



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Soares Vidal Terra, Lilian; Tonaco Borges, Fabiano; Lidola, Maria; Hernández, Silvia S.;

Martínez Millán, Juan Ignacio; Wagner de Sousa Campos, Gastão

Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o
Método Paideia

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2825-2836

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411021>

- 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

Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia

Analysis of the experience of Cuban physicians in a Brazilian metropolis in accordance with the Paideia Method

Lilian Soares Vidal Terra¹

Fabiano Tonaco Borges²

Maria Lidola³

Silvia S. Hernández⁴

Juan Ignacio Martínez Millán⁴

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Abstract We had hoped that the Mais Médicos Program (More Doctors Program) would have generated several changes and reflections in each municipality in which it was deployed. In order to observe those changes, we sought to analyze the experience of Cuban physicians in the Mais Médicos program from an actor-centered perspective, based on the Paideia Method – an approach that seeks to enhance the ability of the subjects to analyze and intervene in their practice. We performed semi-structured interviews to analyze our research object that consisted in the experience of those actors included professionally in the Mais Médicos program in a metropolis with unique characteristics. In order to assess the interviews, we applied Content Analysis followed by Thematic Analysis. From the discourse of the actors, of which illustrative excerpts are transcribed in this article, we can affirm that the program's potential surpassed any initial barriers, presenting itself as fine-tuning instrument for replacing the biomedical model in line with the Paideia Method.

Key words Foreign graduate physicians, Medically deprived areas, Anthropology, Health care, Paideia method

Resumo Esperávamos que o Programa Mais Médicos (PMM) tivesse provocado mudanças e reflexões diversas em cada município onde foi inserido. A fim de observar tais mudanças, buscamos analisar a experiência dos médicos cubanos de trabalho no PMM numa perspectiva centrada em atores, orientados pelo Método Paideia – metodologia que busca aumentar a capacidade dos sujeitos de analisar e intervir sobre a práxis. Lançamos mão de entrevistas semiestruturadas para perscrutar nosso objeto de pesquisa, que se constitui na experiência desses atores sociais inseridos profissionalmente no PMM numa metrópole com características singulares. Trabalhamos o material empírico instruídos pela Análise de Conteúdo e procedemos a Análise Temática. A partir do discurso dos sujeitos podemos dizer que as potencialidades do programa ultrapassaram barreiras iniciais, apresentando-se como uma ferramenta de tensão para a superação do modelo biomédico, em consonância com o método Paideia.

Palavras-chave Médicos graduados estrangeiros, Área carente de assistência médica, Antropologia, Assistência à saúde, Método paideia

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

lilianterra@gmail.com

² Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

³ Instituto para Estudos Latino-Americanos, Freie Universität Berlin. Berlin Alemanha.

⁴ Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada Andaluzia Espanha.

Introdução

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) representa para o Sistema Único de Saúde (SUS) um acúmulo político no longo amanhecer da conquista do Direito à Saúde no Brasil. O Programa levou médicas e médicos a áreas desprovidas de assistência à saúde. Essas localidades eram as mais remotas do país, de maior pobreza (o grupo dos 100 municípios brasileiros mais pobres) e vulnerabilidade social. Diante do déficit de médicos, o Programa também se propôs a melhorar qualitativamente a Atenção Primária em Saúde (APS) e, principalmente, promover mudanças na formação médica brasileira¹.

Sobre o eixo do provimento emergencial e do recrutamento internacional, optou-se por oportunizar a participação no Programa primeiramente aos médicos brasileiros, em segundo lugar aos médicos brasileiros formados no exterior e por fim médicos estrangeiros. Nesse último grupo, o programa contou majoritariamente com a participação de médicos cubanos – resultado de um acordo entre Brasil, Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – e também de outros países, como Espanha, Portugal e Argentina. Ao final de 2015, trabalhavam no PMM cerca de 14.500 profissionais, sendo 11.400 médicos cubanos².

Já sabemos que, até 2015, os intercambistas cubanos representavam cerca de 30% do total de médicos das equipes de saúde da família. Cavalcanti et al.³ estimaram que aproximadamente 60% dos municípios brasileiros estavam cobertos com pelo menos um médico intercambista cubano. Os autores compararam dados do DATASUS e da OPAS sobre a distribuição desses profissionais, verificando que a região Norte possuía, proporcionalmente, a maior parte de seus municípios coberta por intercambistas cubanos (78%), seguida da Sul (69%), Nordeste (68%), região Centro-Oeste (59%) e Sudeste (50%).

Questão de estudo e objetivo

O cenário de nossa investigação foi uma cidade reconhecida como lócus paradigmático de implementação do SUS, um laboratório de (re)invenção do cuidado em saúde no Brasil⁴. Neste local, e diante da escrita viva da história da saúde coletiva, colocamo-nos a indagar como os médicos estrangeiros percebiam o trabalho no SUS, a partir do reconhecimento da tradição liberal-privatista ou biomédica-flexineriana na produção em saú-

de, mesmo no subsistema público^{5,6}. Tal herança convive com movimentos contra-hegemônicos, dentre os quais consideramos o Método Paideia e a Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito⁷.

Partimos da proposição de que o PMM não resultou simplesmente de uma dinâmica anônima entre demanda e suprimento que se realiza em meros procedimentos administrativos e protocolos pré-definidos, nem que suas implementações no nível local acontecem de modo uniforme e anônimo. Pelo contrário, compreendemos que esses processos e realizações são feitos por e entre pessoas, que também tem ambições, visões e interpretações próprios, mas que são ao mesmo tempo inseridos e atuam em estruturas institucionais (incluindo protocolos de atuação e éticas institucionais) e sociais (especialmente no caso de médicos, incluindo posicionamentos profissionais e pertencimentos em hierarquizações sociais, devido a, por exemplo, classe, cor de pele/etnia e gênero). A subjetivação da realidade por esses atores sociais constituem nosso objeto de estudo. Os intercambistas cubanos do PMM desempenham um papel institucional em dois sistemas públicos de saúde, tencionados a apagar suas subjetividades por um lado, e por outro estigmatizados socialmente como ‘estrangeiros’ e ‘comunistas’.

