

Contribuições e as práticas de trabalho de médicos cubanos sob o olhar das equipes de saúde da família

Contributions and work practices of Cuban doctors from the perspective of family health teams

Josué Souza Gleriano, Carlise Krein e Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Resumo:

Objetivo: Descrever, a partir do olhar dos membros das equipes de saúde da família, as contribuições e as práticas de trabalho de médicos cubanos do Programa Mais Médicos (PMM). **Método:** Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em Tangará da Serra, município protagonista no estado de Mato Grosso na adesão ao PMM. Participaram do estudo os membros das equipes de saúde da família entrevistados por meio de um instrumento semiestruturado. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática em três dimensões: expansão do acesso; práticas do médico cubano e percepções da equipe. **Resultados:** Participaram do estudo 32 membros das equipes de saúde da família. A expansão do acesso se deu pela fixação do médico que, conseqüentemente, ampliou o quantitativo de consultas, demonstrando a responsabilidade com a jornada de trabalho na unidade. O processo de trabalho mostrou ser norteado pelo planejamento da atenção com utilização do monitoramento do usuário e trabalho em equipe para fortalecer o cuidado. Evidenciou o reconhecimento da prática profissional e também comparações da experiência de trabalho com outros médicos que atuavam na APS local. **Considerações Finais:** O médico cubano utiliza de elementos da clínica médica e dos fatores subjetivos, socioeconômicos e ambientais para conhecer o usuário e estabelecer planos de atenção acompanhados por monitoramento multiprofissional, no intuito de fortalecer o cuidado. Percebe-se traços que ampliaram a possibilidade de trabalho em equipe em uma perspectiva interprofissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Sistemas Nacionais de Saúde; Avaliação de Recursos Humanos em Saúde; Política de Saúde.

Abstract:

Objective: To describe, from the perspective of family health team members, the contributions and work practices of Cuban doctors in the Mais Médicos Program (PMM). **Method:** Descriptive research with a qualitative approach developed in Tangará da Serra, a protagonist municipality in the state of Mato Grosso in joining the PMM. Family health team members interviewed through a semi-structured instrument participated. The interviews were audio-recorded, transcribed and analyzed through thematic content analysis in three dimensions: expansion of access; Cuban physician practices and team perceptions. **Results:** Thirty-two members of the family health teams participated in the study. The expansion of access was due to the establishment of the doctor, which consequently increased the number of consultations, demonstrating the responsibility with the workday in the unit. The work process proved to be guided by care planning with the use of user monitoring and teamwork to strengthen care. It evidenced the recognition of professional practice and also comparisons of work experience with other doctors who worked in the local PHC. **Conclusions:** The Cuban physician uses elements of the medical clinic and subjective, socioeconomic and environmental factors to get to know the user and establish care plans accompanied by multidisciplinary monitoring, in order to strengthen care. Traits that expanded the possibility of teamwork in an interprofessional perspective can be seen.

Keywords: Primary Health Care; Family Practice; National Health Systems; Health Human Resource Evaluation; Health Policy.

Como citar este artigo:
GLERIANO, J. S.; KREIN, C.; CHAVES, L. D. P. Contribuições e as práticas de trabalho de médicos cubanos sob o olhar das equipes de saúde da família. Revista Saúde (Sta. Maria). 2023; 49.

Autor correspondente:
Nome: Josué Souza Gleriano
E-mail: josuegleriano@unemat.br
Formação: Enfermeiro
Filiação: UNEMAT

Endereço: Avenida Inácio Bittencourt Cardoso, 6967 E Bairro Jardim Aeroporto Tangará da Serra- MT CEP: 78301-532

Data de Submissão:
01/10/2022
Data de aceite:
05/10/2023

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse

DOI: 10.5902/2236583471871



INTRODUÇÃO

Reconhece-se que a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) tem favorecido para a organização do acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) promovendo melhorias nas condições de vida da população. Na expansão da cobertura da APS, espera-se que haja melhoria no acesso aos serviços de saúde, promova no território ações de promoção e prevenção, além de diagnósticos e tratamento aos agravos à saúde, o que resulta na colaboração da redução de indicadores do perfil de morbimortalidade¹. Logo, países que organizam seu sistema de saúde com base na APS garantem maior efetividade do sistema, asseverado pela diminuição de desigualdades em saúde, maior resolutividade da atenção e coordenação da atenção, o que também reflete em aumento na qualidade de vida e satisfação do usuário².

