



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

revista.interface@gmail.com

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Gustavo de Liz, Rafael; Gabrielli Souza Lima, Rita de Cássia
Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa
Mais Médicos: um estudo de caso
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1281-1290
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153322017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos:

um estudo de caso

Rafael Gustavo de Liz^(a)
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima^(b)

Liz RG, Lima RCGS. Users' perceptions on social impact of the cooperation project of the Mais Médicos Program: a case study. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1281-90.

The study presented in this paper identifies probable changes generated in the care process of a primary healthcare service in a municipality of Santa Catarina, Brazil, part of the Collaboration Project of the More Doctors Program. This was a qualitative study conducted in 2015 that employed semi-structured interviews and a field diary as data collection instruments. Data analysis was performed through the ethical-political method, revealing: a) consistent creation of caring relationships, mediated by a humanistic mode of thinking and practicing medicine and internalization among members of the community of the belief that they were being cared for by an equal who was also a human being; and b) insecurity regarding the project's end, based on misinformation. This study concluded that a solidary disposition is essential to the creation of caring relationships, and that the federal government needs to implement ethical-political guidelines to ensure quality information about the project.

Keywords: Medical Care. Primary Care. Right to health.

O estudo apresentado neste artigo objetiva identificar eventuais mudanças geradas no processo de cuidado de usuários da Atenção Básica, residentes em um município catarinense, contemplado com o Projeto de Cooperação do Programa Mais Médicos. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 2015, que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e o diário de campo. A análise foi conduzida pelo método ético-político que revelou: a) uma produção consistente de vínculo, autorizada por um modo humanístico de pensar e fazer Medicina e pela internalização de ser cuidado por um igual, na condição de humanos; e b) insegurança sobre o término do projeto, edificada na desinformação. Conclui-se que o vínculo não prescinde de disposição solidária e que há necessidade de o Governo Federal efetivar um balizamento ético-político para garantir informação de qualidade sobre o projeto.

Palavras-chave: Atenção médica. Atenção Básica. Direito à saúde.

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Regional de Blumenau. Rua Antônio da Veiga, 140, Campus 1, Sala J-105. Itoupava. Blumenau, SC, Brasil. 89.012-900. rafael_deliz@yahoo.com.br

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. rita.lima@univali.br

Introdução

A desigualdade distributiva de médicos na Atenção Básica brasileira é um produto histórico do modelo de desenvolvimento da Nova República. Resultante, especialmente, da histórica hegemonia¹ corporativista médica, da perspectiva produtivista da formação², herdada de tempos de exceção, e das ciências biomédicas³, esta iniquidade configura-se em uma questão social⁴.

Desde a conquista da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006⁵, faz-se manifesta a luta para garantir atenção médica na Atenção Básica de territórios brasileiros desassistidos. A distribuição iníqua da garantia dessa atenção, expressa pela realidade histórica no mapa da vida brasileira, expõe, no contemporâneo, a necessidade de defender o direito à saúde. No entanto, mais do que defender a conquista do direito à saúde, é preciso assumir novas lutas, em prol da real efetivação deste direito. O fato é que, no Brasil, o processo individual de escolha locacional raramente coincide com a distribuição socialmente justa, pois os médicos tendem a se concentrar em Brasis sedutores⁶.

O provimento emergencial de médicos na Atenção Básica, oportunizado pela Medida Provisória nº 621, em julho de 2013, bem como a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em julho do mesmo ano⁷, pode ser compreendido como um reconhecimento da necessidade de novas iniciativas, com vistas à expansão do direito à saúde. Acolhendo, especialmente, as vozes da juventude de baixa classe média nas manifestações de 2013⁸ e as vozes de vários prefeitos, em Brasília, também em 2013, perguntando “Cadê o médico?”⁹, o Congresso Nacional aprovou e a Presidência da República sancionou a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, instituindo o PMM⁷.