Nesse entrecruzamento de ideias e ideologias, analisamos, a partir do Método Paideia, a experiência desses sujeitos numa perspectiva etnográfica centrada em atores. Não olvidamos, desta feita, em discutir a potência do PMM enquanto projeto de mudança do paradigma biomédico e consolidação do Direito à Saúde no Brasil.

Método Paideia e a Clínica ampliada

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) trouxe a discussão de se priorizar a APS como questão estratégica na construção do sistema nacional de saúde. Como aponta Starfield⁸, trata-se de um movimento comum a várias nações industrializadas e a partir do qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Carta de Lubliana, uma proposta de organização das redes de atenção à saúde que visava, genericamente, à otimização da saúde das populações. A carta propôs um serviço que seja direcionado à proteção e promoção de saúde, centrado nas pessoas, de modo que os cidadãos influenciem os serviços e se responsabilizem por sua própria saúde; e focado na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade entre outras questões. Para que suceda neste papel, a APS deve considerar todos

os determinantes de saúde, ou seja, o meio e as condições sociais e físicas nas quais o indivíduo se insere, ao invés de se ater à sua enfermidade individual.

O Brasil compartilhou, com Cuba, a aspiração a uma medicina universal e igualitária. Porem, ainda que se tenha obtido sucesso em implantar um sistema de saúde universal e focado na APS como ordenadora do cuidado⁸, para que o SUS seja efetivado em seus princípios, há que se superar o modelo biomédico. Isso porque existem múltiplas evidências de que a implantação do modelo focado na APS não foi suficiente para se superar a racionalidade biomédica hegemônica. Fica cada vez mais claro que a clínica não pode prescindir de tomar o sujeito como eixo central de trabalho, não mais dissociando a doença dos sentidos e significados a que lhe dão o paciente^{9,10}. Tem prevalecido um modelo em que a vida não é o objeto central da clínica e o corpo é visto como local de intervenção, como uma máquina extremamente complexa, dividida em partes que se inter-relacionam, satisfazendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas¹¹. Sobre esta máquina, o médico atua como um mecânico, fazendo inspeções e correções constantes, de forma que há uma fragmentação do indivíduo, cuja consequência mais visível é o afastamento médico-paciente¹².

Neste sentido, discussões a respeito da falência do modelo biomédico e propostas de um modelo que o substitua tem povoado o campo da Saúde Coletiva no Brasil desde a década de 1970, quando a Medicina Social inaugurou a abordagem do processo saúde-doença como fenômeno determinado sócio-históricamente. A subjetividade entra em questão ainda mais tardivamente, colocando em pauta a dimensão inter-relacional do trabalho em saúde e analisando o afeto e as relações de poder que se instituem neste encontro¹³⁻¹⁶.

Entre diferentes propostas que visam a uma alternativa que abarque todas estas questões, destacamos o Método Paideia, proposto por Campos¹⁷. Tomando como inspiração o conceito Paideia – ideia grega ligada a um ideal de formação educacional, que procurava desenvolver o homem em todas as suas potencialidades, de tal maneira que pudesse ser um melhor cidadão¹⁸ – o autor propôs um método em que o fortalecimento do Sujeito e a democratização das instituições são os dois principais caminhos para a reformulação e a superação da racionalidade gerencial hegemônica^{17,19}. Articulam-se saberes do campo da política e da gestão com aqueles originários da pedagogia, psicanálise e análise institucional,

favorecendo a democratização das organizações a partir da formação de coletivos organizados voltados, no SUS, a três objetivos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. Assim, o Método Paideia busca aumentar a capacidade dos sujeitos de analisar e intervir sobre a práxis. Isso se refletirá tanto na gestão dos sistemas, construção da rede, formulação de políticas, passando pela formação dos profissionais, quanto na prática clínica diária, na constituição das equipes, na construção do projeto terapêutico.

Há, no Método Paideia, uma compreensão de que este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades, não podendo ser exercido em pronto atendimentos ou em locais aleatórios, mas sim no território daquela comunidade. A Medicina de Comunidade e a Clínica Ampliada constituem-se num esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Elas buscam combater a medicalização, a institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde, em oposição ao modelo biomédico.

Métodos

Desenho

Este estudo foi construído com métodos qualitativos, em que trabalhamos com uma perspectiva centrada em atores (*actor-centered*) influenciados pela antropologia social²⁰⁻²². Compreendemos tal método como um movimento intencional de legitimação, pelos pesquisadores, dos processos de subjetivação da realidade pelos atores sociais, sujeitos que são ao mesmo tempo inseridos em e que atuam dentro de estruturas institucionais.

Essa perspectiva de estudo deu-se pela nossa intenção de nos afastar da meta-narrativa construída do trabalhador médico missionário, sem deslegitimar, no entanto, a fala ‘institucional’. Incluímos no roteiro de pesquisa semiestruturado questões que transitavam entre as fronteiras do trabalhador sujeito e ator. Trabalhamos com três categorias de perguntas: (a) experiência imigratória; (b) trabalho no PMM; (c) cuidado em saúde no SUS. Buscamos por perspectivas e interesses dos atores dentro das exigências e procedimentos institucionais e do fundo do posiciona-

mento nas estruturas sociais. Compreendemos a abordagem qualitativa como um esforço de uma aproximação fundamental e de intimidade com os sujeitos e o objeto^{23,24}. Como propomos estudar a subjetivação da realidade pelos protagonistas do PMM, apresentaremos a seguir esse lócus singular de coprodução do Programa.