A contribuição do profissional médico na APS tende a expandir a capacidade da organização dos fluxos de atenção projetados para o SUS, especialmente por compartilhar com a equipe multiprofissional ações de diagnóstico e tratamento de uma determinada população de um território. No entanto, as desigualdades regionais na oferta de médicos, no Brasil, principalmente em municípios de extrema pobreza³ e a sua alta rotatividade⁴, constituem-se em desafios para consolidar a APS como ordenadora no sistema de saúde. Das dificuldades encontradas pelos gestores municipais em avançar a cobertura da APS, foi lançada uma campanha *Cadê o médico?* pela Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP). O governo federal, para fortalecer a expansão da cobertura da APS de forma rápida e atender a petição encaminhada pela FNP, criou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM)⁵.

O PMM oportunizou a abertura de vagas para contratação de médicos, sendo primeiramente aos médicos brasileiros, em segundo momento, aos brasileiros formados no exterior e, em terceiro, aos estrangeiros. Porém, houve um expressivo número de médicos cooperados intercambistas que aderiu ao programa^{3,6}, o que proporcionou um cenário peculiar de investigação quanto à atuação desses profissionais e as expectativas do trabalho para esse nível de atenção à saúde.

O quantitativo de médicos estrangeiros contou com expressiva participação de médicos cubanos, acordo realizado entre o governo do Brasil e de Cuba com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), chegando a mais de 18 mil médicos⁷, entretanto este número sofreu redução e finalização de cooperação com as mudanças de gestores federais⁸.

Com denominação de médicos intercambistas cooperados, os médicos cubanos tinham especialidade em Medicina Geral Integral, pelo menos dez anos de atuação profissional e mínimo de dois anos de atuação em outro país, preferencialmente com domínio básico da língua portuguesa⁹. No estado de Mato Grosso, cenário de estudo dessa pesquisa, mais de 140 médicos cubanos fizeram parte do projeto de fortalecimento da APS¹⁰. Equipes da saúde da família (EqSF) perceberam diferenças nas práticas de médicos cubanos¹¹, justificando reconhecer se essas constatações também se expressavam em um município que recebeu expressivo quantitativo de médicos intercambistas cubanos. Nesse sentido, esse estudo buscou descrever, a partir do olhar dos membros das EqSF, as contribuições e as práticas de trabalho de médicos cubanos do PMM.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa¹² desenvolvida em Tangará da Serra, município do sudoeste do estado de Mato Grosso. O município foi protagonista no estado na adesão ao PMM, contando com maior quantitativo de médicos intercambistas resultante do acordo firmado entre Brasil e Cuba¹³. Dados fornecidos pelo setor de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde e disponíveis no <http://cnes.datasus.gov.br> demonstram que, durante o período de 2014 a 2018, dos 54 médicos que passaram no PMM, 57,4% eram estrangeiros e, destes, 90,3% cubanos.

Para compor o estudo, membros das EqSF foram convidados a participar. Os critérios de inclusão foram: ser membro da EqSF com vínculo na unidade de saúde por pelo menos um ano e ter trabalhado com médicos do PMM, em específico cubanos, por um período mínimo de seis meses.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores, responsável e colaboradores, no período de 2017 a 2019, por meio de um roteiro semiestruturado que possuía como questões disparadoras: *conte-me como tem sido/ou foi o seu trabalho com o médico? Como você percebe o trabalho do médico com a equipe e com a comunidade?* Destaca-se que foi realizado um teste piloto. Os participantes foram contatados por visita presencial. Os que aceitaram participar, escolheram no calendário o melhor dia e horário para realização da entrevista audiogravada, que após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi conduzida pelos pesquisadores responsáveis.

As entrevistas tiveram duração média de cinquenta minutos e foram transcritas pelo pesquisador responsável por sua condução. O material foi salvo em um banco de dados do pesquisador responsável pela pesquisa. A identificação foi realizada pela inicial correspondente de sua profissão seguida do numeral arábico, de acordo com a ordem cronológica crescente da realização das entrevistas de cada participante, de modo a preservar o anonimato. Os dados foram sistematizados e, para a sua interpretação, optou-se pela utilização da análise de conteúdo temática¹⁴, que envolveu a análise das percepções e experiências dos participantes diante das práticas de trabalho dos médicos resultando no *corpus* da análise organizado em três dimensões (Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões de análise das práticas de trabalho de médicos cubanos do PMM, Tangará da Serra, período de 2016 a 2019.

