na caderneta, que o médico cubano não sabia trabalhar. A paciente falou para ela: oh doutora quem não sabe trabalhar é você, meu médico está certo. Você está falando que eu tenho 22 semanas de gravidez e eu tenho 25. Quem está errada é você. A paciente fez o ultrassom e falou para ela: o médico cubano sabe mais que você e você é ginecologista. Entendeu? O mesmo paciente foi quem deu a resposta quando existia alguma coisa errada, quando não gostaram de alguma

coisa que eu fiz (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Essas disputas morais, onde um grupo manuseia sentidos dado pelo outro para mudar o significado que os inferioriza, que desvaloriza, intentam produzir, por sua vez, sua valorização. Esta forma de agência criativa, na qual a legitimidade está em disputa, são os processos de legitimação interacionistas. As identidades são negociadas nesses processos, em um campo em luta (WERNECK e OLIVEIRA. 2014). Não há, em alguma medida razoável, coesão de valores. Os médicos estão constantemente negando uma visão dominante dos outros grupos sobre eles, negando as identidades e características desvalorizadas que lhe são atribuídas, como a formação ruim, não saberem trabalhar, e assim em diante, para buscar legitimar outra, manuseada a partir da articulação de um discurso de igualdade entre os profissionais e na grande necessidade que percebiam no trabalho que desenvolviam.

4.5 – Impressões sobre o programa e a relação da medicina de família com a atenção hospitalar

Em geral, os profissionais cubanos compartilhavam com os médicos brasileiros impressões parecidas sobre o programa. Para eles, o PMM ajudava a melhorar os indicadores da saúde pública, trazendo benefícios concretos à população em curto prazo. Além disso, o PMM permitia o acesso de populações a médicos que até então não tinham acesso a nenhum profissional. Félix mesmo apontava, em sua experiência, diversos avanços:

O programa impactou, porque com o programa se consegue diminuir os indicadores da saúde. É um impacto. E o Programa Mais Médicos impactou aqui no Brasil porque conseguiu diminuir o indicador de mortalidade infantil, mortalidade geral, índice de insalubridade. Conseguiu muito. Em primeiro lugar, chegar a muita população que não tinha atendimento médico, e esse é um impacto muito grande do programa. Mas lógico, como tudo, tem que aperfeiçoar (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Quando perguntei, depois das interações com os médicos locais, quais possíveis impactos o programa teria para os médicos locais, o discurso do grupo buscava justificativas na ausência desses profissionais. Para eles, a necessidade do país por mais profissionais na atenção primária era suficiente defender o provimento emergencial que faziam parte, e não causava, para Miguel, por exemplo, nenhum efeito sobre o grupo médicos brasileiros:

É que tem muita necessidade, não tem que causar efeito nos médicos brasileiros. Por que que o Brasil precisa de um grande número de médicos de família? Porque não chega a todo lugar. E não acho que seja um problema para os médicos do Brasil. Não vejo problema (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Olívia, descrevendo sua experiência ao chegar no atendimento de uma UBS, comentou que a equipe em que havia sido alocada, mesmo em uma cidade com recursos para a contratação de médicos locais e fixação desses profissionais, com a estrutura necessária para a atenção básica, estava meses sem um profissional:

Quando eu cheguei na unidade que estamos aqui na cidade, que não estamos num lugar pobre, estamos num lugar economicamente desenvolvido, a equipe que eu cheguei tinha meses sem médico. E as pessoas tinham muita necessidade de falar o problema que tinham, tinha um mundo de problemas acumulados. Muitos problemas de saúde acumulados. Aí quando eu cheguei, já cheguei há um ano no atendimento, as pessoas que tinham seu problema acumulado, já tinham falado, eu já tinha entendido tudo isso. Então a consulta ficava mais fácil para mim (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Sobre as movimentações das associações médicas brasileiras críticas ao programa, Maria acreditava que o PMM não seria aceito por essas corporações. No entanto, para ela, com o passar dos anos, as críticas apontadas durante o período de implementação foram se mostrando infundadas, devido ao tipo de trabalho que seria realizado:

A minha impressão foi a mesma da população, que realmente seria de muito difícil aceitação, e haveria muitos empecilhos por parte das associações médicas, que elas têm um poder muito grande, e a palavra

delas tem um peso bem importante dentro do país, que não deveria ser tão assim, né? Mas eu entendo que com o passar dos anos o programa tem se mostrado eficiente, porque nenhum momento um profissional dos Mais Médicos vai operar, vai fazer procedimentos complexos. É atenção básica, e tem mostrado que os índices estão melhorando nas coisas mais elementares (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

O conflito apontado pelo grupo dos médicos de família contra as especialidades focais (como apresentado no capítulo 2) também é uma realidade na experiência dos médicos estrangeiros que estavam atuando no Brasil, inclusive em seus países. Para Olívia esse conflito também fez parte da sua experiência de implementação da atenção primária em Cuba:

Mas o médico de família sempre tem esse problema. Porque em Cuba quando não conheciam a atenção primária também faziam isso. Nós tivemos no início esse problema também. Eles não entendem, falam que são médicos com uma formação muito ruim, não tem conhecimento (Olívia, médica cubana do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 04/10/2016).

Maria, assim como Ana, acreditava existir uma relação de disputa mais marcada entre os grupos da atenção primária e os grupos da atenção hospitalar. Entre os dois grupos, o fortalecimento de um deles, seja por meio de políticas públicas de curto e longo prazo como o PMM, seja pelas disputas nos discursos de profissionalismo desses grupos, acarreta diretamente impactos e reações no outro, tendo efeitos diretos:

Se você cuida dele na base ele não precisa fazer amputação de pé, ele não tem que fazer de repente algum procedimento de catarata ou de pulmão, porque eu cuidei bem dele aqui. Então se o programa tem essa função de cuidar na base, o índice de cirurgia e outros procedimentos complexos na atenção terciária podem ser reduzidos (Maria, médica do Programa Mais Médicos, 32 anos. Entrevista realizada em 20/05/2016).

A relação entre a atenção básica em saúde e atenção hospitalar, especializada, é ruim. Aqui no Brasil é ruim. É muito difícil, você não consegue como levar o paciente da atenção básica até o final, porque tem muita burocracia no meio e muitas vezes o paciente fica esperando

um, dois, três anos, por uma especialidade, por uma vaga em um hospital, e o paciente fica na mesma atenção básica, mas piorando a saúde do paciente. Então é ruim, para mim é o pior que temos no sistema de saúde, o SUS, aqui no Brasil (Félix, médico cubano do Programa Mais Médicos, 50 anos. Entrevista realizada em 20/09/2016).

Além dessa disputa de narrativas entre os profissionais desses dois níveis de atenção, que também se manifesta na divisão dos recursos do Estado e na própria organização do SUS, os níveis de atenção precisam funcionar de forma eficiente para a efetivação do trabalho na atenção primária. Um paciente encaminhado para a atenção hospitalar precisa, para os médicos, ser atendido rapidamente na atenção hospitalar para evitar que novos problemas surjam no paciente, aumentando a carga de trabalho na atenção básica. Nesse sentido as perspectivas dos médicos se tornam polarizadas entre o fortalecimento de um grupo ou de outro, pelo menos dentro do contexto de uso otimizado de recursos escassos. Esse modelo mais focado na atenção básica, pelo menos em Cuba, permite um uso otimizado dos recursos e pouca necessidade de procedimentos de maior complexidade das especialidades focais, que demandam estrutura maior e mais recursos. Cuba, devido aos embargos políticos do vizinho do Norte, adaptou seu sistema de saúde para a realidade política em que estava situada, de recursos reduzidos. Em uma perspectiva histórica, a maior parte dos sistemas universais de saúde, talvez com exceção do modelo canadense, se configurou e foi implementado em momentos de agitação política e crise econômica, como nos países europeus de estado de bem-estar social e no Brasil pós abertura e constituição de 1988.