Caracterização do campo de estudo

Desenvolvemos a pesquisa num município sede de região metropolitana brasileira, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁵ em 2015 aproximou-se de um pouco mais de 1.100.000 habitantes. Ele possui duas faculdades de medicina, o que provavelmente contribui significativamente para a razão de 5,11 médico por habitante (2,45 na região metropolitana)²⁶.

Previamente à implantação da Saúde da Família no município já havia um histórico de investimento em APS com programas comunitários de atenção em saúde desde a década de 1970. Na década seguinte, Centros de Saúde foram construídos e trabalhadores contratados. Com isto, ampliou-se a capacidade de atendimento da rede, de modo que em 2001 já havia na cidade 46 centros de saúde, exercendo atividades de atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como programas em saúde mental e bucal. Paralelamente, existia um razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório e ampla distribuição de medicamentos.

Ainda assim, o modo de organização dessa rede embrionária não cumpria com os objetivos da APS. As equipes dos centros de saúde tinham baixa capacidade de absorver as demandas, principalmente em relação aos adultos, e havia pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. Ademais, ainda que as equipes locais fossem multi-profissionais, o trabalho dava-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar.

Trabalhando, portanto, neste modelo até 2000, a cidade não contava com Equipes de Saúde da Família (ESF). Sua implantação deu-se no ano seguinte, em um modelo em alguns aspectos diverso daquele preconizado pelo Ministério da Saúde. O projeto local visava, além da ampliação do acesso ao sistema de saúde, a uma nova maneira de produzir saúde escorada no tripé Gestão Participativa, Clínica Ampliada e Saúde Coletiva.

Em um modelo híbrido, os Centros de Saúde foram reorganizados em Equipes Locais de Refe-

rência com ESFs, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, com manutenção da organização por áreas especializadas (programas de saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental) existentes previamente à implantação do projeto local. Isso tinha como o objetivo servir como apoio matricial às ESF's, por meio de ofertas diversas relacionadas à organização das equipes, construção do cuidado e educação dos trabalhadores, mas na prática estes especialistas atuavam, e atuam ainda hoje, mais no atendimento direto à população do que de forma matricial.

Atualmente a cidade conta com 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam 181 ESFs. Nestas equipes estão alocados 94 médicos do PMM, distribuídos de modo equânime pelo município. Com o Programa, a cobertura de médicos de família passou de 27,78% para 55%. Somente uma unidade conta exclusivamente com médicos intercambistas cubanos, nas restantes, há profissionais brasileiros e imigrantes compondo as equipes. Em Relatório Anual de Gestão de 2014, a Secretaria de Saúde apontou que houve aumento significativo da cobertura de saúde da família a partir na implantação do PMM naquele ano.

Entrevistas

Entrevistamos intercambistas cubanas(os) da cooperação Brasil-Cuba-OPAS que já participaram do programa há mais de um ano. As(os) participantes, com inserção profissional em unidades básicas de saúde do campo de pesquisa, foram incluídos a partir de uma rede institucional e afetiva criada entre nosso grupo de pesquisa e um grupo de profissionais cubanos ao longo do curso do PMM.

Participaram 4 médicas e 4 médicos, entre a quarta e sexta década de vida, com mais de cinco anos de graduação, ao menos uma missão no exterior prévia ao PMM e no mínimo uma especialização. O perfil dos nossos entrevistados vai ao encontro do que foi verificado por Cavalcanti et al.³ a partir da análise de dados da OPAS sobre o perfil laboral dos médicos cubanos inseridos no PMM em todo Brasil, motivo pelo qual cremos que esses sujeitos são representativos do contexto nacional do Programa.

Nós os abordamos durante o horário de trabalho entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016. Essa pesquisa teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Análise

O material de pesquisa baseou-se como fonte primária nas entrevistas com os profissionais cubanos. Incorporamos também fontes secundárias (população, relação médico/habitante, cobertura, relatórios de gestão), tendo como fonte, para caracterizar o campo de pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde, a qual não identificamos para garantir o anonimato dos sujeitos.

Trabalhamos o material empírico instruídos pela Análise de Conteúdo. Procedemos a Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado²².

Durante a fase de pré-leitura e leitura, evidenciamos os seguintes núcleos: 1. Os atores: perfil dos médicos entrevistados; 2. Experiência de migração e a relação com os brasileiros; 3. Atuação profissional no PMM e percepções acerca da rede de saúde encontrada. Estruturamos os resultados a partir desses núcleos.

Uma vez que temos como referencial de análise um modelo que tem como um de seus pilares a centralidade do sujeito, seja ele trabalhador ou usuário do sistema de saúde, nós assumimos que o Método Paideia legitima em si o processo de subjetivação da realidade dos sujeitos trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo que os impele a reconhecer a subjetivação da experiência do adoecimento pelo doente. Recorremos novamente à questão de estudo para evidenciar que na análise que procedemos transitamos entre os inseparáveis universos do profissional e do pessoal, do institucional e do subjetivo desses sujeitos-atores na escolha das falas que serão expostas nos resultados e discutidas em seguida.

Resultados

Os atores: perfil dos médicos entrevistados

Os médicos cubanos entrevistados destacaram suas origens humilde e pobre, tanto quanto a oportunidade de lograrem-se médicos: *Nasci no seio de família pobre, humilde e aí recebi apoio de minha família para começar meus estudos universitários em Cuba. Aí formei como médica, eu estudei uns 6 anos, depois fiz especialização em Medicina Geral Integral (MGI), sou médica da família* (Médica 3).