| Dimensões de análise | Categorias |
|---------------------------|--|
| Expansão do acesso | <ul style="list-style-type: none"> - Fixação do médico; - Compromisso com as ações nas unidades de saúde. |
| Práticas do médico cubano | <ul style="list-style-type: none"> - Processo de trabalho norteado pelo planejamento da atenção; - Monitoramento do usuário; - Trabalho interprofissional para fortalecer o cuidado; - Reflexões da coordenação da atenção com a equipe; - Incentivo à prática não medicamentosa. |
| Percepções das equipes | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da prática profissional; - Comparações da prática profissional na experiência prévia de outros médicos. |

Fonte: elaborado pelos autores.

Os aspectos éticos em pesquisa foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/12, com apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) nº CAEE: 49419315.3.0000.5166.

RESULTADOS

Participaram do estudo 32 membros das EqSF, sendo nove (28,1%) enfermeiros, oito (25%) técnicos de enfermagem, três (9,3%) recepcionistas e 12 (37,6%) agentes comunitários de saúde (ACS). Quanto ao sexo, a maior frequência foi do sexo feminino (93,7%), a faixa etária variou entre 25 e 58 anos. Dois enfermeiros tinham especialização na área de

saúde da família e três estavam cursando. Todos os ACS passaram por capacitação para trabalhar nas unidades de saúde da família.

No Quadro 2, são apresentados os resultados da análise.

| Quadro 2 – Práticas de trabalho de médicos cubanos sob a percepção de membros das EqSF, Tangará da Serra –MT, período de 2016 a 2019. | |
|---|---|
| Dimensões de análise | Categorias/Principais estrato de falas dos participantes |
| Expansão do acesso | <p>- Fixação do médico</p> <p>“Aumentou o fluxo de pessoas na unidade de saúde, uma vez que você oferece uma agenda com diferentes formas de atendimento e que tenha o médico aqui, mesmo que são apenas quatro dias, porque um dia eles utilizam para estudar, a comunidade procura mais a unidade”. (Enf. 7)</p> <p>“A comunidade ganhou com uma unidade aqui, antes não tinha, se quisesse atendimento tinha que ir lá no centro, daqui fica longe e transporte poucos tem, ônibus passa muito pouco, então a gente ia direto pro hospital mesmo”. (ACS 10)</p> <p>“Nosso médico antigamente atendia aqui apenas um período em duas ou três vezes na semana, eles faziam revezamento nas unidades”. (ACS 10)</p> <p>“Foi muito bom inaugurar uma unidade aqui com médico, não tinha, o pessoal gostou porque não precisa ir muito longe”. (ACS 7)</p> <p>“Ele sempre me falou que a gente não valorizava o que tinha no sistema de saúde. Ele falou que passou em vários países, viu no Brasil muita oportunidade de acesso a saúde, mas que a gente não sabia aproveitar”. (ACS 8)</p> |
| | <p>- Compromisso com as ações nas unidades de saúde</p> <p>“Ele tem compromisso com a unidade, cumpre o horário de trabalho, e se chegar paciente além do número que tínhamos agendado no dia ele atende”. (Enf. 5)</p> <p>“Eu vi uma melhora, ter o médico aqui para trabalhar direto com a gente melhorou, ele participa das nossas ações, conversa conosco como podemos melhorar o trabalho e ainda sugere possibilidades de educação em saúde”. (ACS 6)</p> <p>“Fazia tempo que eu não trabalhava com um profissional médico que participasse das atividades da unidade, que acompanhava as nossas reuniões e opinava nas decisões. Os médicos anteriormente chegavam para consultar e iam embora”. (Enf 2)</p> <p>“Ele trabalha muito na unidade nos quatro dias que fica e também disponibilizou o seu celular caso alguma coisa fosse importante eu poderia ligar para ele, que ele veria como poderia resolver”. (Rec. 1)</p> <p>“O médico se preocupa com a questão do tabagismo, ele acha que o povo daqui fuma muito e bebe também, ele sempre fala na sala de espera: Pessoal vocês já viram o mal</p> |

Quadro 2 – Práticas de trabalho de médicos cubanos sob a percepção de membros das EqSF, Tangará da Serra –MT, período de 2016 a 2019.