5 – Considerações Finais

Quando iniciei essa pesquisa, parti da polaridade entre os discursos do Ministério da Saúde de um lado e das associações médicas e do Conselho Federal de Medicina de outro, com a intenção de conhecer melhor o debate em torno do programa e caminhar para a empiria mais atento às possíveis nuances entre os discursos dos diversos grupos com os quais interagi, representados pelos sujeitos que deles se sentiam parte. Em primeiro lugar, a visão bipolar anterior se dividiu e apontou para diversas direções.

Retomando as perguntas de pesquisa que orientaram o trabalho de campo – como a chegada de profissionais médicos do Programa Mais Médicos tensionam os discursos de profissionalismo dos médicos de família? – Vimos que este grupo dos médicos de família se divide principalmente em dois subgrupos diferentes, com perspectivas distintas. O primeiro deles, formado por médicos de família especialistas ou em formação em medicina de família, sustenta um discurso baseado em dois valores fundamentais, sendo eles o contato continuado com uma comunidade de referência pelos quais são responsáveis, um dos principais fatores que atribuem à qualidade do cuidado que prestam à população. Outro valor gira em torno da integralidade na relação com o paciente, onde o atendimento leva em consideração fatores que vão além dos problemas de saúde, como a condição socioeconômica da população, por exemplo. Defendem que seu trabalho, quando conseguem realizar, gera impactos reais sobre os indicadores de saúde dessas comunidades. Possuem visões críticas dos discursos hegemônicos da medicina, fundado na formação hospitalocêntrica voltada às especialidades focais. Buscam com isso construir um sistema de saúde universal que dê conta da complexidade de situações que a relação médico/paciente apresenta. Para eles o PMM colocou a Atenção Primária à Saúde no centro da agenda do Ministério da Saúde, e isso possibilitou uma mudança de enfoque na formação de recursos humanos, expandindo o número de residências médicas disponíveis e alterando a grade curricular da medicina no país, dirigindo-a para um modelo mais centrado na Atenção Primária em Saúde.

O segundo subgrupo, formado pelos médicos que atuam na medicina de família sem serem especialistas, viam o programa de forma positiva, por alguns dos mesmos motivos citados pelo grupo anterior, mas se consideravam em desvantagem desde sua implementação. Com a oferta de médicos na etapa inicial de provimento emergencial de profissionais, as prefeituras rapidamente acessaram o programa, inclusive municípios mais ricos, como o dessa pesquisa, e com condições efetivas de oferecer melhor condições

de trabalho e fixar seus profissionais. Como resultado disso, relataram não haver reajustes salariais durante o período do PMM, e a possibilidade de buscar melhores condições de trabalho em administrações diferentes também não era possível no novo cenário. Viam a chegada dos médicos cubanos, por um lado, como possibilidade de aprendizado de formas diferentes de se relacionar com os pacientes, que atribuíam principalmente à formação cubana, cuja característica era associada ao contato visto com o mais humano, mais humanizado. Com a convivência dos médicos do programa, os discursos profissionais criticando a ineficácia do Mais Médicos foram relativizados no cotidiano com a interação dos médicos de família e os médicos cubanos. Passaram a perceber mais similaridades entre si do que diferenças. O grupo especialista em saúde da família utiliza sua expertise como dispositivo moral que lhe qualifica diante do despreço ao conhecimento dos médicos não especialistas brasileiros atribuindo a estes lugar subalterno à formação dos médicos cubanos. Vê-se como tais experts usam criativamente o reconhecimento ao saber cubano para refazer as hierarquias entre médicos especialistas em medicina de família e médicos de família brasileiros. As posições das representantes profissionais oficiais buscaram produzir a coesão dos médicos nacionais contra os estrangeiros, mas essa “igualdade” não ecoou. Ao contrário, reforçou a urgência da distinção dos especialistas brasileiros, que rejeitando serem classificados junto aos médicos de família do Brasil, implodem a legitimação buscada pelos discursos oficiais das entidades profissionais.