Todos os entrevistados tinham pelo menos uma especialização em MGI, e parte acumulam duas ou três especializações. Cumpriram serviço

civil obrigatório em seu país, o que lhes conferiu, segundo eles, experiência no trabalho em áreas de pobreza: [...] *formei no interior do país no ano 2002, nesse ano fui um dos melhores médicos do país, e aí começou minha vida de imigrante, porque fui migrante dentro do país, ou seja, Cuba tem um plano que paga para melhor médico para trabalhar na zona de Cuba de difícil acesso, e aí fui trabalhar, primeira tarefa que deu o governo pra mim foi trabalhar na zona muito pobre, muito difícil e aí passei um ano trabalhando, nesse primeiro ano que trabalhei aí saí e fui depois pro Haiti no ano de 2004* (Médico 1).

Todos possuíam em seu currículo a missão na Venezuela (outras missões relatadas: Haiti e Bolívia), a qual pode ser vista como mais dura que a brasileira pela questão da violência e da extrema pobreza. Por outro lado, foi mais autônoma do ponto de vista do processo de trabalho médico, pois lá Cuba implementou com seus profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos) os programas Barrio Adentro I, II e III: *Em 2003 fui cumprir missão na Venezuela, aí lá fiquei 8 anos, voltei para Cuba novamente, trabalhei 3 anos novamente lá, e todo esse tempo ocupei cargo de gestão, na docência como professora [...] eu fiz um mestrado em APS e agora tô aqui no Brasil, quase 2 anos* (Médica 5). Ela mencionou na entrevista a própria participação dos médicos cubanos na formação de colegas na Venezuela: *Lá eu trabalhava na formação de médicos que estavam lá e nós que éramos professores* (Médica 5).

As motivações para o trabalho no Brasil passaram pelo altruísmo profissional, externado de maneira muito forte: *A motivação, primeiramente é sair, ajudar a prestar ajuda aos demais países do mundo, você deve conhecer que Cuba é um dos países que brinda apoio a nível mundial, nós temos médicos em quase a maioria dos países do mundo principalmente aqui no Brasil, as missões em Cuba faz muitos anos que são feitas, e é pra ajudar os países que mais precisam, porque a população de Cuba tem mais médicos, e hoje trabalha com a quantidade certa e pode prestar ajuda aos demais países que precisam, neste caso Brasil que não tinha essa grande cobertura de médicos para a população necessitada* (Médica 2). A consciência das regras e do porquê eles participam do trabalho foi horizontal em todas as entrevistas: [...] *num país tão pequenininho, tão sofrido por causas econômicas, então eu decidi vir trabalhar um pouquinho, trabalhar mesmo para que consiga caminhar de pouquinho em pouquinho* (Médica 6).

A motivação econômica individual também esteve presente – o PMM constituiu-se para eles

como uma oportunidade de melhora das condições de vida material. Ficou claro que eles sabiam e concordaram livremente com o valor da bolsa-formação pelo trabalho no PMM. Os intercambistas recebem 30% do valor da bolsa oferecida pelo Programa. O restante é enviado pelo governo brasileiro ao governo de Cuba para financiar saúde e educação pública e gratuita: *Então o governo precisa que nós façamos um pouquinho de ajuda para poder manter o projeto social que tem uma educação gratuita, de saúde gratuita, então o projeto de segurança que tem esse país* (Médica 6).

Não obstante emergirem falas que reconhecem tal contribuição, verificamos o questionamento do tamanho e da duração dessa contribuição: *Em Cuba tudo sai de graça, porque a população não tem que pagar estudo, não tem que pagar esporte, não tem que pagar saúde e pra conseguir tudo isso o dinheiro tem que vir de algum lugar, então a gente tem compromisso com o povo desse jeito, ou seja, como é feito o país, a gente vem pra cá para o Brasil e estamos recebendo agora 30%, com 30% do salário e o outro 70% é para o país e pra falar mais profundo, ou seja, possivelmente a gente tem esse compromisso de ajudar o povo, mas também não é pra dar 30% toda vida [...] eu fui trabalhar em Haiti e fiquei com 20% [...] também tem que entender que a gente precisa viver, a gente tem sonho* (Médico 1).

O auxílio financeiro mensal garantido pelo município para o aluguel e alimentação – conforme as regras do programa – nessa localidades foi de R\$ 2.200,00 ao final de 2015. Essa forma de garantir as condições de vida foi bem avaliada pelos intercambistas entrevistados, porque lhes conferiu autonomia para morar e viver de acordo com suas vontades. Ademais, os entrevistados mencionaram enviar ajuda financeira para os familiares em Cuba.

Mesmo preparados para missões no exterior de longa duração, eles revelaram preocupação com os efeitos do isolamento: *Aí eu falei Deus que não me toque Amazonas, Deus porque é uma situação difícil para uma mulher e assim, já para um homem ficar a coisa é bem complicada. E já haviam falado sobre a situação que tínhamos que ficar 20 (vinte) dias dentro das tribos e uma semana fora, e aí eles aplicaram tudo para que cada qual soubesse para onde ia fazer as coisas e o tipo de trabalho, aí os demais ficaram assim, as 40 (quarenta) horas de trabalho com 8 (oito) de estudo e 32 (trinta e dois) dentro do posto, os que tem esse tipo de trabalho são os que estão morando nesta parte que eu acho que são os mais complicadas e o reconhecimento deles deveria ser muito mais, porque realmente é bem difícil* (Médica 2).

A possibilidade de que alguns intercambistas recebam seus familiares aqui no Brasil por conta da permissão especial aos familiares para estudo e trabalho em virtude da participação do profissional no PMM foi muito bem avaliada, por reduzir os efeitos da distância dos familiares em Cuba. Nesses casos as viagens são custeadas pelos próprios participantes.