A Lei do Programa Mais Médicos, em seu capítulo IV, instituiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Esse Projeto integra: a) médicos formados no Brasil ou com diploma validado no país, b) médicos brasileiros formados no exterior com habilitação para o exercício da Medicina no exterior e c) médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da Medicina no exterior⁷. Em seu artigo 23º, a Lei dispõe a possibilidade de o Brasil fazer acordos de cooperação com organismos internacionais para concretizar as ações previstas. De acordo com a página eletrônica do PMM, consultada em maio de 2016, entre os 295 municípios catarinenses, 217 haviam recebido médicos pelo programa¹⁰.

Este manuscrito objetiva analisar, na perspectiva ético-política, a percepção de usuários sobre o impacto social do PMMB, em um município de 2.900 habitantes da macrorregião do Vale do Itajaí (SC) que se encontrava sem médicos na Atenção Básica havia mais de um ano^(c), antes da chegada do projeto. Assume-se impacto social como “modificações introduzidas por uma intervenção no contexto da vida real”¹¹.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso único¹², de caráter exploratório e compreensivo, realizada em um município jovem da macrorregião do Vale do Itajaí (SC).

Em seu delineamento, a interação entre fatores e eventos foi considerada o núcleo central¹³. Foram respeitadas as três fases que caracterizam um estudo de caso: a) a escolha do referencial teórico¹⁴, a seleção do caso e o desenho da coleta; b) a condução do estudo, com a coleta, e a exploração do material transcrito; e c) a análise à luz da teoria selecionada, com a interpretação dos dados¹².

^(c) Essa informação foi coletada em registros internos da área de recursos humanos do município. Após autorização concedida pela administração pública, obteve-se acesso às pastas de contratação e desligamento de médicos, efetuados desde a emancipação do município, em 1997.

Apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (SC), a pesquisa foi executada em conformidade com as determinações da Resolução MS/CNS, nº 466/2012. Trata-se de um desdobramento de pesquisa estadual em andamento, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapesc), Edital 2014/1, cujo objetivo geral é analisar o impacto social do PMM em Santa Catarina, na perspectiva ético-política. O anonimato dos participantes foi garantido pelo uso de codinomes representantes de autores da literatura brasileira.

Eleita por conveniência, a amostra foi composta por 12 participantes, de diversas profissões, tais como agricultor, comerciante, profissional liberal ou aposentado, com graus diversos de escolaridade (fundamental, médio e superior) e faixa etária variando de 23 a 82 anos. Todos residem no município há mais de 10 anos, sendo que sete são mulheres e cinco são homens. Do conjunto, oito nasceram e cresceram na localidade, uma é gestante com pré-natal assistido na unidade, três têm netos e todos tiveram filhos.

Os 12 usuários foram indicados por trabalhadores da Atenção Básica do município a partir dos seguintes critérios: a) ser adulto, competente cognitivamente, e b) ser usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após as indicações, foi realizado contato telefônico e, em visitas domiciliares, os convites foram oficializados com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os usuários foram informados sobre o tipo de pesquisa, em linguagem adequada e cuidadosa, e municiados das questões éticas implicadas e procedimentais do estudo.

A coleta foi realizada entre novembro e dezembro de 2015. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, cuja escolha se deu em função de esse tipo de instrumento conferir flexibilidade para a inserção de novas questões investigativas que se façam necessárias no momento da coleta¹⁵. As entrevistas foram individuais e realizadas em locais privativos, com duração de aproximadamente uma hora. Os dados foram registrados em áudio e, posteriormente, transcritos com rigor ético.

O roteiro das entrevistas foi norteado pelo eixo “o que mudou na sua vida” com a chegada do médico pelo programa, desdobrado em três temas: 1) percepção dos usuários sobre a atenção médica; 2) prováveis relações que se estabeleceram entre o médico e a comunidade; e 3) prováveis transformações nas práticas de Atenção Básica. Notas de campo, elaboradas ao longo do processo de pesquisa, ampliaram o horizonte do pensamento, gerando um “processo de fluxo livre e criativo” no tratamento e análise dos dados¹⁶.

