



INTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS DOS MÉDICOS CUBANOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL

Foto: Alejandro Zambrana



Organização
Pan-Americana
da Saúde



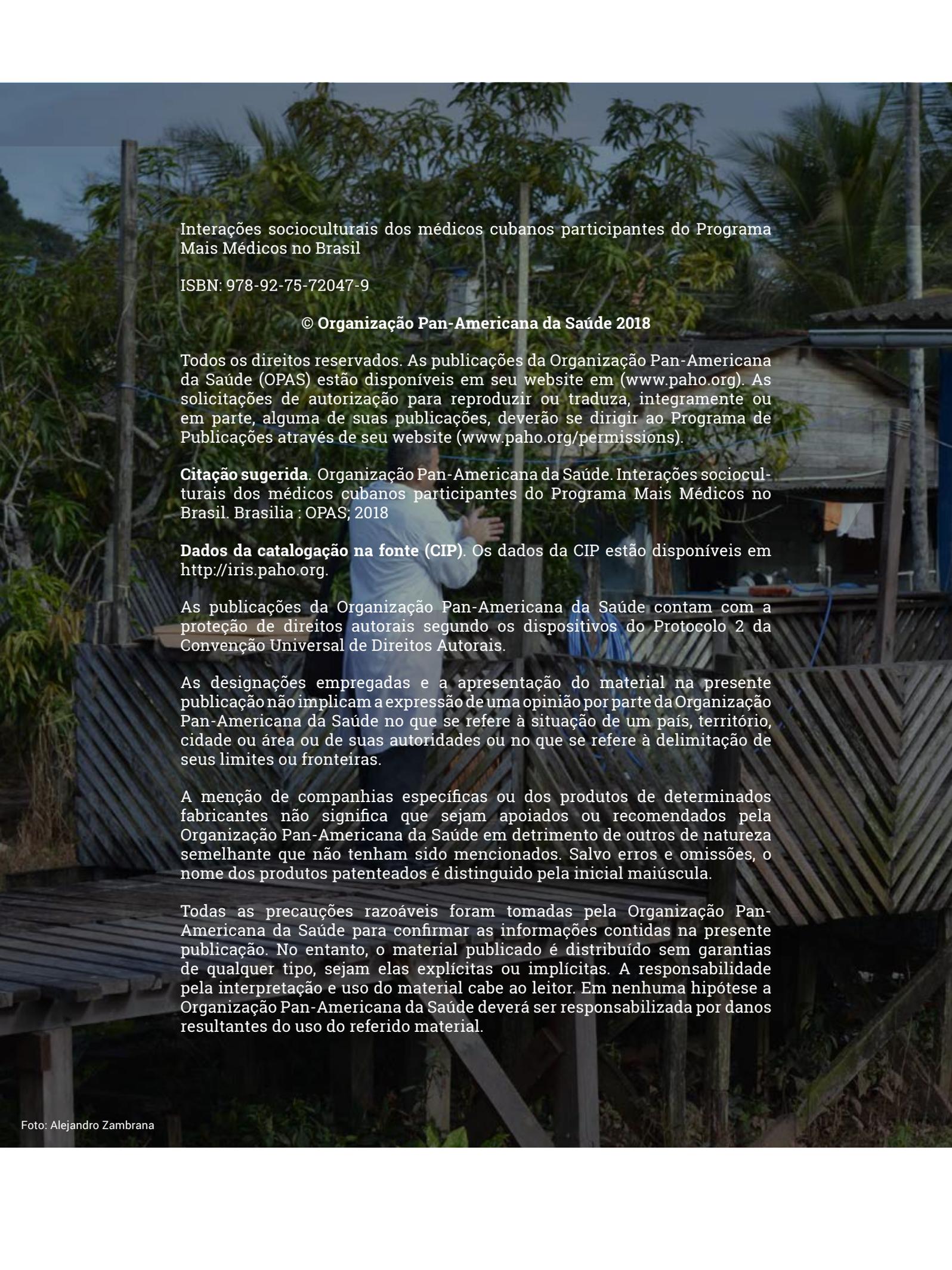
Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

**INTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS
DOS MÉDICOS CUBANOS
PARTICIPANTES DO PROGRAMA
MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

BRASÍLIA – DF

2018

A person wearing a white lab coat is standing in a rural setting. In the background, there is a wooden structure with a corrugated metal roof, possibly a clinic or a community center. The area is surrounded by lush greenery, including palm trees and other tropical plants. The lighting suggests it might be late afternoon or early morning.

Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil

ISBN: 978-92-75-72047-9

© Organização Pan-Americana da Saúde 2018

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em (www.paho.org). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website (www.paho.org/permissions).

Citação sugerida. Organização Pan-Americana da Saúde. Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil. Brasília : OPAS; 2018

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Sumário

PRÓLOGO		5
Capítulo I	Introdução: Interações socioculturais dos médicos cubanos no Brasil	9
Capítulo II	Aproximações teóricas aos fluxos migratórios Sul-Sul de profissionais altamente qualificados: os papéis da cooperação cubana e da OPAS/OMS	19
Capítulo III	Na Saúde e na Imprensa: Análise Midiática da Implantação do Programa Mais Médicos	33
Capítulo IV	Pesquisa sobre as interações socioculturais, convivência e trocas de conhecimentos entre médicos cubanos e brasileiros: notas metodológicas	57
Capítulo V	Médicos Cubanos em Áreas Indígenas: Naturezas, Doença e Cura em um “Brasil que não está nas novelas”	61
Capítulo VI	Médicos cubanos em áreas urbanas periféricas: uma análise de processos integrativos inesperados	81
Capítulo VI	Interação social, inserção comunitária e interação sócio-cultural dos médicos cubanos no interior e em áreas quilombolas do Brasil	111
Capítulo VIII	Sugestões e Críticas dos Médicos Intercambistas Cubanos Ao PMM	133
Capítulo IX	Epílogo	147



Foto: Alejandro Zambrana

PRÓLOGO

Os países da Região das Américas, em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), já percorreram um longo caminho no desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, aprovados e assumidos coletivamente pelos países na Declaração de Alma Ata (1978)¹, na Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas (2005)²; na estratégia de Acesso e de Cobertura Universal de Saúde (2014)³; e no recente Plano de Recursos Humanos para a Saúde Universal (2018)⁴. Sem dúvida, estes documentos constituem um poderoso marco referencial de políticas, estratégias e conhecimentos para o desenvolvimento dos sistemas de saúde na Região.

No caso do Brasil, houve um desenvolvimento sem precedentes, pela criação e evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), que acumula inúmeras conquistas em seus 30 anos de vida. Estabelecido em 1988, após a promulgação de uma nova Constituição Federal, o SUS tem demonstrado capacidade para superar variadas dificuldades e obstáculos ao seu crescimento e desenvolvimento, mantendo um modelo de atenção pública, universal e gratuito que hoje distingue o Brasil no cenário internacional. Seus defensores, entretanto, vêm enfrentando ameaças, principalmente em relação às políticas de financiamento, que são aquelas que mais causam preocupações relacionadas a sustentabilidade do Sistema ao longo do tempo. No presente momento, segundo semestre de 2018, tais contradições se mantêm: por um lado, o progresso tem materializado um sistema de saúde de que se orgulha a nação; por outro lado, os velhos desafios que ameaçam a evolução e a capacidade de cumprir a missão de um sistema tão vital como o da saúde.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no Brasil, em 2013, no contexto da necessidade de ampliar e garantir o acesso e a cobertura dos cuidados básicos de saúde, principalmente para a população com maior vulnerabilidade social. Trata-se de uma iniciativa de natureza holística, criada não só para resolver o problema da escassez de médicos no país, mas também para assegurar o desenvolvimento de capacidades para os cuidados básicos, e investir na infraestrutura necessária e na formação do pessoal de saúde, tanto em quantidade como em qualidade. Finalmente, o recrutamento de médicos tem caráter de emergência, pois visa preencher lacunas de cobertura em municípios carentes. O PMM trouxe impactos desde seu início, sendo percebido de forma positiva pelas populações-alvo, permitindo assim superar as fortes críticas a que

¹ <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

² <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Américas-OPS.pdf>

³ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

⁴ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56=-directing-council-spanish9965-&alias-45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=en

foi submetido por alguns segmentos da sociedade, inclusive da corporação médica. O fato é que o Programa se constitui atualmente como autêntica “marca” em saúde pública, em termos de satisfação de usuários e gestores e de resolução de problemas de saúde da população brasileira.