Os médicos cubanos, todos formados e especialistas em medicina de família, por outro lado, não reconhecem essa classificação. Para eles, não há diferenças entre os médicos cubanos e os médicos brasileiros em geral. Suas tentativas de negar a rotulação sobre a formação cubana não resultam da semelhança, mas da negação de legitimidade a várias visões dos médicos brasileiros sobre qualidade do serviço que prestavam. Combatiam a ideia de que em Cuba a preparação é mais próxima aos paramédicos do que aos médicos. A maior parte possuía experiência na atenção primária, ao contrário dos médicos brasileiros em geral, que ainda estavam iniciando suas carreiras. Para alguns médicos cubanos, formados em contexto social diverso, sua autonomia no Brasil era reduzida, devido a organização da medicina de família no país. Alguns aderiram as mudanças de protocolo entre os países e aceitaram a agenda da gestão da unidade de saúde, e outros continuaram a realizar o trabalho como estavam habituados a realizar em Cuba, valorizando a autonomia do médico e reduzindo o papel da agenda no cotidiano. Esse controle do trabalho pela gestão é mais difícil em ocupações altamente profissionalizadas, o que dá certa autonomia ao profissional, mas não deixa de existir.

Com isso, outro conflito maior surge dentro do grupo profissional, entre aqueles que se formam e trabalham para a prestação de serviço na Atenção Primária em Saúde, voltada principalmente para a prevenção, e aqueles cuja especialização e trabalho se baseia no paradigma biomédico de saúde de diagnóstico e cura predominante no Brasil até a organização da Atenção Primária, que data da Constituição de 1988. O grupo hegemônico, que detém os elementos de prestígio dentro da profissão médica, atuando principalmente em hospitais e centros de excelência nas regiões metropolitanas, passa a concorrer com um grupo heterodoxo cada vez maior que se organiza na atenção primária. Com isso, um dos conflitos identificados não previstos durante a pesquisa foi justamente esse entre os profissionais da APS e os profissionais do sistema secundário e terciário, composto em sua maior parte por médicos de outras especialidades, chamados pelos médicos com os quais tive contato de especialistas focais.

A identidade profissional mantém a centralidade em diversas situações nas quais a interação é clivada por diferenças em outras identidades sociais, pelo menos nas interações face a face. Essas diferenças, por sua vez, influenciam os discursos de profissionalismo invocados pelos sujeitos e sua visão de mundo sobre o PMM. Argumentei inicialmente que a identidade profissional é a que toma a centralidade na narrativa dos sujeitos, conciliando identidades aparentemente contraditórias sob a mesma identidade profissional. Essa hipótese se aplicaria aos casos onde o processo de socialização profissional foi mais bem-sucedido, na medida em que promove um processo de desenraizamento em relação às outras identidades. Em outros casos, onde a socialização profissional foi interseccionada, a “amarração” pode ser mais fluída ou não ocorrer. Os dados apontam nessa direção. A identidade profissional, do médico, assume a centralidade diversas vezes quando surgem conflitos, que passam a ser naturalizados pelos sujeitos como “normais”, “que sempre foi assim”. Em casos onde a diferença é vivenciada durante a formação a identidade profissional também mantém a centralidade, mas passa a ser vista de forma crítica pelos sujeitos a partir de suas outras perspectivas, desmitificando atributos dessa identidade profissional tidos como naturais.