Tendo como referência Minayo¹⁷, Assis¹⁸ e Gramsci¹⁹, a análise de conteúdo foi sistematizada em quatro etapas:

1. Ordenação dos dados – transcrições fidedignas, seguidas de organização do material por meio do uso de codinomes; leituras livres e exaustivas.
2. Classificação dos dados – estabelecida a partir da relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos, quando se identificou em núcleos de sentido as ideias centrais, classificando-as em: Grupo I – Vínculo e grupo; e II – Insegurança com o término do PMM.
3. Categorização – gerada no encontro entre as vertentes epistemológica, instrumental e reflexiva das ideias centrais (Grupo I e Grupo II): “De ‘Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico!’ ao receio do fim do projeto”.
4. Método de análise – a análise foi conduzida pelo método ético-político que toma por base a dimensão reflexivo-crítica para compreender o modo como a garantia de atenção médica na Atenção Básica, proporcionada pela chegada de um médico pelo PMMB, afetou os cuidados básicos de usuários. Esse método, nomeado “o modo de”, é uma adaptação do método humanístico de análise do real, cunhado por Antonio Gramsci como método do “posto que”, cuja análise está ancorada na dimensão histórica da realidade e na interperação de suas tendências contraditórias¹⁹.

Resultados e discussão

A categoria de análise “De ‘Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico!’ ao receio do fim do projeto” representa o trânsito entre os elementos constitutivos do vínculo,

dispositivo gerado na integração de relações sociais, e a insegurança exposta pelo atributo emergencial do provimento:

Ele é tão simples, faz parte do município, nem parece que é médico! (Casimiro de Abreu)

Esse programa ajudou muito a nossa cidade. Dizem por aí que ele vai terminar. Eu fico com medo. (Martha Medeiros)

Participantes expressaram que a produção de vínculo reclama uma relação pedagógica, orientada por valores humanísticos¹⁹. Em tempos de preservação de “inversão entre meios e fins”, em que o sonho de uma vida digna continua ocupando o lugar de meio para a sobrevivência; em que o dinheiro não é um meio para prover o gozo da vida digna, mas um fim em si; em que as relações sociais mantêm-se escravizadas por um sistema anônimo²⁰ (econômico, principalmente), essa categoria declara a exigência de a produção de vínculo ser conduzida não por uma racionalidade médica formal, burocrática²¹, mas por uma racionalidade orientada por valores²², uma racionalidade ética²⁰, em que o uso de valores coletivos oportuniza a produção do cuidado embasada no vínculo. No escopo deste trabalho, a realização dos valores “ser simples” e “médico” pelo médico cubano gerou o vínculo social necessário para uma boa convivência entre cuidador, pessoas cuidadas e comunidade.

Questionados como vêm se dando as relações com o médico advindo pelo PMM, usuários expressaram:

Aqui somos humildes [...] a maioria vive da lavoura, roça, da plantação do fumo [...] esse médico se dá bem com o povo por saber como as pessoas são. (Martha Medeiros)

[...] esse médico é humilde [...] Mesmo não sendo brasileiro, já conhece [...] a realidade aqui da população. (Cecília Meireles)

De acordo com os relatos, a disposição do médico para “saber como as pessoas são” gera vínculo com a comunidade local, na medida em que a comunidade internaliza que será cuidada por outro igual. Além disso, esse outro igual, ao refletir a humildade que caracteriza a comunidade, encontra-se com esta na dimensão humana, o que acaba gerando uma ampliação do campo de possibilidades para o cuidado de qualidade. Ao se mostrar humilde e saber como são as pessoas humildes, o médico alarga seu horizonte científico em direção à apropriação da determinação social do processo saúde-doença e, com efeito, passa da condição de profissional de uma categoria (médica) para a condição de “produtor” de saúde¹⁹.

Nessa realidade, o modo como se vive e o modo como se dão as relações produtivas da comunidade parecem compor o eixo central do processo de trabalho. Cabe assinalar que o despertar dos usuários, em tais relatos, para o reconhecimento de saúde e doença como socialmente determinados expressa o quão atual está a necessidade de recuperação do Movimento de Medicina Social, do século XIX²³, para a efetivação de um processo de trabalho de qualidade entre médico e usuário: de qualidade porque pautado no vínculo.