Este livro apresenta uma nova visão sobre o PMM, ainda pouco explorada, ao adentrar nos cenários de prática para responder perguntas importantes a respeito das interações socioculturais dos médicos cubanos recrutados, com a intenção declarada de produção de conhecimento, mas também para promover melhorias na participação de estrangeiros ainda limitada na atenção primária que o SUS oferece à população. Sua leitura virá apresentar percepções, memórias e até mesmo explicações para quem, de uma forma ou de outra, está associado ao desenvolvimento do PMM, particularmente àqueles com posição comprometida com a saúde e com o reconhecimento dos cuidados primários de saúde, como o verdadeiro caminho para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Para uma organização como a OPAS/OMS, com a missão institucional de articular esforços estratégicos de colaboração entre os Estados-Membros, temos responsabilidade na mobilização dos médicos cubanos e a viabilização de seu trabalho no Brasil. Mas, também buscar compreensão das interações socioculturais ligadas ao exercício profissional dos mesmos. Isso constitui para nós um rigoroso dever, por nos permitir corresponder conscientemente à confiança que os governos do Brasil e de Cuba depositaram na nossa Organização.

Para os mais de 18 mil médicos cubanos que trabalham ou trabalharam no Brasil, a presente publicação pode significar “...um novo olhar sobre o Brasil que não está nas novelas...”. Elas e eles certamente vão entender o que dizemos aqui. Esta foi uma expressão que aflorou várias vezes nas entrevistas que foram realizadas ao longo da presente investigação.

Esperamos que você leitor goste deste livro e que o mesmo seja uma fonte de reflexão informada sobre os temas e, além de importante fonte para produção de novos conhecimentos.

Dr. Joaquín Molina

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil



Foto: Alejandro Zambrana



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo I

INTRODUÇÃO: INTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS DOS MÉDICOS CUBANOS NO BRASIL

Joaquín Molina¹, Eduardo Siqueira², Leonardo Cavalcanti³ e Tânia Tonhati⁴

Este livro discute o processo de interação sociocultural dos médicos cubanos no Brasil, ao longo de sua participação no Programa Mais Médicos (PMM), como parte de um processo de imigração qualificada e programada pelo Estado brasileiro, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Estado cubano.

Nos últimos anos, o Brasil conjugou diferentes cenários migratórios, ao manter fluxos de emigração, ao mesmo tempo em que ocorre retorno dos brasileiros anteriormente emigrados e, mais recentemente, a partir de 2010, a chegada de novos e diversificados fluxos de imigrantes, especialmente pessoas originárias do Sul global, como haitianos, bengalis, senegaleses, entre outros, (CAVALCANTI, 2015; ROSA, 2012; HANDERSON, 2015; SILVA, 2015). Ademais, os dados atestam que o Brasil se coloca atualmente como destino importante de fluxos migratórios internos na América Latina, favorecendo o país retomar à sua “tradição imigratória”, que estava mais ou menos estancada desde o pós-guerra (SOUCHAUD, 2010: 50). Entre os diferentes grupos de imigrantes dirigidos ao Brasil nos últimos anos destaca-se a chegada de pessoas qualificadas, ou seja, que exercem profissão de nível universitário.

Nesse amplo e complexo fenômeno migratório, um fluxo significativo foi o de imigrantes qualificados na área da saúde, integrantes da cooperação estabelecida, via PMM. Entre estes se destacam os médicos cubanos, participantes de uma modalidade temporária de imigração, organizada pelos Estados cubano e brasileiro, com a intermediação da OPAS/OMS. A presença de médicos cubanos no Brasil já possuía antecedentes, pois nos anos 1990 a prefeitura de Niterói (RJ) estabeleceu acordo de cooperação técnica com a Policlínica Lawton, de Havana, baseado no modelo do Médico de Família cubano (BARRETO e SOUSA, 2015). No entanto, apenas a partir do PMM e em um contexto de escassez de médicos no país, os médicos cubanos passaram a ter notável protagonismo no Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

² Professor Associado da Universidade de Massachusetts Boston (UMASS Boston).

³ Professor da Universidade de Brasília e pesquisador com produtividade em pesquisa pelo CNPq. Coordenador do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra).

⁴ Pesquisadora do Observatório das Migrações Internacionais, OBMigra, Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Sociologia, Goldsmiths College, Universidade de Londres.

O PMM ilustra uma política pública brasileira dirigida à migração qualificada. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), há dificuldades na maioria dos países, para garantir a presença de médicos em localidades rurais, periferias urbanas e áreas remotas. Nesse sentido, muitos países têm adotado políticas para ampliar a formação de médicos, e atrair médicos estrangeiros para trabalhar em áreas carentes. Esta dificuldade afeta diferentes nações desenvolvidas e em desenvolvimento e constitui uma importante questão contemporânea no Brasil. Em resumo, o PMM foi a resposta do Estado brasileiro para suprir o atual déficit assistencial no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015: 25 e 26; OLIVEIRA et al, 2015).

De acordo com Oliveira (2015), antes do PMM diversos programas tentaram, sem significativo sucesso, atrair e fixar profissionais de saúde em regiões remotas no Brasil, tais como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Segundo o referido autor, apesar de avanços importantes e de investimentos para provimento de recursos humanos para a saúde, materializados nos programas e políticas públicas do Estado brasileiro nas últimas décadas, nenhum programa ou iniciativa teve a abrangência, magnitude e celeridade do PMM. Assim, em diferentes regiões do Brasil com intensa carência, ou até mesmo completa ausência de médicos, só foi possível a presença desses profissionais de saúde por meio do PMM, alcançando cidades do interior, comunidades rurais, áreas quilombolas, indígenas, ribeirinhas, e também bairros de periferia, favelas e comunidades marginalizadas dos centros urbanos.

No entanto, diferentemente de países como Reino Unido, Estados Unidos e Austrália, que atraem médicos de países pobres ou com menor número de tais profissionais por habitante, causando o que se conhece por *"brain-drain"* (CASTLES, MILLER, DEHAAS, 2014), o Brasil buscou firmar-se através de processo de cooperação Sul-Sul. O objetivo foi atrair mão de obra qualificada, porém evitando uma absorção que prejudicasse o país de origem. Portanto, só poderiam fazer parte do Programa os países que tivessem um índice de médicos por habitantes superior ao do Brasil (1,8 médicos/1.000 habitantes).