Experiência de migração e a relação com os brasileiros

A recepção no Brasil pelas equipes da OPAS e do Ministério da Saúde foi considerada boa. Segundo eles, foram oferecidas condições dignas de hospedagem e alimentação na fase de preparação para o trabalho. No entanto, na chegada ao município de destino, ocorreram falhas graves de planejamento que lhes causaram desconfortos nos primeiros 15 dias: *Só tinha acho que uma casa, uma casa ou duas casas pra 60 (sessenta) pessoas. A gente tinha que dormir no chão, traziam colchão pra dormir ai no chão, foi horrível, foi feio* (Médico 1). Houve a intervenção das autoridades locais para solucionar o problema, mas por mais de duas semanas seguiram trocando de hotel com as bagagens nos ônibus.

Inicialmente, os intercambistas cubanos sofreram algum tipo de resistência ou barreira para integração nos locais de trabalho: *Os primeiros dias foram um pouco difíceis, porque como a pessoa não está acostumada a trabalhar com outro profissional, então foi um pouco difícil, para eles e para nós foi um pouco difícil, teve uma certa resistência, mas depois tudo ficou bem* (Médica 6).

Verificamos relatos sobre o empenho das pessoas envolvidas no trabalho do PMM em mitigar esses efeitos, o que parece ter sido bem conduzido, na visão dos médicos cubanos: *Eu trabalho numa equipe de saúde boa, muito boa, que me apoiou muito, e deram muita confiança para mim, confiança de perguntar, de não ter medo de perguntar algo que não dominava bem, porque esse sistema nosso é totalmente diferente, então tive muito apoio, eu me sinto muito feliz, eu trabalho com uma enfermeira muito boa* (Médica 6).

Além disso, percebemos uma postura nos discursos muito orientada em o que fazer na missão do PMM: *Eu não vim aqui para fazer política, vim pra trabalhar e essas barreiras foram sendo vencidas, outros companheiros tiveram mais problemas ainda, eu não tive nenhum, e minha comunicação com minha equipe, com todos os trabalhadores aqui, todos os funcionários é muito boa, a recepção daqui, realmente, da coordenação foi muito boa, muito receptiva* (Médico 4).

As barreiras de integração (ideológicas) atingiram os profissionais entrevistados em diferentes graus: *Rechaço, os médicos a princípio rechaçaram muito, agora aqui neste lugar não deu trabalho, já não sinto esse rechaço, pelo primeiro ano foi muito difícil [...] muito com a conduta* (Médica 6). Essas barreiras variaram de acordo com as experiências pregressas, as características da comunidade e equipe das quais eles participam: *Então, todo início ficou um pouco travado por que o colégio médico, que você conhece, não aceitava o programa e aí foi discutido, falado, até que conseguiram introduzir o programa, tá? Essa foi uma das primeiras barreiras que demorou o projeto, e o idioma também porque as pessoas que ainda não entende às vezes que eu não consigo falar algumas palavras e não dá certo, mas tenta, eles entram em contato com a gente, e se não posso falar bem com eles o que eles não entendem bem alguma coisa, aí eu procuro alguma gente daqui, enfermeira que ajuda também* (Médica 2). Esta questão do idioma constituiu-se numa importante barreira: *A maior dificuldade que nós temos para atuar como médico é o sotaque [...] sempre vamos ter algum paciente que não entende alguma coisa, que não entende muito, pelo menos até agora não tive nenhum problema* (Médico 8). Essa percepção variou entre as equipes e as comunidades.

A relação entre os intercambistas e a comunidade foi ressaltada pelos participantes: *Às vezes quando existem problemas familiares de desorganização, de uma crise familiar, que eles (brasileiros) não sabem como atuar, e nós interferimos como equipe, e nos fazemos essas intervenções educativas, aí discutimos a situação com a família, e orientamos cada qual, com cada membro da família como pode ajudar no problema que está apresentando, então os resultados são visíveis* (Médica 3). Perguntamos também se o fato de serem cubanos os aproximaria mais da comunidade nas práticas de cuidado, em que ouvimos o seguinte: *Colabora, porque eles sabem que o médico cubano, porque muitas pessoas sabem que a medicina de Cuba é boa, e isso estimula, e você se sente confiante, então isso te alimenta, te compromete a cada dia, então faz com que se sinta bem e não que sinta rechaço de outro profissional* (Médica 6).

Quando perguntamos sobre a percepção do entorno profissional, todos afirmaram percebê-los positivamente: *A integração com a equipe de saúde também foi ótima, aqui temos quatro equipes de saúde, temos uma população grande e na equipe temos ginecologista, pediatra, psicólogo, enfermagem, temos três assistentes de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), na equipe*

temos 4 ACS's, quer dizer a equipe está bem formada, temos dois médicos de medicina comunitária, um brasileiro e eu, aí a equipe funciona bem, ganhamos as agendas, ganhamos a visita domiciliar, independência à demanda que existe (Médica 2).

A relação com a chefia nas unidades de saúde foi percebida positivamente. Mesmo com reações iniciais pouco amistosas com alguns colegas médicos, pareceu-nos que houve um esforço por parte dos intercambistas em criar boas relações laborais, segundo eles por meio de uma postura de discrição e trabalho intenso. Eles se sentiram integrados à equipe e valorizam muito o trabalho multiprofissional: *Nós nos reunimos na segunda às cinco da tarde aí começamos a reunião de equipe, e fazemos avaliação de algum caso que nesse mesmo dia em que foi avaliado em visita domiciliar, algum caso que a pediatra tem interesse em ser discutido, o ginecologista e os casos que geralmente que mais se discute são os casos de saúde mental que todo mundo leva na reunião e a psicóloga dá prioridade* (Médica 5).