| Dimensões de análise | Categorias/Principais estrato de falas dos participantes |
|---------------------------|---|
| Práticas do médico cubano | <p>- Processo de trabalho norteadado pelo planejamento da atenção</p> <p>“Ele me pede para levar na sala dele uma relação de todas as crianças que estão com vacinação em dia e as faltosas, isso todo mês” (Téc. Enf. 2)</p> <p>“O médico sempre falou na reunião que eu tenho que ter semanalmente um relatório de pessoas que foram encaminhadas para exames e ou especialista, e monitorar o retorno. Ele pede para que quinzenalmente eu fale com ele sobre esses números e como tá a questão da fila, sabe né, a fila sempre está crescendo” (Rec. 3)</p> <p>“Há uma valorização da história da família no prontuário, ele gosta que gente coloque as informações que vimos na casa também no prontuário, eu nunca anotei nada no prontuário, agora ele criou uma ficha para mim, sempre depois da visita tenho que escrever nessa folha e depois deixar na pasta do paciente”. (ACS 12)</p> <p>“Os dois médicos que passaram aqui antes de começarem a trabalhar quiseram conhecer o bairro, os ACS andaram com eles no bairro todo. Um deles quando voltou me disse que tínhamos pontos de prioridade de atenção que precisava logo saber quais eram as demandas de uma determinada microárea, era a nossa mais problemática, que envolvia violência, uso de drogas e muita pobreza”. (Enf. 7)</p> |
| | <p>- Monitoramento do usuário (Coordenação do cuidado?)</p> <p>“O médico é preocupado com o usuário, todas as vezes que algum caso é mais complicado ou que precisa ser acompanhado, ele sempre anota na agenda. No prazo ou faz a visita ou avisa o ACS para ele o lembrar do retorno da consulta”. (Enf. 7)</p> <p>“Ele normalmente pergunta sobre os pacientes que ele encaminhou, ele tem uma anotação que vai acompanhando, sempre quer saber como está àquela pessoa”. (ACS 4)</p> <p>“Toda vez que ele receita uma prescrição de medicamento que administramos aqui na unidade ele não deixa sair sem passar com ele novamente e ainda pede para avisar o ACS para dar um jeito de passar depois de uns dias na casa da pessoa para ver como ela tá”. (Tec. Enf. 5)</p> <p>“Eu consigo conversar com ele, ele me chama na sala ou vai até onde ficamos e pergunta sobre os meus pacientes. Acho isso importante, ela mostra preocupação com o pessoal da minha área, lembro que em menos de 3 meses que ela estava aqui já sabia o nome de todas as minhas gestantes e crianças recém-nascidas”. (ACS 10)</p> |

Quadro 2 – Práticas de trabalho de médicos cubanos sob a percepção de membros das EqSF, Tangará da Serra –MT, período de 2016 a 2019.

| Dimensões de análise | Categorias/Principais estrato de falas dos participantes |
|---|--|
| Práticas do médico cubano | <p>“Vejo ele bem preocupado com paciente que é hipertenso ou diabético ele me cobra muito de ir visitar e cobrar do paciente que ele sempre verifique a pressão ou a glicemia e registrar em um papel para mostrar para ele na consulta. E se falta na consulta se ele não me encontra coloca bilhete para mim na sala dos agentes”. (ACS 3)</p> <p>“O médico tem um cuidado muito grande com recém-nascidos e com a mãe, se for necessário ele vai mais de uma vez na casa, e já deixou claro que todas as vezes que a criança vir na unidade, mesmo se for para vacinar é para passar com ele” (ACS 10)</p> <p>“Ele reclama da questão da demora da resposta do exame para poder ajudar o paciente, fala que não pode ser assim, isso faz complicar alguns casos” (Téc. Enf. 3)</p> <p>“Ela disse que temos uma boa estrutura de saúde, mas que não garante continuidade de cuidado. Na experiência dele de outros países na Europa ele sempre comenta que investir na rede de diagnóstico e com resposta rápida é fundamental para que a atenção primária possa funcionar” (Enf. 5)</p> |
| | <p>- Trabalho interprofissional para fortalecer o cuidado</p> |
| | <p>“Uma coisa que percebi é que ele trabalha bastante com a enfermeira, todos os dias eles sempre fazem uma reunião, já vi eles atenderem juntos e sempre. Uma vez a senhora me disse que gostou muito do atendimento que ela tinha, porque tanto o médico como a enfermeira sabia muito do caso dela. Não via isso acontecer antes”. (Rec. 2)</p> <p>“Fazemos muitas visitas compartilhadas, eu a enfermeira e ele [médico]”. (ACS 5)</p> |
| | <p>- Incentivo à prática não medicamentosa</p> |
| <p>“Ele incentiva o uso de práticas alternativa na unidade nós inserimos acupuntura, auriculoterapia, shantala, fizemos uma horta no fundo com algumas ervas”. (Enf. 6)</p> <p>“O uso de práticas alternativas complementares foi porque ele era especialista e aplicava acupuntura e shantala, principalmente nas gestantes. Ele é um grande incentivador de plantio de frutas e verduras no quintal de casa”. (Enf. 2)</p> <p>“Ela distribuía mudas de frutas que conseguia na secretaria de meio ambiente ou na universidade na comunidade”. (ACS 8)</p> | |