A presença de médicos cubanos no PMM, por meio da cooperação técnica Sul-Sul, no âmbito de uma triangulação entre Brasil, OPAS/OMS e Cuba, constitui um programa modelo de atração de mão de obra qualificada na área da saúde, sem o referido *brain-drain*. Os médicos cubanos foram denominados intercambistas-cooperados, sendo especialistas em Medicina Geral Integral, com pelo menos dez anos de experiência profissional e um mínimo de dois anos de trabalho em outro país, além de domínio básico da língua portuguesa (MOLINA, TASCA e SUAREZ, 2016: 2932). A participação desses médicos no PMM foi viabilizada pelo 80º Termo de Cooperação firmado entre a OPAS e a República Federativa do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com os dados da OPAS/OMS, entre os anos 2013 e 2017, 18.655 médicos cubanos entraram no Brasil até setembro de 2017, conforme se observa no Gráfico 1. Os dois primeiros anos do Programa foram, como se vê no gráfico, aqueles com maior número de entradas dos referidos profissionais. Em 2015 observou-se uma queda significativa das entradas, enquanto em 2016 e 2017 o número de ingressos de médicos cubanos permaneceu estável, mas sem atingir os números dos dois primeiros anos.

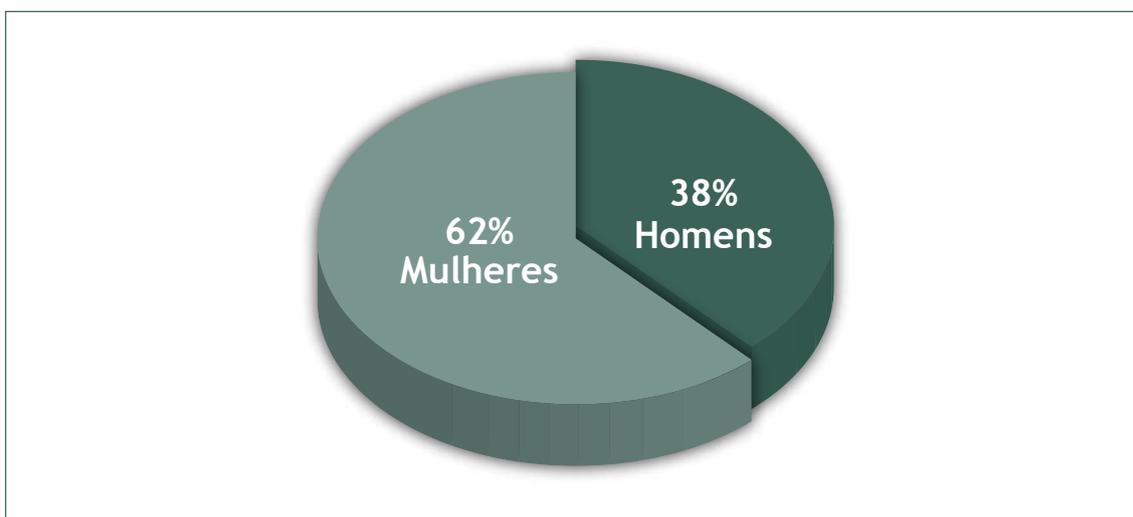
Gráfico 1. Número de médicos cubanos que chegaram no Brasil, segundo ano, Brasil 2013/2017



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Em geral, a imigração para o Brasil nos últimos anos caracterizou-se pela predominância de um fluxo masculino (CAVALCANTI, et al. 2017). No entanto, no caso dos médicos cubanos do PMM, o número de mulheres foi quase o dobro do dos homens (6937 homens e 11283 mulheres), como se vê no Gráfico 2.

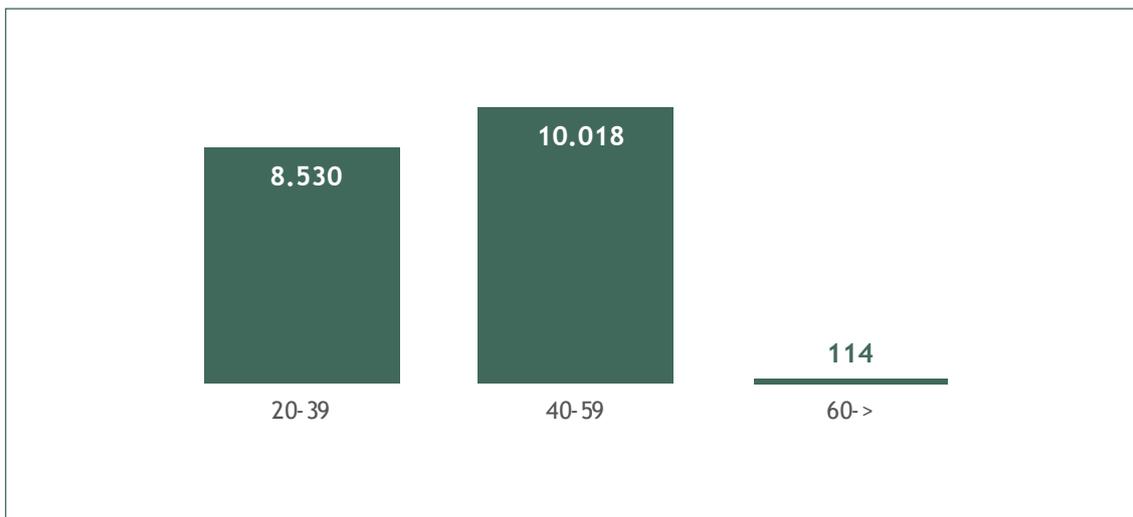
Gráfico 2. Número de médicos cubanos no Brasil, segundo o sexo, Brasil 2013/2017



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Com relação à distribuição etária, os médicos cubanos, em sua maioria, encontravam-se na faixa de 40 a 59 anos (53,0%) e entre 20 a 39 anos (45,0%). Portanto, trata-se de uma população em idade economicamente ativa, com longa perspectiva de vida laboral.

Gráfico 3. Distribuição etária relativa dos médicos cubanos, Brasil 2013/2017



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Os médicos cubanos estão alocados em todas as regiões do país. A região Nordeste foi a que mais recebeu médicos: 6.339, seguida pela região Sudeste, com 5.502; Sul com 2.979; Norte, com 2.763 e Centro-Oeste, com 1.079. De todas as Unidades da Federação, o estado de São Paulo foi o que mais recebeu médicos, seguido por Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Maranhão, Pará e Ceará.

Tabela 1. Distribuição Geográfica dos médicos cubanos, por UFs, Brasil 2013/2017

ÁREA GEOGRÁFICA			
UF	TOTAL	UF	TOTAL
Rondônia	335	Sergipe	198
Acre	206	Bahia	1.802
Amazonas	631	Minas Gerais	1.531
Roraima	140	Espírito Santo	435
Pará	1.048	Rio de Janeiro	573
Amapá	194	São Paulo	2.963
Tocantins	209	Paraná	1.122
Maranhão	1.049	Santa Catarina	518
Piauí	455	Rio Grande do Sul	1.339
Ceará	1.048	Mato Grosso do Sul	250
Rio Grande do Norte	317	Mato Grosso	289
Paraíba	265	Goiás	466
Pernambuco	897	Distrito Federal	74
Alagoas	308		
BRASIL			18.220

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Entre os 5.570 municípios brasileiros, 3.544 receberam médicos cubanos. Os municípios da região Nordeste foram os que mais receberam médicos cubanos. No Sudeste, o município de São Paulo recebeu 257 médicos e do Rio de Janeiro 182, sendo que estas duas cidades receberam o maior número de médicos por município no país. A Tabela 2 apresenta a distribuição de intercambistas nos cinco municípios que mais os receberam em cada região.