A identificação com a medicina de família por parte dos médicos se dá, quase de forma consensual, pelo tipo de serviço prestado, mais autônomo e integral, e ao contato com uma comunidade de referência, o que permite aos médicos visualizarem de forma objetiva o resultado do trabalho que desempenham. Por outro lado, a identificação dos pacientes com os médicos é caracterizada pelas origens sociais e posição na estrutura social. Fatores como o pertencimento anterior a mesma classe social, a mesma raça, ao

mesmo gênero, influencia muito mais a aproximação que o cuidado visto como mais “humanizado” dos médicos cubanos, que só perceberam diferenças quanto a isso após sua chegada. O perfil social do médico recém-formado é, muitas vezes, contrastante com o perfil das populações atendidas por esses médicos.

A pesquisa buscou compreender os impactos gerados pelo programa decorrentes da introdução da diferença na interação entre os médicos, e por isso focou nos contextos onde houve essas interações. O PMM, no entanto, seguiu se modificando ao longo dos anos em que construí esse trabalho, e vem promovendo a substituição dos médicos cubanos por médicos brasileiros em seus novos editais, em parte pelo interesse dos profissionais pelo novo regime de contratação oferecido pela Federação, e em parte como resultado das intervenções do Estado na formação de recursos humanos voltadas para a Atenção Primária.

Por fim, para além do Ministério da Saúde e entidades médicas, o Programa Mais Médicos reposicionou os atores e permitiu interações que colocaram os sujeitos em um processo de reconstrução discursiva. Ao colocar o PMM como tema das entrevistas, evitei o viés de invocar constantemente, na forma de pergunta, a identidade profissional, e pude observar diversos conflitos entre os grupos, apresentando uma visão multipolar em torno do programa e as lutas dos grupos pela hegemonia discursiva. O profissionalismo, de certa forma híbrido pela relação dos médicos com as administrações da unidade e do município, no caso dos médicos possui um forte ideário ocupacional, emanando de dentro para fora do grupo. Cabe à gestão, muitas vezes, racionalizar o trabalho apenas na burocratização do mesmo, e não promover identidades entre seus subordinados como qualificado no conceito de profissionalismo organizacional. Em um contexto de pouca oferta de profissionais, a fixação é mais importante para o gestor. O profissionalismo então é utilizado frequentemente como elemento aglutinador entre os grupos, conciliando as diferenças.

Referências bibliográficas

BECKER, Howard. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2008.

_____. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BONELLI, Maria da Glória. *Profissionalismo, Gênero e Diferença nas Carreiras Jurídicas*. São Carlos, Edufscar, 2013.

_____. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2531-2532, nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100024&lng=en&nrm=iso

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos pagu* (26), janeiro-junho de 2006: p.329-376.

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

BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso.

CARRER, Andreia *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, Sept. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso.

COMES, Yamila *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902749&lng=en&nrm=iso.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174 p.

DUBAR, Claude. *A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Trad. Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EVETTS, Julia. Introduction: *Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes*. *Current Sociology*, 54, 2006.

_____. *Professionalism in Turbulent Times: Changes, Challenges and Opportunities*. Propel International Conference. Stirling 9-11 May 2012.

FOUCAULT, Paul-Michel. *A ordem do discurso*. [L'ordre du discours]. Laura Fraga de Almeida Sampaio (Trad.). 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Paul-Michel. *Microfísica do poder*. Roberto Machado (Org.). 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FREIDSON, Eliot. (1996), "Para uma Análise Comparada das Profissões: A Institucionalização do Discurso e do Conhecimento Formais". In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 11, nº 31, pp. 141-155.

FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. [Profession of medicine]. André de Faria Pereira Neto (Trad.); Kvieta Brezinova de Moraes (Trad.). Porto Alegre, RS: UNESP, 2009.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política*. [Professionalism reborn theory, prophecy and policy]. Celso Mauro Paciornik (Trad.). São Paulo: USP, 1998.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en&nrm=iso.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. [The question of cultural identity]. Tomaz Tadeu da Silva (Trad.); Guacira Lopes Louro (Trad.). 10 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HALL, Stuart. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Liv Sovik (Org.). Adelaine La Guardia Resende (Trad.) et al. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HALL, Stuart. The work of representation. In: HALL, Stuart (org.) *Representation. Cultural representation and cultural signifying practices*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University, 1997.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 14. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

HUGHES, Everett C. BECKER, Howard S. GEER, Blanche. STRAUSS, Anselm L. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. 10ª edição. Transaction Publishers, New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.). 2007

HUGHES, Everett C. *The sociological eye*. New Brunswick (EUA), Transaction Books. 1978.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONCA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, Aug. 2007: Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=en&nrm=iso.

LIMA, Jacob Carlos; COCKELL, Fernanda Flávia. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 481-502, 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300005&lng=en&nrm=iso.

MACIEL FILHO, Romulo; BRANCO, Maria Alice Fernandes. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

MENDONCA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, Aug. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500011&lng=en&nrm=iso.

MORALES, Nidia E. Márquez. Modelo El Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba. In: *Cuaderno de Historia de la Salud Pública*. Centenario del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1909-2009) Ano 2010, n. 108. Cuba.

MOTA, Reinaldo Gaspar da; BARROS, Nelson Filice. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2879-2888, set. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902879&lng=pt&nrm=iso.

NUNES, Jordão Horta. Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. In: *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 35, p. 238-273, Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222014000100009&lng=en&nrm=iso.

PARSONS, Talcott. Las profesiones y la estructura social in: Parsons, Talcott. *Ensayos de Teoría Sociológica*. B. Aires, Paidós, 1967.

SCHEFFER, Mário. *Demografia Médica no Brasil*, v. 2. Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: EdUSP, 1999.

WERNECK, Alexandre e OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. *Pensando bem: Estudos de sociologia e antropologia da moral*. Rio de Janeiro, Casa da Palavra/ Faperj. 2014.

Apêndices

Apêndice I - Roteiro guia de entrevista

Profissionalismo no contexto do Programa Mais Médicos - Roteiro de Entrevistas para os médicos Brasileiros

Bloco 1: perfil e trajetória profissional

- 1) Para começar gostaria que você me falasse rapidamente sobre você: sua **idade, estado civil, ocupação do cônjuge, filhos** (idade, ocupação).
- 2) **Família**: de onde é, ocupação dos pais.
- 3) **Formação**: onde cursou medicina, quando ingressou na faculdade, quando se formou, o motivo da escolha da profissão.
- 4) Gostaria que me contasse um pouco sobre **quando começou a trabalhar na profissão**. Que caminho percorreu até chegar na posição que ocupa atualmente.
- 5) **Como é seu dia a dia**, sua rotina de trabalho.
- 6) Pensando em sua **trajetória profissional**: O quão satisfeito você está com sua carreira hoje? Por quê?
- 7) Quais as principais **dificuldades** você teve que enfrentar no percurso até aqui?
- 8) Quais as principais **conquistas** que teve na carreira? E as frustrações?
- 9) Qual a perspectiva que vê para sua carreira de hoje em diante? O que **planeja realizar** nos próximos anos? Em resumo, o que você espera e o quer para sua carreira?

Bloco 2: Programa Mais Médicos

- 10) Qual foi sua **primeira impressão a respeito do Programa Mais-Médicos** quando este estava sendo discutido/implementado?
- 11) Você acompanhou o posicionamento do **Conselho Federal de Medicina, dos movimentos médicos e do Ministério da Saúde** nesse período inicial de implementação do programa? Com qual posição sua opinião inicial se aproximava mais?
- 12) Sua percepção sobre o programa **mudou nos últimos anos**? Diria que mudou positivamente ou negativamente? Quais fatores influenciaram mais a mudança? Confirmou expectativas prévias?
- 13) Em sua opinião, **quais seriam os possíveis efeitos do programa** para a profissão médica? Como vê a interação com profissionais de outras nacionalidades?
- 14) Qual **futuro enxerga para o Programa** a curto e longo prazo?