Apesar do estranhamento em alguns casos, eles consideraram a relação com os médicos brasileiros como boa, e que esses possuem muito conhecimento técnico e são muito bem treinados e dispostos a compartilhar este conhecimento teórico: *[...] fazemos discussão de caso aqui e todo profissional médico que tem caso complexo que tem operar com cardiologia, com alguma cirurgia, ele me procura e intercambiamos, discutimos aqui, e toda semana aqui no posto temos, por exemplo, na sexta feira inclusão de algum tema, por exemplo semana passada discutimos os homens* (Médico 1). No entanto, verificamos barreiras nessa relação: *O médico brasileiro quando um vai explicar uma coisa, vai falar de um conhecimento que é maior, ele no tratamento tem outro ponto de vista, tem outra colocação e vai falar, ele não gosta que vem de outro médico de fora que vai falar de um tipo de tratamento, então isso para mim é um pouco ruim* (Médico 8). Essas barreiras também se dariam com os especialistas nas suas áreas de abrangência, os quais teriam dificuldades de atuar com os generalistas.

Atuação profissional no PMM e percepções acerca da rede de saúde encontrada

O PMM é em si um projeto de formação profissional, o que justifica inclusive a bolsa-formação que recebem pelo trabalho no SUS. Essa formação teve início em Cuba, após a seleção dos profissionais para o PMM e assinatura do contrato de trabalho. Lá tiveram 1 mês preparação com

duas linhas de trabalho: ensino de língua portuguesa e estudos sobre o SUS. Foram abordadas também questões sobre a cultura brasileira. Já no Brasil, passaram por mais um mês de preparação com as mesmas linhas de trabalho, mas com a imersão em questões mais específicas sobre a situação de saúde no Brasil e os programas de saúde que perpassam a APS. Notamos que eles valoraram como boa a preparação feita para o PMM, todavia poderia ter sido mais prolongada. Todos, ao final, passaram por provas, tanto de língua portuguesa quanto do trabalho médico no SUS.

O curso de especialização foi muito bem avaliado por eles, em que eles sentiram a agregação de valor à suas carreiras com o curso promovido pelo PMM: *Foi bom, foi um ano completo, abordaram muitos casos complexos de problema de situação de saúde [...] fizemos um projeto de trabalho de terminação de curso, foi bom [...] mas o curso de especialização já me deu muito mais confiança* (Médica 6). O papel mais importante fazer a máxima atuação como profissionais, isso precisa de um estudo importante por parte do participante do PMM, da pesquisa, dos problemas da comunidade e saber em que momento em que situação você está trabalhando, está centrado num problema da UBS onde trabalha e precisa de estudo constante de preocupação e pôr em prática os conhecimentos médicos que nós tivemos em Cuba, mas tudo isso é uma experiência muito boa (Médica 3).

Ademais, os missionários cubanos valorizam as capacitações feitas para toda a equipe, sobre, por exemplo, os protocolos do SUS: [...] muitas coisas que em Cuba nunca havíamos feito e aqui começamos, eu reconheço isso. Eletrocardiograma, eles ensinam na capacitação, saúde da mulher, ou seja, eles pouco a pouco vão continuando a capacitação, eu acho com incentivo de nós como médicos de Programa cada dia ficar mais preparado (Médico 8).

Sobre o trabalho no SUS, de forma geral as condições laborais foram consideradas satisfatórias: [...] os cubanos estão acostumados a trabalhar em condições de trabalho difícil, então aqui acho que as condições são boas (Médica 2).

O principal achado acerca da prática clínica deu-se na dificuldade em coordenar o cuidado nas regiões de saúde do município, pela dificuldade em ter retorno dos encaminhamentos: *O que mais demora são pacientes que se faz encaminhamento, cardiologia, neurologia, ortopedia, que demora, demora muito [...] onde estiver necessitando a referencia e contrarreferencia é muito difícil porque, em meu caso, nunca recebo uma contrarreferencia de um paciente* (Médico 4). Eles

também ressentem a falta de alguns especialistas nas unidades de saúde: *Eu gostaria de ter aqui na rede de atenção básica no centro de saúde outras especialidades, por exemplo, fisioterapia de reabilitação que não demandem tanto nos encaminhamentos essas filas de um paciente, por exemplo, que sofre um AVC e demora muito para conseguir uma vaga para reabilitação, e aí temos perdas de tempo para reincorporar esse paciente na sociedade, então gostaria de outros profissionais aqui interagindo na UBS, de melhorar essa inter-relação entre atenção primária e secundária, que não foi tão longe, que tem que ser mais perto, está muito distante, às vezes* (Médica 3).

Percebemos transversalmente nas entrevistas uma grande valorização das intervenções no território, nas visitas domiciliares, pois eles consideram que na casa do paciente aumenta-se a capacidade de construir o cuidado. Isso os aproxima da prática em Cuba, onde moram no território de atuação: *A comunidade pra mim é diferente como nós trabalhamos, aí nós só temos contato com a comunidade no dia da visita domiciliar [...] eu fiz uma especialidade que em Cuba chama-se especialidade médico integral por três anos, fiquei trabalhando todo esse tempo em um consultório médico da família, um consultório típico que é dentro da comunidade, onde você mora em cima e trabalha na parte de baixo, aí você atende a comunidade durante 8 horas e fora desse horário você podia atender toda a remessa que vem, e se tem muito vínculo com a comunidade, é muito bom e com uma medicina integral que atende pediatria, ginecologia e obstetrícia, tem uma base de tudo, assim você pode ajudar um paciente com apendicite, você pode identificar uma apendicite aguda e também para especialidades de hospital* (Médica 5). Isso parece ser motivo tanto de benefícios – conhecer melhor a população e suas condições de saúde, estar mais próximo das famílias e da comunidade – como de desvantagens – não ter horas específicas para trabalho e para descanso, não ter um limite de atendimentos por horário ou por dia, segundo outro médico participante.