Tabela 2. Distribuição Geográfica dos médicos cubanos, segundo os principais municípios, por região, Brasil 2013/2017

SUL	2.979	SUDESTE	5.502
Ponta Grossa	116	São Paulo	257
Porto Alegre	56	Rio de Janeiro	182
Novo Hamburgo	49	Campinas	108
Curitiba	39	Osasco	94
Gravataí	38	Limeira	81
NORTE	2.763	NORDESTE	6.339
Macapá	63	Fortaleza	88
Santana	42	Morada Nova	39
Manaus	40	Iguatu	38
Rio Branco	40	Salvador	37
Porto Velho	35	Chapadinha	35
		Recife	35

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Um total de 519 médicos cubanos também foram alocados em áreas indígenas. Assim, na Região Norte, 313 médicos foram distribuídos em 20 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); no Nordeste foram 102 médicos em sete DSEI; no Centro-Oeste, 85 médicos em seis DSEI; na Região Sul e Sudeste foram 21 e 10, respectivamente, em apenas um DSEI em cada. Ver os dados, em detalhe, no quadro a seguir.

Tabela 3. Distribuição Geográfica dos médicos cubanos, segundo os DSEI, Brasil 2013/2017

DSEI	UF	TOTAL
DSEI do Alto Rio Juruá e Alto Rio Purus	Acre	30
DSEI de Alagoas e Sergipe	Alagoas	12
DSEI do Amapá e Norte do Pará	Amapá	11
DSEI de Manaus, Parintins, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purús, Médio Rio Solimões e Afluentes e Vale do Javari	Amazonas	131
DSEI da Bahia	Bahia	31
DSEI do Ceará	Ceará	4
DSEI do Maranhão	Maranhão	27
DSEI de Cuiabá, Kayapó, Araguaia, Parque Indígena do Xingu e Xavante	Mato Grosso	60
DSEI do Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul	25
DSEI de Minas Gerais e Espírito Santo	Minas Gerais	10

DSEI	UF	TOTAL
DSEI de Altamira, Guamá-Tocantins, Kayapó e Rio Tapajós	Pará	43
DSEI Potiguara	Paraíba	2
DSEI do Litoral Sul	Paraná	2
DSEI de Pernambuco	Pernambuco	24
DSEI de Porto Velho e Vilhena	Rondônia	22
DSEI do Leste de Roraima e Ianomâmi	Roraima	50
DSEI do Interior Sul	Santa Catarina	21
DSEI do Tocantins	Tocantins	14

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017.

Tais dados demonstram a abrangência, a profundidade e a rapidez da implantação do programa em todo o território nacional. Diante dessa realidade, a OPAS/OMS fomentou estudos para avaliar o impacto do PMM na Atenção Básica oferecida pelo SUS. Entretanto, pouco foi publicado, até o presente momento, sobre as interações socioculturais dos médicos cubanos como imigrantes temporários qualificados.

Objetivando preencher essa lacuna, os capítulos seguintes analisam os processos de interação sociocultural, a convivência e as trocas de conhecimentos entre médicos cubanos e brasileiros, bem como entre os mesmos e os enfermeiros, agentes de saúde, pacientes e a população onde prestaram serviços e moraram.

O livro está dividido em nove capítulos, dois dos quais complementam a pesquisa que o originou. O primeiro capítulo trata de uma aproximação teórica sobre as migrações qualificadas e suas perspectivas analíticas. O autor demonstra como para Cuba a emigração qualificada de médicos é na atualidade uma estratégia diplomática, econômica e geopolítica, e, portanto, vai além de uma lógica marcada por decisões individuais. Quando se analisa o caso singular cubano, a migração qualificada de médicos não se baseia exclusivamente na vertente econômica de busca por melhores salários ou empregos em outros países ou da competição individual no mercado de trabalho; ao contrário, responde a uma lógica de cooperação Sul-Sul negociada entre Estados.

O segundo capítulo foi produzido por autores convidados, que trouxeram a discussão de como a mídia informou a população sobre o PMM. Os autores demonstram de forma didática como os discursos midiáticos foram construídos e trataram o PMM de forma pejorativa e preconceituosa, particularmente no seu início. O capítulo analisa ainda a veiculação das notícias sobre o PMM ao longo de sua implantação nos meses de junho a dezembro de 2013, em dois jornais impressos do estado do Espírito Santo. Nesse capítulo, os autores afirmam que a mídia majoritariamente tratou o PMM sob a perspectiva dos conflitos e das disputas simbólicas de poder, com destaque para os embates enfrentados pelo PMM e também a necessidade de sua reafirmação e validação. Ademais, destacaram que poucos foram os discursos midiáticos que explicitaram o funcionamento do PMM, ou discutiram a necessidade de sua implantação, bem como seus possíveis impactos positivos na saúde da população.

Os demais capítulos tratam dos resultados obtidos pela pesquisa acima citada, os quais foram todos escritos por pessoas que fizeram parte da pesquisa, de forma ativa e contínua, seja no trabalho de campo e/ou na análise do material coletado.

Os capítulos que seguem analisam as interações dos médicos cubanos em três grandes áreas etnográficas, onde a pesquisa foi concentrada: 1) áreas indígenas 2) periferias urbanas e 3) comunidades quilombolas. A divisão por regiões buscou entender as singularidades das interações nesses diferentes espaços, já que as interações sociais se dão de forma diferente de acordo com os lócus sociais onde se constituem. As localidades não determinam diretamente tais interações; antes aportam importantes e diferenciadas dinâmicas, experiências e percepções nas relações sociais, pois constituem espaços constantemente construídos e recriados historicamente, de formas diversas.

O capítulo que trata das interações dos médicos cubanos nas áreas indígenas apresenta e discute os resultados das entrevistas realizadas com os médicos cubanos lotados em Unidades Federativas que compõem a chamada “Amazônia Legal”, conceito que inclui as sete unidades federativas da região Norte (Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins), uma da região centro-oeste (Mato Grosso) e uma da região nordeste (Maranhão). As entrevistas foram realizadas nesse amplo espaço amazônico: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Tocantins. O autor descreve e analisa as singularidades e muitas vezes as surpresas dos médicos cubanos ao trabalharem em um Brasil que, segundo eles, “*não se vê nas novelas*”, ou seja, um Brasil onde os rios são os principais ou únicos meios de transporte, onde a convivência com animais e costumes tradicionais indígenas surpreende e incomoda, mas, que ao mesmo tempo gera ensinamentos. O autor demonstra o encontro dos saberes e práticas indígenas sobre saúde e doença com os dos médicos levou os últimos a valorizar os conhecimentos tradicionais indígenas sobre plantas medicinais e rituais de cura, por outro lado, como tal interação motivou os profissionais a promover mudanças de hábitos nos indígenas relacionados às condições de higiene e a alguns cuidados com o corpo.

O capítulo seguinte analisa as interações socioculturais dos médicos cubanos nas periferias urbanas. Foram entrevistados 48 médicos cubanos em 30 municípios localizados em 13 estados: Amapá, Rondônia, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Os autores chamam a atenção para o fato de que o processo de interação nas periferias dos grandes centros urbanos teve mais limitações do que em municípios menores. Destacam também, que a violência urbana foi o grande fator inibidor das interações com os brasileiros nessas áreas. Esses autores, constataram que os processos de interação sociocultural não só não foram previstos no desenho da política brasileira que criou o PMM, como não estiveram presentes nas preocupações das autoridades municipais e equipes de saúde que acolheram os médicos.