Quadro 2 – Práticas de trabalho de médicos cubanos sob a percepção de membros das EqSF, Tangará da Serra –MT, período de 2016 a 2019.

| Dimensões de análise | Categorias/Principais estrato de falas dos participantes |
|----------------------|---|
| Reflexão das equipes | <p>- Reconhecimento da prática profissional</p> <p>“A gente percebe quando o usuário tá satisfeito, ele elogia a equipe. Nós temos boas avaliações, tanto é que o médico agora vai embora pra Cuba e já estão falando se vier um que não atende como esse irá reclamar e não vão aceitar”. (ACS 8)</p> <p>“No início desconfiava um pouco, foi muito falatório deles. Mas depois que comecei a trabalhar com ela, percebi que só ganhamos. A unidade é outra depois que ela chegou”. (ACS 3)</p> <p>“Meu receio era de dar trabalho, que não daria certo. Deu certo, deu muito certo. Nosso trabalho é gratificante, ele sabe de atenção primária, tem experiência em abordagem comunitária, sabe fazer diagnóstico de território, olha para aspectos que são essenciais para a prevenção”. (Enf. 2)</p> |
| | <p>- Comparações da prática profissional na experiência prévia de outros médicos</p> <p>“Eu já trabalhei com médico brasileiro e agora com cubano, tem diferença viu, o cubano entende a situação das pessoas, a carência deles. Na visita domiciliar ele olha o que pode melhorar na casa e na rotina da pessoa para melhorar a doença dela. O médico antes nem fazia visita”. (ACS 9)</p> <p>“O aumento do tempo da consulta foi nítido. Antes em poucos minutos um usuário entrava e saía da sala, sempre com uma prescrição e uma solicitação de exame. Agora ele sai com a prescrição, mas sai depois que relatou muita coisa para ele” (Enf. 1)</p> <p>“Eu já vi médico daqui atender 15 pessoas em 30 minutos e ir embora, agora ele atende às vezes no dia mais que quinze pessoas mas fica o dia todo aqui e está disponível caso algo aparecer”. (Rec. 1)</p> <p>“A agenda sempre era de 15 no máximo por dia. Ele não atendia gestante e nem criança. Agora o médico que chegou atende todos e sempre me pergunta quando acaba os prontuários que levei se tem mais alguém que precisa, ou se tem alguma coisa que é para ele”. (Rec. 2)</p> <p>“Antes tinha a questão de que nosso médico atendia em mais unidades, então era o corre-corre porque tinha que atender, se não era só na outra semana” (Rec. 3)</p> <p>“Os dois médicos cubanos que trabalhei eram muito detalhistas na consulta, questionavam hábitos de vida, faziam uma extensa anamnese do histórico do paciente e anotavam tudo, depois investigavam os exames. Não era como os outros que passaram que perguntavam o que você está sentindo e prescrevia a receita e o exame” (Enf. 8)</p> <p>“A escuta é qualificada ele coloca em prática o espaço de verbalização do usuário na consulta, olha o usuário para além da sua queixa e é muito atencioso”. (Enf. 1)</p> |

Quadro 2 – Práticas de trabalho de médicos cubanos sob a percepção de membros das EqSF, Tangará da Serra –MT, período de 2016 a 2019.

| Dimensões de análise | Categorias/Principais estrato de falas dos participantes |
|----------------------|---|
| Reflexão das equipes | <p>“Esse médico olha no paciente, toca o paciente, não fica só pedindo exame”. (Enf. 4)</p> <p>“Antigamente não dava para compartilhar muito o nosso trabalho com o médico, esse que chegou integra o nosso trabalho com o dele e faz questão de saber como estamos acompanhando os casos que ele fala para ficarmos atentos”. (ACS 10)</p> <p>“Antes os outros médicos não queriam nem saber se chegava usuário para atender que não estava agendado, era seis era seis, se chegasse o sétimo tinha que mandar para o pronto socorro se fosse algo que precisasse atender”. (Enf. 5)</p> <p>“Antes não conseguíamos conversar muito com o médico sobre alguns casos que consideramos pertinente de intervenção, que identificamos na visita, era mesmo cumprir a agenda de consulta dos pacientes listados como doentes”. (Enf. 3)</p> |