Notamos também uma valorização do trabalho do ACS, figura essa que não existe em Cuba: *O agente comunitário é mais importante, porque ele só que está na rua, aí aquele paciente não se abre com a pessoa, na consulta, quando é o agente fala muita coisa, então ele trouxe para a reunião da equipe e isso enriquece a reunião, enriquece uma consulta, então para mim a equipe é uma coisa muito boa [...] porque como sabemos todo mundo quer trabalhar à sua maneira, sozinho e então, aqui essa interação é dada* (Médico 8).

Eles perceberam que a promoção e a prevenção compõe apenas uma pequena parcela do trabalho no Brasil: *Eu posso sair pra um lugar uma vez por semana só duas horas, é uma área muito, a área de abrangência é muito, muito grande, então não temos tempo para isso* (Médica 6), enquanto em Cuba a comunidade constitui-se no foco principal de trabalho: [...] *porque você mora na comunidade, você consulta em casa, você poderia ter uma comunicação com a família, você poderia ver o fator de risco que ele tem e isso é muito importante para o fechamento* (Médico 7). Um fato relatado evidenciaria a efetividade, na visão dos participantes, da medicina de comunidade: [...] *lembro que tenho mais de um paciente com estenose aórtica severa que já vai ser operado e o diagnóstico já foi feito na casa, não foi em consulta, não passaram. Fui ver outro paciente que estava passando mal por alguma outra coisa e aí escutei que tinha um paciente que andava mal, que sofria sincope, caia, peguei o estetoscópio numa consulta na rua detectei estenose aórtica severa* (Médico 1).

Identificamos, ainda, diferenças na forma de trabalho médico entre Brasil e Cuba, gerando diferentes comportamentos por parte de médicos brasileiros e cubanos, talvez pelas distintas cosmovisões sobre saúde: *Eu acho que a medicina não é um negócio, eu acho que a medicina tem que ser respeitada e cuidada pelo governo, eu concordo por exemplo, com países que você é médico e primeiro tem trabalhar no público depois que você trabalha no público você pode ter uma clínica [...] mas eu acho que primeiro tem que trabalhar com a população, tem trabalhar isso que o SUS tá querendo fazer agora, que o primeiro ano de residência, primeiro, segundo ano tem que fazer medicina da família, acho que isso é muito legal porque em campo se você afasta um pouco da verdade, se afasta um pouco do paciente* (Médico 1).

Discussão

Poderíamos sumarizar alguns achados que julgamos importantes na subjetivação do cenário de investigação pelos sujeitos-atores do PMM que entrevistamos: uma cultura de classe distinta da hegemônica no Brasil, uma visão da medicina como realização de vida e altruísmo profissional, a percepção de estranhamento do outro para consigo e uma forma de fazer a Clínica sem negar a Biomedicina mas a incorporando num projeto humanista de saúde. O altruísmo missionário coexistiu com questões cotidianas que fizeram parte da crítica dos médicos ao PMM, como pro-

blemas na recepção na cidade e a percepção de que poderiam ter um retorno financeiro maior. Ao final, há uma valoração positiva transversal por todos eles.

Para Campos¹⁷, o Método Paideia amalgama clínica, saúde pública e gestão; produção de saúde, realização profissional e pessoal. Considera o interesse e o desejo dos agrupamentos, colocando em questão objetivos institucionais sem paralisar a ação social em defesa da vida. O serviço de saúde seria a resultante entre o contexto sócio-histórico, os sujeitos envolvidos e as diretrizes institucionais apontadas. A construção compartilhada com os atores institucionais possibilitaria nesses profissionais e nas equipes trocas constantes em espaços coletivos e de reflexão⁶. Como previsto pelo Método Paideia, o fortalecimento do sujeito e a cogestão dos processos contaminam outros sujeitos e práticas envolvidas, em uma espiral crescente.

Observamos na prática dos médicos cubanos similitudes com a clínica ampliada. Há no discurso dos entrevistados uma maior identificação pelas condições de vida e cultura do paciente, que passam a ser consideradas na construção do cuidado. Os profissionais de saúde expandiriam a intervenção mediante a estratégia de compartilhar com o sujeito a gestão de seu tratamento, aplicando o conceito Paideia de cogestão à clínica. A construção também se dá nas mudanças de hábitos de vida da comunidade no sentido da prevenção a doenças e promoção da saúde, para as quais os intercambistas gostariam de reservar mais tempo de seu trabalho.

Tal desejo viria pela concepção cuidado horizontalizado e longitudinal – um vínculo que está sendo construído pelos médicos com a comunidade. A horizontalidade do cuidado e nas relações interprofissionais seriam, em nosso entendimento, uma potência do Programa que merece estudos posteriores. As falas desses atores trazem uma importante reflexão acerca do princípio da integralidade no SUS. Ao mesmo tempo em que se almeja um cuidado integral ao paciente, com as especialidades compondo a rede de saúde, e que se considera a APS como ordenadora do cuidado⁸, os médicos revelam não ter acesso ao atendimento do especialista. Isso faz com que o cuidado ao paciente seja fragmentado. A proposta da Medicina de Comunidade de Cuba²⁷, em que o médico de família acompanha o paciente à consulta da atenção especializada, haveria cogestão do cuidado mesmo junto das especialidades, indo ao encontro da Clínica Ampliada e do matriciamento por equipes de referência, que faz o

itinerário inverso. A formação do médico cubano fundamenta-se no território e na comunidade²⁸, num sistema de saúde que tem como arranjo principal a APS, o que facilitaria a concepção de Medicina de Família.

A presença de especialidades na APS, como proposto por um dos médicos entrevistados, responderia, parcialmente, à crítica quanto à coordenação do cuidado. No município estudado, médicos pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras e clínicos compõem a rede básica. Enquanto seriam responsáveis por matricular as ESF's na Clínica Ampliada, na prática cotidiana das unidades mantém o atendimento por áreas, de forma que os médicos generalistas pouco atendem às áreas de saúde mental, da criança e da mulher. Ainda assim, os médicos especialistas não se inserem totalmente na rotina das ESFs, não realizando, por exemplo, visitas domiciliares²⁹. Portanto, importa-nos pensar um modelo em que a possibilidade do cuidado integral se revele de forma mais efetiva, seja com uma maior articulação da rede de cuidado, seja com uma maior proximidade dos especialistas à APS.