No entanto, observaram que houve um forte processo de interação sócio profissional e comunitária. Segundo eles, as fortes interações dos médicos cubanos com as equipes de saúde e com os pacientes fazem parte de um *habitus* da prática médica dos profissionais cubanos. Os autores demonstram que interagir e se integrar na vida dos pacientes e das equipes de saúde foi fator essencial para a prática médica dos intercambistas. Dessa forma, os autores sugerem que os médicos cubanos parecem possuir um *capital de mobilidade* adquirido em experiências no estrangeiro, que se traduz pela capacidade de entender, conviver e respeitar as diferenças sociais e individuais, o que contribui para a construção de relações sociais e processos integrativos mais harmônicos.

A seguir vem o capítulo que analisa a interação dos médicos cubanos em áreas quilombolas. O autor argumenta que os médicos cubanos no Brasil não chegaram a vivenciar um processo de interação típico de grupos ou indivíduos migrantes típicos, em termos de aculturação ou integração, porque residiram no Brasil no

limite de tempo de uma imigração temporária. Não obstante, o exercício de sua profissão e especialidade os levou médicos a interagir de forma intensa, ampla e profunda com a sociedade e cultura brasileira, alcançando um nível de inserção e participação muito maior que o experimentado por outros coletivos de imigrantes.

Encerramos o livro, mas não a história dos médicos cubanos no Brasil, com mais dois capítulos. Um com sugestões e críticas para o melhoramento do PMM, no qual os autores buscam dar voz aos médicos cubanos e às suas próprias recomendações e sugestões para o aprimoramento do Programa. Claramente, o PMM foi uma experiência com grandes êxitos, para a saúde dos pacientes, para o aprimoramento do conhecimento médico-sanitário e para a construção de laços socioculturais entre médicos, pacientes, equipes médicas e comunidades.

Por último, um epílogo sintetiza muitas das questões que foram discutidas na pesquisa e no capítulo de sugestões e críticas.

O conjunto dos relatos dos participantes no estudo implica em que quando se estabelece uma política de migração qualificada visando à contratação de profissionais de alta qualificação, como é o caso dos médicos cubanos intercambistas, é preciso ter em mente que estes virão não apenas como profissionais médicos, mas sim como pessoas com necessidade de interagir socialmente, de apreender português, com costumes e hábitos diferentes, padecendo de saudades de seus familiares e parentes. Alguns se envolverão emocionalmente com a população brasileira e poderão se apaixonar e casar. Poucos até poderão vir a falecer. Em resumo, quando se organiza um processo de migração qualificada organizada por Estados, não se deve ter a expectativa que a vida dos migrantes ficará em suspenso durante o período migratório em uma localidade específica. A vida seguirá seu curso e, portanto, esses processos migratórios serão também dinâmicos e mutáveis. Assim sendo, os leitores estão convidados a entender melhor as dinâmicas, surpresas e diversidades das experiências dos médicos cubanos no Brasil.

Referências

- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T.; TONHATI, T. A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro. Cadernos OBMigra, Ed. Especial, Brasília 2015.
- CASTLES, S., DE HAAS, H., MILLER, M. (2014). The age of migration: international population movements in the modern world. London: Palgrave Macmillan.
- HANDERSON, J. Diáspora. As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apresentação de um ano do Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 2014 Set 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M-DICOS--04-09-1.pdf>
- MOLINA, Joaquín; TASCA, Renato and SUAREZ, Julio. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2925-2933. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>.
- OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

ROSA, R. D M. Brasil e Haiti: uma equação imperfeita? Um estudo sobre haitianos na região norte do Brasil. In: Renata de Melo Rosa, Carlos Federico Dominguez Ávila. (Org.). Democracia, desenvolvimento e cidadania no Brasil: a construção de uma agenda de pesquisa em políticas públicas, Volume 2. Curitiba/ Paraná: CRV, , v. 2, p. 197-206. 2012.

SILVA, Sidney. Fronteira amazônica: passagem obrigatória para haitianos? REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, Ano XXIII, n. 44, p. 119-134, jan./jun. 2015.

Souchaud, S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Ferreira, A. P. et al. (Ed.). Deslocamentos e reconstruções da experiência imigrante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.267-292.

SOUSA, Camille Melo Barreto e A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

VINUTO, Juliana A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014



Foto: OPAS/OMS

Capítulo II

APROXIMAÇÕES TEÓRICAS AOS FLUXOS MIGRATÓRIOS SUL-SUL DE PROFISSIONAIS ALTAMENTE QUALIFICADOS: OS PAPÉIS DA COOPERAÇÃO CUBANA E DA OPAS/OMS

Fanor Julián Solano Cárdenas¹

Introdução

Desde a II Guerra Mundial tem sido realizado um forte e intenso debate acadêmico em torno do significado e das implicações da chamada *migração internacional qualificada* (DAUGELINE & MARCINKEVICENE, 2009; GAILLARD & GAILLARD, 2009; KOSER & SALT, 1997; MIWAGIUA, 1991; STANTON, 1990). Tais profícuas discussões deram origem a quatro perspectivas ou abordagens de análises: “*brain drain*,” “*brain gain*,” “*brain circulation*” e “*brain networking*,” que em síntese procuraram situar a mobilidade internacional de pessoas altamente qualificadas, em um debate sobre a perdas ou lucros para o crescimento econômico dos países, especialmente aqueles denominados como subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (BEINE, ET, AL, 2008; FAN & STARK, 2007; SCHIFF, 2005; CARR et, AL, 2005; STARK, 2004; MEYER, 2001; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

Essas quatro perspectivas são moduladas por interesses definidos, seja da economia neoclássica, da teoria da modernização ou da doutrina do liberalismo, que delimita o escopo espacial e temporal das abordagens de interpretação e dos próprios objetos de estudo. Considerando tais conceitos, as teorias elaboradas são geralmente focalizadas nos fluxos migratórios Sul-Norte e Norte-Norte, deixando de lado outras tendências de grande relevância, como é o caso dos fluxos Sul-Sul², além de se concentrarem na análise de processos migratórios individuais geridos pelas próprias pessoas e não como fenômenos coletivos.

O recorte habitualmente realizado limita, assim, as possibilidades de se analisar outros fenômenos da mesma natureza, entre eles os fluxos migratórios Sul-Sul dos profissionais, organizados e geridos pelos próprios Estados, em estratégias de cooperação técnica internacional. Um caso exemplar mundial deste tipo de migração é o dos profissionais de saúde de Cuba, que deixam o país por períodos de tempo definidos, para trabalhar em ajuda humanitária internacional.

¹ Doutorando em Estudos Latino-Americanos no Departamento de Estudos Latino-Americanos (ELA) na Universidade de Brasília (UnB).

² Os fluxos sul-sul correspondem a deslocamentos internacionais da população em uma unidade geopolítica. O sul geopolítico tende a coincidir com o sul geográfico do globo, mas se sobrepõe a um campo social de relações de poder e não a um campo geográfico-natural ou espacial.

Reconhecendo tais limitações, este texto se distancia das perspectivas clássicas relativas à migração internacional qualificada, tomando como estratégia alternativa a análise do processo de interação sociocultural dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil. Assim, trabalhou-se, por um lado, com noções, conceitos e teorias relacionadas aos achados deste estudo e, por outro, com categorias emergentes que o trabalho de campo proporcionou.

O presente capítulo é dividido em quatro seções. A primeira descreve as limitações das perspectivas clássicas de migração internacional qualificada para interpretar a mobilidade Sul-Sul, especialmente os programas de cooperação médica internacional cubana. A segunda expõe o papel que a OPAS/OMS têm desempenhado para garantir condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde que circulam hoje por vários países do mundo. Na terceira parte está narrada a trajetória social e histórica da cooperação médica internacional cubana, mostrando pontos de inflexão e mudanças de tendência nas últimas décadas. Por fim, a quarta parte, apresenta uma reflexão sobre os propósitos da atual cooperação, como proposta de apoio ao desenvolvimento da soberania na saúde, da política externa, da captação de recursos e da estratégia geopolítica.