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Na dimensão de análise da expansão do acesso, percebe-se que a fixação do médico, na percepção dos membros da equipe, teve aumento no número de consultas médicas garantindo a permanência do profissional na unidade de saúde (Enf. 7/ACS 10/ACS 7) e a sua responsabilidade com o trabalho contribui para efetivar resposta da APS no território (Enf. 7/ACS 10). Em outros depoimentos, é possível registrar o relato de médicos sobre as suas experiências em outros Sistemas de Saúde, apresentando aos membros da EqSF as qualidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e os benefícios da sua organização para o fortalecimento do acesso à saúde (ACS 8).

Quanto à dimensão que consiste na prática do médico cubano, é possível reconhecer que o processo de trabalho norteado pelo planejamento da atenção com utilização do monitoramento do usuário e trabalho em equipe para fortalecer o cuidado (Téc. Enf. 2/Rec. 3) contribui para a coordenação da atenção tanto na unidade de saúde quanto na trajetória assistencial do usuário (Rec.2/ AC .5/ Enf. 5). Ressalta-se também os comentários de médicos que incentivavam a desmedicalização na APS, com interface a práticas integrativas e complementares (Enf. 6/Enf. 8).

No processo de trabalho, relatou-se experiências da utilização da produção do trabalho de ACS, de recepcionistas e de técnicos de enfermagem para subsidiar planejamento

da atenção (Téc. Enf. 2/Rec. 3/ACS 12/Enf. 7). Registra a atuação do médico no monitoramento clínico do médico no acompanhamento das ações prescritas (Enf. 7/Téc. Enf. 5/ACS 3/ACS 10) ou de encaminhamento a serviços de referência ou para realização de exames (ACS 4/ Téc. Enf. 3), mas também de reflexão com a equipe sobre a experiência de redes de atenção para conseguir garantir a continuidade do cuidado (Enf. 5). O trabalho interprofissional foi relatado pela integração das ações das atividades entre o médico, o enfermeiro da unidade e os ACS (Rec. 2/ACS 5). Houve relatos do incentivo dos médicos para a prescrição de práticas não medicamentosas como alternativas alinhadas à Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares (Enf. 6/Enf. 8/ACS 8).

Na dimensão de análise das percepções das equipes, evidenciou-se o reconhecimento da prática profissional e também comparações da experiência de trabalho com outros médicos que atuavam na APS local. O reconhecimento profissional está atrelado à convivência e a forma como os médicos conduziram as relações no ambiente de trabalho (ACS 8/ACS3/Enf. 2), o que promoveu aceitação e boa avaliação tanto pelas equipes quanto pelos usuários (ACS 8/ACS3). Evidenciou-se durante as entrevistas com os membros das EqSF que já trabalharam com médicos brasileiros certa comparação das práticas desse profissional. Destacaram-se aspectos como o aumento do tempo da consulta (Enf. 1/Rec. 1) com enfoque em abordagem holística de escuta qualificada (Enf. 1/ Enf. 4/Enf. 8), compromisso com a demanda espontânea (Rec. 3/ Enf. 5) e com grupos prioritários de atenção (Rec. 2), a realização da visita domiciliar (ACS 9) com atenção às condições sociais (ACS 9) e compartilhamento do trabalho com a equipe (ACS 10).

DISCUSSÃO

O PMM conseguiu ampliar a cobertura da APS e, conseqüentemente, aumentou a oferta de consultas médicas na APS cooperando para ampliar o acesso à saúde¹⁵ e redução do tempo de espera da consulta médica, com resultados que mostram organização das agendas, da inclusão da demanda espontânea e ampliação das visitas domiciliares^{3,4,16}.