O interesse maior de inserção no território, destacada pelos atores do PMM, pode ser interpretado como possibilidade de qualificação da rede. A construção do cuidado a partir das experiências vividas pelos pacientes e não de valores trazidos de outro contexto pelo profissional vai ao encontro da Clínica Ampliada. A atuação no território esteve muito presente nas falas dos profissionais como um importante fator para a produção de saúde e como uma fonte de realização no trabalho. Em Cuba, os profissionais não só atuam na comunidade como residem na área de atuação, em edificação construída pelo governo, onde também funciona um consultório²⁷.

Além da territorialização, outra experiência trazida pelo PMM que se apresentou como fonte de realização profissional e pessoal dos

trabalhadores, almejada no conceito Paideia, foi a Educação Permanente. Afora a especialização em Saúde da Família como parte do Programa, tal curso foi ampliado por meio de propostas trazidas pelo município estudado. Houve relatos diversos: matrículamento feito com urologista em que se atualizaram no diagnóstico precoce de câncer de próstata; participação em capacitações multiprofissionais promovidas pela rede, com temas diversos ao longo dos anos; treinamento de atendimento a parada cardio-respiratória feito pela equipe do SAMU na própria unidade – todas se revelando como fonte de satisfação dos entrevistados. Tais experiências trazem uma aproximação dos profissionais de diferentes núcleos em um mesmo campo de saber – a APS, promovendo a cogestão ao criar espaços coletivos de aprendizado, integrar diversos saberes e provocar reflexão sobre a práxis.

Esperávamos que o PMM tivesse provocado mudanças e reflexões diversas em cada município em que foi inserido. No contexto estudado, de uma rede já bem sedimentada e constituída, o tencionamento deu-se menos no sentido da construção da APS e mais no de conformação da rede e nas formas de se praticar a clínica. As potencialidades do programa ultrapassaram qualquer barreira inicial, de modo que a população tem se mostrado vinculada às equipes compostas por intercambistas.

Concluímos com a subjetivação do PMM pelos sujeitos-atores deste estudo – trabalhadores médicos de Cuba – que a experiência no Programa mostrou-se potente, tanto no sentido pessoal e profissional, quanto na transformação do paradigma biomédico; sem negar a biomedicina e as aspirações pessoais, as tensões entre culturas de classe e cosmovisões sobre o fazer médico constituem-se fatores essenciais para a reprodução do SUS enquanto política democrática e sistema solidário consonante com o método Paideia.

Colaboradores

LSV Terra, FT Borges, M Lidola, SS Hernández, JIM Millán e GWS Campos participaram igualmente de todas as etapas de produção do artigo.

Agradecimentos

À União Europeia por conceder apoio económico à investigação realizada pela Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) em consórcio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério de Salud Pública de Uruguay (Secretaría Técnica de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud – RIMPS). Agradecemos também à DAAD/Alemanha, pela bolsa Pós-doc à pesquisadora visitante da UFRJ Maria Lidola.

Referências

1. Brasil. 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* 2013; 23 out.
2. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). *I Colóquio Brasil e Cuba de Saúde Pública*; 08-10 dezembro 2015. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
3. Cavalcanti L, Siqueira CE, Borges FT, Correa Filho H, Solano J, Tonhati T, Ferreira NS, Sancho KA. *I Relatório Parcial Pesquisa sobre a integração sociocultural dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos*. Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro; 2015.
4. Mehry EE, Campos GWS, Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. 2^aed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Silva-Júnior AG. *Modelos Tecnoassistencias em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
6. Campos GWS. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec; 1997.
7. Campos GWS. *Saúde Paideia*. 4^a ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.
8. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Figueiredo MD. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação* [tese]. Campinas: Unicamp; 2011
10. Massuda A. *O Método Do Apoio Paidéia No Hospital: Descrição e análise de uma experiência no HCUNI-CAMP* [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2009.
11. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 2001; 8(1):48-60.
12. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.
13. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Campos RTO, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-266.
14. Mehry E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Campos RTO, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
15. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 669-681
16. Onocko-Campos RT. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012.
17. Campos GWS. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos*. 4^a ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.
18. Jaeger W. *Paideia: A formação do homem grego*. 3^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
19. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):275-286.
20. Long N. *Development Sociology: Actor Perspectives*. Routledge: London; 2001.

21. Bierschenk T, Chauveau JP, Olivier de Sardan JP. *Local Development Brokers in Africa. The Rise of a New Social Category.* (Working Papers 13). Department of Anthropology and African Studies. Johannes Gutenberg Universität, Mainz, 2002. [acessado 2016 fev 8]. Disponível em: <http://www.ifeas.uni-mainz.de/workingpapers/Local.pdf>.
22. Olivier de Sardan JP. *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change.* London, New York: Zed Books; 2005.
23. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):237-248.
24. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2015.* [aces-
sado 2016 fev 8]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015.pdf
26. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Demografia Mé-
dica no Brasil 2015.* [acessado 2016 fev 10]. Diponível
em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>.
27. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). *Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos.* Rio de Janeiro: ACHIAMÉ, CEBES; 1984.
28. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. *I Colóquio Brasil e Cuba de Saúde Pública;* 08-10 dezembro 2015. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
29. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PS-
F-Paidéia de Campinas (SP). *Cien Saude Colet* 2011;
16(Supl. 1):1479-1488.

Artigo apresentado em 07/06/2016

Aprovado em 06/06/2016

Versão final apresentada em 08/06/2016