Abordagens clássicas e suas limitações teóricas e analíticas para o entendimento do fluxo migratório internacional de profissionais de saúde cubanos

As perspectivas clássicas de migração internacional qualificada, apesar de suas divergências quanto às implicações e aos efeitos da mobilidade dos profissionais, têm em comum vários elementos que limitam a análise das diversas realidades em foco, orientando, ao mesmo tempo, a uma direção pré-determinada. Em primeiro lugar, essas orientações teóricas colocam a discussão no campo da racionalidade econômica e do cálculo monetário, típica do espírito da modernidade ocidental e do pensamento utilitarista (SIMMEL, 1986; SIMMEL, 1977), que entende os fluxos migratórios dentro de uma dicotomia excludente e arbitrariamente articulada com interesses macroeconômicos.

Com efeito, a resposta à questão das implicações que o êxodo dos profissionais traz para os países de origem, tem sido dada, predominantemente, por economistas, os quais mediante diferentes modelos econométricos procuram medir o grau de comprometimento que a economia de um país e seu nível de “desenvolvimento” poderiam sofrer com a saída de profissionais (CARR et al, 2005; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

Na academia há atualmente um intenso debate sobre os tipos de políticas que seriam mais adequadas para promover ou restringir a mobilidade de tais profissionais altamente qualificados (LAVENEX DE 2007; MAHROUM, 2001; LOWELL & FINDLAY, 2001; IREDALE, 2001). Entre as diferentes perspectivas teóricas para estudar esse tipo de migração, as pesquisas partiram do enfoque denominado “*brain drain*”, até chegar ao paradigma de “*brain networking*”, no início deste século. Entre a “*brain drain*” e a “*brain networking*”, outros debates acadêmicos ganharam robustez na tentativa de compreender a mobilidade de profissionais qualificados, como as interpretações teóricas focadas em “*brain gain*”, “*brain exchange*” e “*brain circulation*” (DAUGELINE & MARCINKEVICENE, 2009; KOSER & SALT, 1997).

Neste aspecto, Koser & Salt (1997) ressaltam que as pesquisas sobre a migração internacional de pessoas altamente qualificadas começaram na década de 1960, como resultado do temor de alguns economistas ingleses que sofriam com a “fuga de cérebros” (*brain drain*) dos países em desenvolvimento para os países

desenvolvidos. Nos anos setenta, tal temor se espalhou e os economistas começaram a se perguntar sobre os efeitos que a migração poderia gerar para os próprios países desenvolvidos.

Para Gaillard & Gaillard (2009), a perspectiva da “fuga de cérebros” (*brain drain*) não só respondia ao fato empírico do êxodo, como marcava uma atitude diferente em relação à migração de trabalhadores qualificados, que já vinha ocorrendo desde o período colonial e pós-colonial, constituindo-se como regra e não exceção. Na época, o grande apoio a tal discussão foi posto pelos economistas, alguns para criticar a ideia de fuga de capacidades, outros para corroborá-la.

Assim, esta linha de interpretação principal posicionou o crescimento econômico como o problema central da discussão, dentro do marco de trocas monetárias realizadas em uma economia de livre mercado. Isso levou a que ganhos ou perdas fossem medidos em termos financeiros e comerciais, reafirmando o pensamento econômico neoclássico, que muitas vezes equipara o bem-estar social com o crescimento da riqueza das nações (PIKETTY, 2014).

No mesmo contexto, ganharam relevância questões como a produtividade, a captação de capital de risco, a abertura de empresas, a consolidação de novos nichos de mercado, além da construção de redes de empresas transnacionais e transcontinentais (SAXENIAN, 2005).

Com base nos mesmos parâmetros economicistas, os migrantes foram assumidos como sujeitos racionais, dotados de funções macro-econômicas e envolvidos nas condições de um livre mercado, o que reduziu o debate das perdas e dos ganhos sistêmicos e estruturais para os países, ignorando a subjetividade do migrante, bem como os benefícios pessoais e familiares que sua mobilidade internacional poderia gerar. As pessoas migram por causa da falta de emprego em seus países, na busca de melhores lugares para desenvolver sua prática profissional, obter um salário melhor ou maior reconhecimento profissional (GAILLARD & GAILLARD, 2009).

As discussões sobre os impactos da migração qualificada na redução da pobreza e da desigualdade; na melhoria das condições de vida dos migrantes; na modernização do sistema de saúde ou o aumento da qualidade educacional dos países de origem, têm sido limitadas face aos debates relacionados ao crescimento econômico ou à transferência de conhecimento e tecnologia. A supervalorização de determinados temas e objetos de estudo, com a desvalorização de outros, reafirma o enfoque econômico liberal assumido pelas teorias dominantes nesse campo.

Além disso, em sintonia com a visão da economia neoclássica, a principal linha de pensamento da migração internacional qualificada, postulou o fenômeno do *desenvolvimento* como uma das principais preocupações deste campo, legitimando-o como um projeto civilizatório, dentro de um paradigma de sociedade (NISBET, 1981; ESCOBAR, 1998; SACHS, 1992; HETTNE, 1990). Todas as perspectivas foram assim influenciadas e inspiradas por tal projeto desenvolvimentista, sem que fosse assumida alguma posição crítica frente ao mesmo ou colocá-lo sob tensão. Essa inclinação explícita a relevância que adquiriram em diferentes debates fenômenos como o desenvolvimento científico, a transformação tecnológica, o crescimento econômico e a diversificação produtiva baseada no conhecimento. O projeto desenvolvimentista e seus diversos componentes ganharam importância depois de 1960, porque foi este o modelo de mudança social imposto pelos Estados Unidos após a II Guerra Mundial, quando este país se consolidou como a nação hegemônica no

mundo e grande vencedor dos conflitos armados na primeira metade do século XX (BOESNER, 1977; SACHS, 1992; HETTNE, 1990).

Adotar o projeto desenvolvimentista como horizonte social e referencial teórico implicou em assumir uma visão teleológica da história e da mudança social baseada nas nações industrializadas como o paradigma de sociedade, posição, aliás, amplamente criticada dentro da teoria social da América Latina (BAMBIRRA, 2013; DOMINGUES, 2012; MARTINS, 2011; SANTOS, 2004; CASANOVA, 2002; OSORIO, 1994; CARDOSO E FALETTO, 1977; FRANK, 1975; SUNKEL, 1973; PREBISCH, 1962); na antropologia do desenvolvimento (ESCOBAR, 1998); na teoria geopolítica (BORO, 2002; CECEÑA, 2005, CORONADO, 2014), bem como na sociologia de desenvolvimento (NISBET, 1981; SACHS, 1992; HETTNE, 1990; WALLERSTEIN, 1984).

Além disso, tais perspectivas incluem os migrantes como “capital humano”, ou seja, como um ativo permutável na economia de livre mercado. Como parte de tal conotação as pessoas são vistas como um fator de produção, uma vez que dentro dos postulados da economia “o nível médio de capital humano em uma sociedade tem efeitos positivos sobre a produtividade e o crescimento” (LOWELL & FINDLAY de 2001: 11). Na perspectiva da GAILLARD & GAILLARD (2009), tal entendimento sobre os migrantes está relacionado com o momento histórico e teórico em que se abriu o debate sobre a mobilidade internacional de trabalhadores qualificados, conforme introduzido na arena pública pela ONU em 1963, poucos meses depois de ter sido apresentada à comunidade científica a teoria do capital humano de Gary Becker, com grande influência na compreensão relativa a profissionais migrantes como agentes econômicos e seu processo migração como fuga de capacidades (MEYER, 2001, BIAO, 2005). Por sua vez, tal ênfase revela a influência marcante da teoria econômica neoclássica na análise dos fluxos migratórios, com seu acentuado viés.