Em 1845, Engels demonstrou que o modo como a classe trabalhadora de várias cidades da Inglaterra era tratada pelas relações de produção capitalista imputava-lhe a incerteza da existência²⁴. Inaugurando o modelo teórico da determinação social, esse estudo mostrou o vazio de vínculo entre a massa trabalhadora e as relações produtivas como determinantes de doenças do trabalho e de inexistência física e moral. Em certa medida, Engels reforçou o que Bernardino Ramazzini havia antecipado em 1700: é a situação social de uma comunidade, gerada pelas condições de vida, possibilitadas a essa comunidade pelo modo de organização social, que determina o caminho para a compreensão de saúde e doença individual e coletiva²⁵.

Em entrevista realizada com o médico, lotado no município em questão, observou-se que se trata de um médico sem inscrição no Conselho Federal de Medicina (CFM)/Brasil, de nacionalidade cubana: um cooperado. Esse médico foi contratado pelo Acordo de Cooperação, mediado pela Organização

Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e firmado entre Brasil e Cuba em 2013²⁶. Trata-se, portanto, de um médico advindo pelo Projeto de Cooperação do Programa Mais Médicos.

Ainda sobre a conduta médica ser dirigida pelo “saber como as pessoas são”, cabe refletir o lugar da humildade e da solidariedade no processo de socialização brasileiro e no cubano. No âmbito da formação médica, a cultura político-pedagógica cubana é social, embasada no humanismo e na solidariedade²⁷. Se a compreensão de solidariedade é a de um valor social gerado no encontro de pessoas que se reconhecem iguais em seus direitos de cidadania²⁸, é provável que a base da vida cubana historicamente tenha sido edificada sobre relações solidárias, já que o país carrega a dimensão socialista em seu processo histórico: “[...] Mesmo ele não sendo brasileiro, já conhece a cidade [...] frequenta os mesmos lugares que nós frequentamos, sempre está nas festas das comunidades” (Cecília Meireles).

Oportuno recuperar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, sobre princípios socialistas. Vários limites de sua insustentabilidade, no contemporâneo, estão atrelados à incapacidade de o modo de produção capitalista a) materializar a saúde como direito de todos, b) concretizar a integralidade na garantia do direito à saúde de todos e c) romper com a histórica desigualdade distributiva de saúde como direito de todos.

Essa conquista social e a sua garantia vêm se dando em processo. Desde a década de 1960, de exceção ditatorial, a luta está em curso; efetiva-se o Movimento de Reforma Sanitária e as organizações populares conquistam espaços. Em 2013, por exemplo, as manifestações de junho e a corrida de prefeitos à Brasília, com o *slogan* “Cadê o médico na Atenção Básica?”⁶, acabaram gerando uma resposta social importante por parte do Estado: o provimento emergencial do PMM.

Um eixo importante que essa luta processual tem reafirmado é a compreensão da necessidade de vontade coletiva, por parte do Estado (sociedade política e sociedade civil)²⁹, para efetivar a garantia do direito à saúde e constituir sujeitos³⁰ autônomos²⁸ suficientemente capazes de deliberar a própria vida e de exercer o controle social do SUS.

Nesse sentido, em uma sociedade individualizada como a brasileira, em cujo bojo o conceito de risco detém a supremacia sobre o de produção concreta de saúde, as relações sociais saudáveis, relatadas entre o médico cubano e os usuários, parecem operar uma ação política enquanto consciência da necessidade histórica de garantir a saúde do território a partir da produção de cidadãos “frente à realidade e à vida”³¹. Essa realidade acaba destacando o solo epistemológico para a produção democrática de vínculo: o encontro entre pessoas que se reconheçam iguais em cidadania. Uma epistemologia democrática, permeável, baseada no valor democrático da produção de saúde.