Para além da atenção às crianças, adultos e idosos, o PMM colaborou no acompanhamento das consultas de pré-natal¹⁷, que foram consideradas de pouca realização no município estudado, antes do Programa. Considera-se que houve mudanças na forma de

conduzir a consulta médica, pois estas trouxeram maior enfoque sistêmico de investigação, ao considerar fatores que são subjetivos e os que são de ordem socioeconômicos e ambiental¹⁸. Um dos resultados nacionais do PMM foi a diminuição em 20,8% na proporção de encaminhamentos hospitalares e da morbidade por doenças sensíveis à atenção primária⁶, além do aumento no diagnóstico de doenças negligenciadas como tuberculose e hanseníase¹⁸. Assim, o PMM cooperou para avançar na discussão da implementação de uma assistência integral na APS por meio do aumento do vínculo entre o médico e o paciente⁴, o que corrobora para que haja ações que integrem a prevenção e a promoção da saúde, mas também a análise da situação saúde dos territórios¹.

O PMM, nesta pesquisa, promoveu integração das práticas dos médicos cubanos no processo de trabalho da equipe multiprofissional, assim como estratégias que fortalecem os atributos da APS⁴, fatores que estão atribuídos às características de formação desses profissionais. Investigação que analisou a integralidade das práticas de médicos cubanos mostrou que a ação de médicos em integrar-se no planejamento da equipe fomentou a discussão sobre o conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita, sincronizando o trabalho com a avaliação de riscos e a ampliação da vigilância dos ACS no território, especialmente nos aspectos relacionados à desigualdade social⁷. Os atendimentos de forma compartilhada entre médicos intercambistas e membros da equipe interdisciplinar também foram evidenciados¹¹, fomentando a integralidade do cuidado do usuário.

O trabalho do médico cubano é visto tanto neste estudo quanto na literatura que analisa essa prática pela minuciosidade na investigação clínica com foco em exame físico completo, racionalidade na prescrição médica e corresponsabilidade no acompanhamento do tratamento⁴, ou seja, pertencimento ao trabalho que se comprometeu a fazer. A atenção centrada na pessoa eleva o tempo de cada consulta médica, o que também é apontado como fator positivo na percepção dos usuários⁶, já que se sentem ouvidos e valorizados, com possibilidade de diálogo e reflexão conjunta sobre a causa do adoecimento.

Membros das EqSF destacaram comparações das práticas dos médicos brasileiros com a de cubanos, apontaram diferenças principalmente quanto à responsabilidade, ao compromisso e à forma de se relacionarem com a equipe e comunidade, traços de humanismo e empatia, além do enfoque das consultas na busca de solução para os proble-

mas^{11,19}. De acordo com a análise currículo de formação de médicos cubanos, percebeu-se que esta pautada na atenção integral e humanizada despontando traços para o trabalho em saúde de solidariedade e não de dominação²⁰.

A humanização do atendimento realizado por médicos estrangeiros, intercambistas, no compromisso com o trabalho e comprometimento com o usuário, além de postura solidária desse profissional, é característica que pode ser definida como dignidade no cuidado, a qual é evidenciada em outros estudos^{4,6,11} desenvolvidos com base na percepção de usuários, equipe e de gestores.

Os participantes do estudo também pontuaram menor rotatividade de profissionais médicos como potencialidade do PMM. A alta rotatividade dessa categoria profissional, identificada principalmente em áreas rurais e regiões de extrema pobreza, compromete as ações desenvolvidas na APS, visto que intervenções das equipes são mais resolutivas quando pautadas no conhecimento das singularidades do indivíduo e do território⁴.

Além dos benefícios imediatos obtidos com a inserção dos profissionais médicos nas equipes, a implantação do PMM impulsionou uma mudança na estrutura curricular das escolas médicas do Brasil, do modelo tradicional de formação de profissionais generalistas, restrita na análise dos aspectos biológicos do indivíduo, para um processo de formação direcionado às diretrizes da APS^{3,4}, cujos benefícios poderão ser auferidos em âmbito longitudinal, com a inserção desses profissionais na rede de atenção em saúde. E, com a valorização do médico do PMM pelo usuário e demais membros da equipe, e a melhoria de indicadores de efetividade das ações das equipes, a inserção desses profissionais nos ambientes laborais possivelmente instiga mudanças nos processos de trabalho dos demais médicos brasileiros atuantes.

Cabe pontuar que, no estado de Mato Grosso, os arranjos organizacionais para a implantação do PMM sofreram forte atuação das disputas de poder partidário e da própria categoria médica²¹. O que difere da perspectiva de Tangará da Serra foi justamente a capacidade de intervenção do poder público em acreditar na proposta e na mudança de concepção dos trabalhadores e da sociedade no acolhimento desses profissionais, tornando o PMM oportunidade de organização e melhoria da Rede de Atenção à Saúde, ao criar um ambiente de defesa que fosse favorável a rápida expansão da APS.