No marco referencial das discussões na perspectiva da “*brain networking*”, há duras críticas à linha principal da migração internacional e à maneira como nela foram percebidos dentro dela os migrantes profissionais (MEYER, 2003). Com base nas teorias econômicas de crescimento endógeno e os princípios da teoria do capital humano, profissionais qualificados foram entendidos apenas como capital ou fator individual e seu conhecimento como uma característica pessoal isolada do contexto social em que ela é construída (MEYER, 2003). Assim, na perspectiva de tal linha, manter os indivíduos no país de origem era um ganho e sua migração para o exterior era uma perda, ignorando quando e onde os indivíduos altamente qualificados desenvolviam suas habilidades. Tal abordagem de “*brain networking*” compreende o migrante em uma dimensão coletiva (MEYER & Brown, 1999), mas não deixa de vê-lo, também, como um sujeito econômico que interage no âmbito de relações em um livre mercado.

De acordo com os três elementos apresentados, as perspectivas clássicas da migração internacional qualificada oferecem grandes limitações para entender a mobilidade internacional dos profissionais de saúde de Cuba, no âmbito dos programas de cooperação médica. Por um lado, foram concebidas para entender uma realidade migratória totalmente diferente daquela dos profissionais cubanos, a qual obedece a lógicas diferentes daquelas que levaram à migração Sul-Norte e Norte-Norte na segunda metade do século XX. Por outro lado, as abordagens clássicas partem de pressupostos teóricos, preocupações e dilemas que não se ajustam à realidade empírica subjacente aos programas de cooperação médica internacional cubana.

A mobilidade dos médicos cubanos tem como fundamento uma política de Estado, com pilares baseados em princípios como solidariedade, intercâmbio e cooperação Sul-Sul. Nesse sentido, a migração de médicos

cubanos não pode ser compreendida somente em função das suas possíveis contribuições para o crescimento econômico das nações ou para o aumento da produtividade de negócios, elementos que constituíam o foco das discussões e o ponto de partida das perspectivas tradicionais neste campo teórico.

Programas como Mais Médicos, Missão *Barrio Adentro*, Operação *Milagro*, Programa Integral de Saúde (PIS), ou Contingente Internacional de Médicos Especialistas, que serão apresentados adiante, tiveram como propósitos fortalecer os sistemas de saúde dos países receptores da cooperação e prestar ajuda em casos de desastres naturais, de forma solidária (GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010).

A migração cubana qualificada tem sido regulada por lógicas diferentes da racionalidade econômica. Os profissionais são mobilizados no âmbito de acordos bilaterais e multilaterais de cooperação. Isso permitiu que os médicos cubanos sejam ligados coletiva e diretamente à estrutura institucional do Estado, com o objetivo de fortalecer as políticas, programas e estratégias governamentais de saúde das nações que recebem a cooperação. Desta forma, é a cooperação e não a competição o princípio que orienta as interações sociais dos médicos cubanos. A partir dessa leitura, o debate não pode ser levantado em termos de ganhos e perdas macroeconômicos, mas deve se concentrar nos benefícios sociais advindos de tal mobilidade migratória.

Os profissionais de saúde cubanos também não podem ser entendidos apenas como um fator de produção ou um ativo permutável na economia de livre mercado, porque seu processo de migração não está vinculado a um projeto individual motivado pela rentabilidade econômica. A estrutura de tal iniciativa representa um acordo organizado de cooperação entre Cuba e outras nações. Dessa forma, a mobilidade dos médicos cubanos questiona boa parte das perspectivas analíticas clássicas relativas ao entendimento da migração de profissionais altamente qualificados.

O papel da OPAS/OMS na regulação da migração internacional de trabalhadores da saúde

O processo de globalização do mercado e do capital acelerou os fluxos migratórios internacionais nas últimas décadas (GAILLARD & GAILLARD, 2009, LAVENEX, 2007, SAXENIAN, 2005) e no marco dessa dinâmica a mobilidade internacional de alguns profissionais, entre eles os da saúde, ganhou reconhecimento (LOWELL & FINDLAY, 2001, OIT, 2003). A migração ocorreu principalmente de países de baixa renda para países industrializados e de alta renda, configurando o clássico fluxo Sul-Norte. Isso sem ignorar que há migrações entre as nações industrializadas, no que poderia ser denominado de migração Norte-Norte. Uma consequência deste fenômeno é a escassez de profissionais de saúde em países de baixa renda e em desenvolvimento, o que tem impedido o suprimento satisfatório das necessidades dos seus sistemas nacionais de saúde na origem. Alguns países, como a África do Sul e Filipinas, constituem um ícone de tal tendência, pois mais da metade dos seus trabalhadores de saúde emigraram para países com melhores condições econômicas. Entre os países que recebem esse fluxo está o Reino Unido, onde se estima que mais da metade dos médicos e enfermeiros são estrangeiros (OIT, 2003).

Na região das Américas a migração dos profissionais de saúde também é acentuada. A OMS estima que cerca de seis mil médicos estrangeiros sejam registrados por ano nos Estados Unidos. No Caribe 35,0% dos cargos de enfermeiros estão vagos, devido à emigração e outros fatores. Grande parte deste capital humano

migrou para o Canadá e os Estados Unidos, países os quais 83,0% dos enfermeiros da região vem se dirigindo, apesar do registro de uma escassez de cerca de duzentos mil profissionais da área da saúde (OIT, 2003).

Considerando que muitos migrantes trabalham em condições de terceirização e subcontratação, em contextos regionais de profunda deterioração das relações do trabalho (OIT, 2018), a OPAS/OMS tem feito grandes esforços para que os profissionais de saúde migrantes desenvolvam seu exercício profissional em condições dignas de trabalho. Uma das ações mais importantes para garantir o trabalho regular e não precário, nos termos definidos pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), é a Declaração de Kampala, adotada pelo Primeiro Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde, na qual se recomenda aos governos fornecer proteção social e ambientes de trabalho seguros para os profissionais de saúde, ao mesmo tempo que defende uma distribuição equitativa de médicos, enfermeiros e outros profissionais entre os diferentes países, a fim de evitar a escassez que o referido processo produz (OMS, 2008).

A resolução AMS 63.16, promulgada na 63ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em 2010, tem o mesmo propósito da declaração de Kampala, incluindo um código de práticas para recrutamento internacional dos profissionais. Na mesma linha estão as resoluções WHA 57.19 e a AMS 58.17, também aprovadas na AMS, com diretrizes políticas visando a organização e a regulação dos fluxos de profissional de saúde em todo o mundo. Essas resoluções fornecem bases legais para: monitorar os fluxos de trabalhadores de saúde; proteger as condições laborais; apoiar a construção de acordos bilaterais, regionais e multilaterais relacionados à migração de saúde; criar mecanismos para melhorar a permanência dos recursos humanos em saúde em seus países de origem, além de fornecer apoio aos países para o desenvolvimento de políticas que tratem da migração de profissionais de saúde (OMS, 2010).