Imbuído desse papel, o médico se mostra não como um instrumento de um Acordo de Cooperação, e que vai ao município em busca de interesses profissionais e possibilidade de renda, para atender doentes, solicitar exames e prescrever medicamentos. A postura é de um promotor de saúde, que pertence à comunidade e que demonstra disposição para alimentar um vazio dos tempos atuais: a interação. É nesse cenário de interação social, de estreitamento relacional, que as condições de possibilidade para o vínculo são deflagradas: “Ele faz parte do município [...]” (Aluísio Azevedo); “[...] se dá bem com o povo.” (Casimiro de Abreu).

Importante reafirmar que esse município esteve mais de um ano sem médico na Atenção Básica, antes do provimento emergencial do PMM. Nesse contexto, o fato de a atenção médica e a população local não estarem hegemônicas no modelo biomédico favorece as condições de possibilidades para a produção de vínculo. Este, ao se fazer presente, abre caminhos para uma “ética de reconhecimento”³⁰.
²⁸ no espaço público da Atenção Básica: os usuários se reconhecem e reconhecem o médico como cidadãos (de direito, ainda que plurais), que são partes de uma totalidade universal, cujo mote é saúde como valor democrático de direito.

Nessa tipificação de vínculo, em que o povo local constrói o modelo teórico para a atenção médica, a determinação social, ou seja, o cuidado, será produto de ações sociais concretas, geradas por atores sociais igualmente concretos e em processos históricos específicos. Neste “caldo de cultura dos processos implicados na produção de saúde”^{32, 17}, o modo de vida da comunidade local ganha continência médica e a medicalização acaba atuando em sua face biopolítica positiva: promovendo uma cultura de atenção médica compartilhada.

Outra questão apontada em depoimentos diz respeito à segurança gerada pela integração do vínculo. Se o médico toma parte e faz parte do contexto local, se vê parte do meio social, da vida das pessoas que ele cuida e das relações cotidianas, ele confere segurança à população. Em outra abordagem, os encontros nos corredores da vida estreitam as relações de afeto, pessoais, familiares e de trabalho e geram uma sociabilidade de tolerância ao risco. Esse produto, somado à garantia de saúde como valor democrático, pode permitir que o morador local se sinta plenamente saudável, embora seja, por exemplo, hipertenso e diabético.

Pesquisa realizada na província de Roma, Itália, em 2007, com o objetivo de buscar as relações entre saúde e sociedade no contexto da Medicina de Família italiana, identificou que a produção de vínculo entre médico de família e usuário encontra condições efetivas de possibilidades em municípios pequenos, em que a vida “apressa-se de modo lento”. Ao contrário dos resultados gerados na cidade metropolitana e industrial, o povoado estudado demonstrou que a produção de cuidado se dá sobre uma ideia peculiar de temporalidade que legitima relações solidárias horizontais³³, nas quais o usuário é respeitado em sua autonomia de decidir o cuidado de si⁶. Essa pesquisa corrobora os dados desse estudo, conforme depoimento a seguir:

O nosso município é pequeno, as pessoas se conhecem mais, se visitam, trabalham juntas. Se você atender bem as pessoas, elas vão sair elogiando. E foi isso que aconteceu com esse médico. (José de Alencar)

É possível inferir que, ainda que o médico detenha uma autoridade performativa, produza enunciados performativos potencialmente fortes para persuadir um determinado usuário em prol de resolutividade instrumental de seu processo saúde-doença, no contexto das relações deste estudo, o modo de ser do médico propicia a insurgência de pessoas confiantes em seu capital cultural³⁴.

A análise dessa categoria reforça que toda e qualquer abordagem de saúde, instituída em um determinado tempo histórico, deriva do estilo de pensamento que circula nas relações históricas, sociais e culturais, em um dado contexto. Nessa lógica, o modo humanístico de atuação do médico e a sua disposição para o vínculo são frutos de seu estilo de pensamento, construído em um determinado momento histórico da sua vida. Esse momento histórico corresponde exatamente àquele que, um dia, condicionou e configurou o horizonte que pôde ser pensado pelo médico: exercer uma Medicina humanística e solidária. Tais especificidades, ao balizar a relação entre médico e usuários, acabaram consistindo em um instrumento de legitimação do modo como a comunidade local compreende saúde: horizontal e democrático³⁵.