Elementos que foram encontrados nas práticas dos médicos cubanos em Tangará da Serra são considerados estratégicos para fortalecer a APS, ainda mais em cenário de rápida expansão da cobertura e reconhecimento de novas demandas do território, que estavam veladas pela baixa capacidade da atenção do sistema de saúde local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O médico cubano, na percepção de membros da EqSF, utiliza de elementos da clínica médica e dos fatores subjetivos, socioeconômicos e ambientais para conhecer o usuário e estabelecer planos de atenção acompanhados por monitoramento multiprofissional, no intuito de fortalecer o cuidado. Percebe-se traços que ampliaram a possibilidade de trabalho em equipe em uma perspectiva interprofissional.

O conjunto de ações ampliadas das práticas do médico cubano na corresponsabilidade com as ações na unidade de saúde e com o acompanhamento dos usuários colocou esse profissional como relevante na expansão da APS. Tal afirmação é justificada pela nova forma de organização dos fluxos de atenção e de expandir o acesso à consulta médica em um território que não tinha nem cinquenta por cento de cobertura da APS. Ampliar estudos que investiguem a integração e a prática dos médicos na APS poderá contribuir para verificar se os achados evidenciados por esse estudo, que corrobora com a literatura, poderão sofrer transformações com as mudanças do perfil de médicos alocados e com a mudança de Programa, PMM, para Médicos pelo Brasil. Entende-se que as investigações devem pontuar aspectos que circunscrita a análise do direito integral e universal à saúde.

Pontua-se que não se pode atribuir a solução dos grandes desafios que a APS enfrenta somente pelo peso da formação médica e ou de sua fixação. As fragilidades da própria política de saúde brasileira, nas transições de gestão, expõem os seus maiores dilemas para constituir projetos sólidos de apoio à APS, conseqüentemente, ao SUS. O provimento emergencial da capacidade de médicos se fixarem em periferias das grandes cidades, em municípios de pequeno porte e pobres, além das regiões longínquas que já impõem barreiras de acesso, perpassa pela capacidade de uma política estratégica alinhada às diretrizes do SUS e de gestores que se comprometam com o projeto da saúde enquanto direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
2. Kemper ES, Tasca R, Harzheim E, Jiménez JMS, Hadad J, Sousa MF. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e1. doi: 10.26633/RPSP.2018.1
3. Luizeti BO, et. al. Demografia médica em municípios em extrema pobreza no Brasil. *Revista Bioética.* 2022. 30(1). <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301517ES>
4. Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde debate.* 2019; 43 (120). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>
5. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
6. Santos JBF, Maciel MHMO, Lessa MGG, Maia ALLN, Guimarães EPA. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saude soc.* 2016; 25 (4). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163364>
7. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102917>
8. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMAV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde Debate.* 2017; 41(3):60-73. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S305>

-
9. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21:2925-2933. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.1607201>
10. Governo do Mato Grosso [homepage na internet]. [acesso em 22 set 2022]. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/-/7686351-ses-capacita-medicos-cubanos-para-atuar-em-mato-grosso>
11. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21(09) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 14^a edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
13. Ministério da Saúde. Programa mais médicos [homepage na internet]. [acesso em 22 set 2022]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011
15. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; 42 (07). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>
16. Silva HP, Tavares RP, Comes Y, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface.* 2017; 21 (1). <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0531>
17. Guimarães CA, Soares NV, Dorneles JP, Kreuning EB. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do Programa Mais Médicos. *Cinergis.* 2016; 18(1):25-28. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8144>
-

18. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, et al. Impacto do programa mais médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordestino. *Rev Eletrônica Gestão & Sociedade*. 2016; 10(26):1290-1301. <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>
19. Comes Y, Díaz-Bermudez XP, Pereira LL, et al. Humanismo na prática de médicos co-operantes cubanos no Brasil: narrativas de equipamentos de atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.130>.
20. Silva MP, Paraíso, MA. Um currículo para médicos em Cuba pela solidariedade política no campo da saúde: possíveis explicações para a atuação no programa “Mais Médicos”. *Pro-Posições*. 2021, v. 32. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0051>
21. Mota RG, Barros NF. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciênc. saúde colet*. 2016; 21(09). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>.