Bloco 3: Formação profissional e identidades profissionais

- 15) Qual sua **titulação atual**? É especialista em alguma área da medicina?

16) Qual foi o **foco de sua formação profissional**? Qual área se interessou mais quando era estudante e como isso influenciou suas escolhas na carreira? Diria que recebeu uma formação mais voltada para o atendimento especializado ou para um atendimento mais generalista?

17) O que acha da **qualidade da formação profissional** que recebeu em si? Diria que esta o(a) preparou para todas as situações que enfrenta no cotidiano de seu trabalho?

18) Percebe **semelhanças ou diferenças** entre a formação que recebeu e a formação dos médicos que interagiu depois do programa? (pedir exemplos de onde essas diferenças/semelhanças podem ser observadas)

19) O que **sente mais falta em sua formação profissional** para realizar seu trabalho atualmente? Quais mudanças poderiam ser realizadas na grade disciplinar do curso de medicina para preparar o médico para o trabalho cotidiano?

Bloco 4 Relações entre médicos brasileiros e cubanos

20) **Teve contato com médicos brasileiros/estrangeiros** depois da implantação do programa no ambiente de trabalho e/ou acadêmico que participa? Ou com o trabalho desenvolvido por eles?

21) Como é a rotina de trabalho na Unidade de Saúde, a **convivência com os colegas** aqui? Como funciona? Seus colegas de trabalho pensam de forma semelhante a você sobre o programa?

22) **Novos conflitos entre colegas** surgiram depois da implementação do programa no ambiente de trabalho? Se sim, como, quando e porque eles ocorrem? (Pedir exemplos de situações conflituosas e como elas foram solucionadas)

23) Em sua perspectiva, existem diferenças na relação profissional/paciente entre aos médicos brasileiros e estrangeiros?

24) Há **diferença em trabalhar com médicos brasileiros/estrangeiros**? Como isso é abordado nos ambientes de trabalho? E nos ambientes de informais de sociabilidade? (Se sim, pedir para exemplificar com casos de trabalho específicos). Diria que seus colegas pensam de forma semelhante?

25) Há, em sua opinião, alguma **diferença entre o trabalho realizado pelos médicos brasileiros e os médicos estrangeiros** que chegaram depois do Programa? Quais diferenças e similaridades você percebe entre esses dois grupos?

26) Em sua opinião, ser (estrangeiro, mulher, negro) **afeta sua experiência como médico** na unidade de saúde? Pode dar algum exemplo de quando e como essas outras identidades criam essas situações?

26) Em sua opinião, os **médicos estrangeiros** (ou mulheres, negros) tem uma **experiência diferente dos médicos brasileiros** (ou homens, brancos)? Pode dar algum exemplo de quando e como essas outras identidades criam essas situações?

27) Quais **implicações esse contato trouxe para sua vida cotidiana**? Qual o impacto na vida pessoal e no espaço privado de suas relações? E na prática profissional?

28) Você gostaria de **acrescentar** algum aspecto ou fazer outros comentários sobre o tema de nossa pesquisa?

Apêndice II

Carta de apresentação

Caro senhor(a) *nome*.

Sou aluno do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar (www.ppgs.ufscar.br) e realizo um projeto de pesquisa na área de sociologia das profissões que envolve, especificamente, o Programa Mais Médicos.

Para o andamento da pesquisa, pretendo realizar a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Bernardo do Campo que receberam profissionais do Programa. A intenção é entrevistar profissionais médicos sobre suas percepções sobre a política pública, seu perfil profissional, formação e interação com outros médicos. Em minha pesquisa tanto a unidade quanto o nome dos profissionais serão mantidos anônimos preservando a identidade dos profissionais participantes.

Agradeço antecipadamente a compreensão.

Cordialmente,

Wellington Luiz Siqueira
Mestrando em Sociologia
PPGS-UFSCar