Desse modo, o vínculo demonstrado pela comunidade na relação com o médico cooperado acabou fertilizando a hegemonia da determinação social. Isto é, o modo de o médico e comunidade compreenderem saúde, na prática, constituiu-se em uma linha de base para a garantia do cuidado: a supremacia da determinação social como estilo dominante³⁶ de atenção médica. Nesse trilha consistente de cuidado, os prováveis limites impostos pela estrutura física e tecnológica da atenção básica, bem como pelo contexto macro, em que os recursos municipais sofrem os efeitos da crise ética, política e econômica pela qual passa o Brasil, fluidificam-se no horizonte humano de um povoado com tempo para a vida.

No cotidiano das relações do espaço social estudado, o vínculo não é um discurso, mas uma construção social edificada no encontro sem subjugados³⁶; no encontro ético-político. A partir desse modo de encontrar-se, é possível perceber a fala “trabalhar no postinho” não como um valor denotativo de pequenez, mas como uma delicada expressão de grandeza, na medida em que o médico “[...] é simples” (Martha Medeiros).

No entanto, relatos expressaram:

Dizem por aí que [o Projeto] vai terminar. Eu fico com medo [...]. Na minha idade, não dá pra ficar saindo de madrugada para ir para outra cidade ter consulta. [...] Antes de ter esse médico tinha que sair três horas da manhã de casa para ser consultada em outro lugar. (Martha Medeiros)

Essa relação dialética sinaliza uma questão histórica e social, sinteticamente descrita nesse relato: a interferência do conceito de risco da vida probabilística na produção concreta de saúde, socialmente determinada pelas condições de possibilidade do tempo presente. As pessoas não conseguem gozar a alegria pela conquista de atenção médica sem a ameaça do fim do projeto. Esse fluxo entre a segurança da presença e a insegurança do fantasma da ausência acaba atuando como um condicionante negativo de saúde da população local. Ao compreender que a insegurança tem suas raízes na sociedade de risco³⁷, aquela que, com maestria, condiciona a saúde do tempo concreto às incertezas do amanhã, é possível depreender que, embora a continência da saúde do território, por parte do médico, seja um bem ético, há uma pressão sistêmica do pensamento dominante de sociedades capitalistas: o da imprevisibilidade.

Faz-se importante destacar que o medo de perder a atenção médica, humanística, democrática, integral e solidária acaba fragilizando o processo de trabalho de toda a Atenção Básica. Tal medo poderia ser superado pela efetiva qualificação da informação, por parte dos ministérios responsáveis pelo provimento emergencial. Por exemplo, os supervisores dos médicos cooperados, enquanto sujeitos institucionais, poderiam qualificar o direito à informação, incluindo em seus processos de trabalho a divulgação de que, em 2018, quando o Acordo de Cooperação se encerrar, o Brasil espera ter formado residentes para compor os quadros do então provimento emergencial⁷.

Informação de qualidade abre veredas compreensivas e configura-se em um direito social. No entanto, a fragilidade com que as informações circulam nos processos vivenciados em territórios da Atenção Básica, no contemporâneo, tem limitado a capacidade de os serviços responderem às necessidades concretas de saúde do território³⁸. Esse fato social requer reflexão e posicionamento crítico, ou seja, a iniciativa nominada provimento emergencial exige trato ético por parte de seus arquitetos, no sentido de ser elucidada sobre seu significado, objetivo e duração.

Se os usuários tomam ciência do sentido de provimento chamado emergencial; se eles tomam ciência da duração do acordo e em que medida poderão enfrentar algum período de tempos sombrios (transição entre o fim do Termo de Cooperação entre Brasil e Cuba e chegada de residentes), a sensação de risco pode ser diluída. O problema é que não raramente os processos de implantação de políticas e programas seguem um curso de comunicação dormente. Um curso de um tempo sem tempo para compartilhar informações.

O município conquistou sua UBS em 1997, ano de emancipação. Segundo registros locais, a atenção médica da Atenção Básica esteve sob a alçada de 19 médicos, entre 1997 e 2014, uma média de um médico por ano, sendo que, em alguns períodos desse recorte, a comunidade local ficou desprovida de médicos. A rotatividade e o vazio de atenção médica, em alguns períodos, provavelmente geraram uma representação social de risco de vazio de continência. Esse risco acabava produzindo uma desoladora materialidade: “sair às três horas da manhã de casa para ser consultada em outro lugar” (Martha Medeiros).

Em cenário de crise macroética, política e econômica, o risco da perda do médico, que ronda os espaços sociais da Atenção Básica, acaba sendo maximizado:

[...] tenho medo de quando o programa chegar ao fim! Hoje é um profissional que a gente tem, né... Quando o programa acabar, quem garante que vai ter médico? (Machado de Assis)

A cada dia, ele conquista mais os moradores [...], quando ele for embora vai fazer muita falta. (Martha Medeiros)

Os depoimentos apontam a insegurança, a imprevisibilidade e o olhar a vida a partir da incerteza do amanhã. A garantia da presença de um médico que reside no município oferece conforto e segurança para a população dessa cidade, garantindo uma dimensão fundamental da integridade: a compreensão do movimento do território.

Depoimentos permitiram compreender que o médico cooperado é percebido como uma conquista social para o território. Ele não é avaliado com satisfação pela comunidade a partir da sua presença *per se* ou de acordo com seu currículo, mas em função das relações pessoais solidárias que formou com os munícipes.

Bernardino Fantini, diretor do Institut Universitaire D'histoire de la Médecine et de la Santé Publique, da Universidade de Genebra, ilumina com maestria a compreensão de Giovanni Berlinguer, médico, bioeticista, político e humanista italiano, sobre a atenção médica. Dedicando a vida ao confronto com “as realidades dramáticas” vinculadas à saúde, ao trabalho e ao direito, ele compreendia a atenção médica como um espaço arquitetônico de produção e aplicação de consciência médica, de exercício humanístico (ética) frente às tomadas de decisão (política) cotidianas, em cujo centro está a solidariedade²⁵.

Considerações finais

O estudo buscou compreender o impacto social qualitativo, gerado pelo provimento emergencial do Projeto de Cooperação do PMM, no processo de cuidado de pessoas de uma pequena localidade de Santa Catarina que padecia com a falta de médicos em seus serviços há mais de um ano. Os dados revelaram que o estilo de pensamento humanístico e solidário de atenção médica, em que saúde é socialmente determinada, gera disposição para o médico saber como as pessoas são e essa disposição favorece a produção de vínculo, na medida em que dá condições para que a comunidade internalize que será cuidada por outro igual: no caso deste estudo, um outro “humilde e simples”. O vínculo apresentou-se não como um discurso, mas como uma construção social do encontro ético-político. Esse encontro, autorizado pelo modo de pensar e fazer Medicina de um legítimo produtor de saúde, o médico cooperado, tem se apresentado como o solo epistemológico para a produção de um curso emancipatório na vida dos usuários, já que estes têm se mostrado confiantes nas relações cotidianas com seu cuidador. No entanto, o receio de perder a atenção médica, produzido na desinformação sobre o processo do PMM, tem resultado em uma insegurança social que tem gerado sofrimento. Esse sofrimento pode ser superado pela efetivação de um balizamento ético-político, por parte do Governo Federal, para a garantia do direito à informação a respeito das ações programáticas para o devir do provimento emergencial, descritas na lei do programa.

Colaboradores

Rafael Gustavo de Liz colaborou com a concepção e com o desenho, participou ativamente da discussão dos resultados e contribuiu com a aprovação da versão final do trabalho. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima colaborou com a concepção e com o desenho, participou ativamente da discussão dos resultados, realizou a revisão e contribuiu com a aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Spriano P. Antonio Gramsci, Lettere del carcere. Torino: Einaudi; 2014.
2. Saviani D. O legado educacional do regime militar. Cad Cedes. 2008; 28(76): 291-312.
3. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis. 2005; 15(Supl):145-76.
4. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley LEW, Belfiore-Wanderley M. Desigualdade e a questão social. São Paulo: Educ; 2008. p. 21-54.

5. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 28 Mar 2006.
6. Lima RCGS, Garcia Júnior CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. Tempus, Acta Saúde Colet. 2015; 9(4):67-80.
7. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
8. Boito Júnior A. A natureza da crise política. Le Monde Diplomatique. 1 Mar 2016. p. 4-5.
9. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
10. Programa Mais Médicos Governo Federal. Mapa de atuação. Municípios com Médicos do Programa [Internet]. Brasília; 2016 [citado 23 Jun 2016]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>.
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad Saude Publ. 2008; 24(Supl 1):159-72.
12. Yin RK. Estudo de caso – planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Bell J. Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação. Lisboa: Gradiva; 1997.
14. Yin RK. Applications of case study research. California: Sage Publications; 1993.
15. Pope C, Mays N, organizadores. 3a ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. São Paulo: Artmed; 2008.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Assis MMA. Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde. Feira de Santana: UEFS; 2003.
19. Manacorda MA. Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica. Roma: Riuniti; 2012.
20. Nabuco A. Michel Lowy: por um novo mundo, sem capitalismo. Caros Amigos. Dez 2015 16-20.
21. Sell CE. Racionalidade e racionalização em Max Weber. Rev Bras Cienc Soc. 2012; 27(79):153-72.
22. Cardoso LA. O conceito de racionalização no pensamento social de Max Weber: entre a ambiguidade e a dualidade. Teoria Soc. 2008; 16(1): 256-75.
23. Rosen G. Da Política Médica à Medicina Social: ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Geral; 1980.
24. Engels F. The condition of the working class in England 1845 [Internet]. Delaney T. Moscow: Institute of Marxism – Leninism; 1969 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/>.
25. Berlinguer G. Storia della salute. Firenze: Giunti Editore; 2011.

26. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
27. Mejias Sanchez Y, Duany Machado OJ, Toledo Fernandez AM. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super*. 2010; 24(1):76-84.
28. Lima RCGS, Verdi MIM. Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(29):271-83..
29. Coutinho CN. O Conceito Gramsci ano de “vontade coletiva”. In: Semeraro, G Oliveira MM, Silva-PT, Leitão SN. organizadores. Gramsci e os movimentos populares: Rio de Janeiro: Editora UFF; 2011. p. 45-52.
30. Fleury ST. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury ST, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-46.
31. Arias PG. La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad. La diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito: Abya-Yala; 2002.
32. Collicelli C. La salute come processo sociale. Sanità e ricerca sociologica. Milano: Franco Angeli; 2011.
33. Lima RCGS, Verdi MIM. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. *Rev Bioét*. 2011; 19(1):141-57.
34. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas. São Paulo: Edusp; 1996.
35. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
36. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3a ed. v. 1. Torino: Einaudi; 2007.
37. Beck U. La società del rischio. Urbino: Carocci; 2011.
38. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):158-64.

Liz RG, Lima RCGS. Percepciones de usuarios sobre el impacto social del proyecto de cooperación del Programa Más Médicos: un estudio de caso. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1281-90.

El estudio presentado en este artículo tiene el objetivo de identificar eventuales cambios generados en el proceso de cuidado de usuarios de la Atención Básica, residentes en un municipio del Estado de Santa Catarina, Brasil, incluido en el Proyecto de Cooperación del Programa Más Médicos. Se trata de un estudio cualitativo, realizado en 2015, que utilizó como instrumento de colecta de datos la entrevista semi-estructurada y el diario de campo. El análisis fue realizado por el método ético-político que reveló: 1) una producción consistente de vínculo, autorizada por un modo humanístico de pensar y hacer medicina y por la internalización de ser cuidado por un igual, en la condición de humanos; y b) la inseguridad sobre el término del proyecto, edificada sobre la desinformación. Se concluyó que el vínculo no prescinde de disposición solidaria y que existe la necesidad de que el gobierno federal realice una señalización ético-política para asegurar información de calidad sobre el proyecto.

Palabras clave: Atención Médica. Atención Básica. Derecho a la salud.

Submetido em 07/04/2016. Aprovado em 22/05/2017.