Levando em conta a escassez de profissionais de saúde em países de baixa renda, a OMS tem promovido e divulgado, desde o início do presente século, princípios e práticas que garantam a contratação ética do referido pessoal, além de fornecer orientação para a formulação e implementação de acordos bilaterais e facilitar a cooperação em questões relacionadas à contratação de pessoal de saúde. Assim a OMS procura servir como referência no estabelecimento de uma estrutura legal que proteja os direitos dos trabalhadores de saúde migrantes (OMS, 2010).

O Programa Mais Médicos não foi exceção a tais determinações. A intermediação e assessoria técnica promovida pela OPAS/OMS na implementação do PMM buscou ampliar a cobertura da atenção primária no Brasil, garantindo a proteção dos direitos e as garantias trabalhistas dos médicos cubanos neste país. Possibilitou-se, assim, que todos os médicos cubanos possuíssem um contrato de condições legais de trabalho e que usufruíssem dos benefícios enquadrados como trabalho não precário. Deve-se notar, ainda, que as políticas do governo cubano estão alinhadas com tais objetivos, uma vez que, os médicos não só recebem pagamento via bolsa de especialização com o governo brasileiro, como mantêm seu contrato de trabalho com o governo cubano, articulação que faculta que os direitos trabalhistas dos médicos cubanos sejam protegidos, tanto no país de origem, quanto no país de destino.

Trajectoria sócio histórica da cooperação médica internacional cubana

A cooperação médica internacional tem longa tradição em Cuba, constituindo um dos principais mecanismos de difusão da Revolução em todo o mundo (MARTÍN, 2016; CABRERA, 2014). Os antecedentes desta importante iniciativa podem ser observados no período colonial e republicano (GARCIA & ANAYA, 2009).

Com a consolidação do governo socialista, tal estratégia de cooperação foi adotada como política externa do estado cubano, passando por várias fases até os dias atuais. Na década de 1960, a colaboração começou na modalidade internacionalista, fornecendo apoio a alguns países da região e da África, em casos de catástrofes naturais. O início deste fenômeno pode ser localizado mais exatamente em 1960, quando Cuba enviou assistência médica ao Chile após um terremoto devastador. A primeira missão internacional de colaboração médica fora do continente americano aconteceu na Argélia, em 1963, com 55 colaboradores (MARTÍN, 2016).

Entre 1970 e 1980 é dada continuidade ao mesmo modelo, agora difundido por vários países na África, Ásia e América, com missões em Mali, Congo, Guiné e Vietnã (MARTÍN, 2016). Anos mais tarde aconteceram outras missões, oferecendo ajuda em desastres naturais, no Peru em 1970 (terremoto); Nicarágua em 1971 (terremoto); Honduras em 1974 (furacão); México em 1985 (terremoto); Nicarágua em 1988 (furacão); Armênia em 1988 (terremoto); Irã em 1990 (terremoto); Honduras, Nicarágua e Guatemala em 1998 (furacão); Venezuela em 1999 (inundações); El Salvador, Equador, Honduras e Nicarágua entre 2000 e 2003 (epidemia de dengue); Argélia em 2003 (terremoto); Sri Lanka e Indonésia em 2005 (tsunami), além de Guiana em 2005 (inundações) (GARCIA & ANAYA, 2009:33). Ocorreram também missões de apoio no Paquistão, por motivo de terremoto, na Bolívia e no México, por inundações, bem como na República Popular China, por terremoto.

Em 1990, na sequência do colapso da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e do enfraquecimento do bloco socialista em nível mundial, Cuba altera seu regime de cooperação e cria a chamada *assistência técnica compensada* ou *contrato direto*, por meio do qual começa a solicitar uma compensação econômica pelos serviços médicos oferecidos, para financiar o sistema nacional de saúde e a própria cooperação (GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010).

Nos anos 90 é criado o Programa Integral de Saúde (PIS), o qual envia clínicos gerais para outros países, por períodos de dois anos. Em 2007, o PIS atuou em 38 países, na América Latina e Caribe, África, Ásia, Oceania e Europa, abrangendo 309 instituições e uma população de mais de 68,5 milhões pessoas (GARCÍA & ANAYA, 2009:28).

Marimón e Martinez, em publicação oficial do Ministério da Saúde Pública de Cuba, no ano de 2010, assim explicaram o início dessa nova fase:

No final dos anos 90, eventos naturais ocorreram na América Central e no Caribe (furacões George e MIT) o que mudou tudo o que vinha sendo feito. Diminuiu a modalidade de missão internacionalista, a assistência técnica compensada é gradualmente reduzida e o Programa Integral de Saúde (PIS) surge em novembro de 1998, inicialmente na América Central e no Caribe, mais tarde se estendendo para África e região do Pacífico, ocorrendo também a criação neste período da Escola Latino-Americana

de Medicina, como elemento básico para a continuidade e sustentabilidade deste programa. (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010:261)

No início do 2000 foi iniciada uma nova modalidade, a dos chamados *Programas Especiais*, como é o caso do programa *Barrio Adentro*, na Venezuela, no âmbito da *Alternativa Bolivariana para las Américas* (Alba). *Barrio Adentro* I e II foram implementados a partir do ano de 2003, chegando em 2006 a cerca de 30 mil médicos.

No âmbito de tal programa foram fornecidos cuidados médicos primários, odontologia e optometria a cerca de 17 milhões de venezuelanos que não tinham acesso aos serviços de saúde, também contemplando a criação de um Centro de Diagnóstico Integral (CDI), bem como de centros de diagnóstico de alta tecnologia e salas de reabilitação e fisioterapia, sendo ainda incluída a formação de médicos venezuelanos. (GARCÍA & ANAYA, 2009). O programa *Barrio Adentro* foi resultado da iniciativa conjunta estatal de Cuba e Venezuela, dentro de um propósito binacional de cooperação e apoio Sul-Sul, visando melhorar as condições de saúde dos cidadãos mais pobres da Venezuela e, de forma específica, promover a saúde integral, a medicina familiar e os cuidados primários de saúde.

Dois outros eventos importantes devem ser destacados nesta nova fase de cooperação: a operação *Milagro* e a formação de um grupo de médicos especializados em situações de catástrofe e graves epidemias internacionais, denominado Henry Reeve (GARCIA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010). No âmbito da operação *Milagro* foram criados centros de oftalmologia em toda a América Latina, além de centros de diagnóstico e serviços de reabilitação integrais. No ano de 2007 quase meio milhão de pacientes na América Latina, no Caribe e na África recuperaram ou melhoraram a sua visão através deste programa, mediante intervenções realizadas em Cuba. No final de 2008, mais de 1,3 milhões de pacientes, em 33 países puderam se beneficiar dessas ações (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010:49). Essa operação é desenvolvida, desde o ano de 2005, em 15 países do Caribe e da América Latina.

A implementação desses programas especiais revela uma mudança significativa na estratégia internacional de cooperação médica de Cuba, que rompe com o esquema anterior e passa a atuar também na formação e na capacitação de recursos humanos nos países beneficiários da ajuda, deixando de lado a assistência médica *per se*. Assim associam-se ao trabalho de assistência, o desenvolvimento de faculdades de medicina, a formação de líderes comunitários (formais e informais), a formação de técnicos, as consultorias em diferentes ministérios da saúde, além de, como aspecto crucial, a aplicação de um novo programa de treinamento médico através das *Brigadas Médicas*, que vem mostrando bons resultados (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010:263).

No ano 2005 Cuba começa a formar médicos venezuelanos no âmbito do programa de formação de médicos, dentro de uma visão integral. Em 2007 mais de 13,5 mil jovens, de 19 países da América Latina, Caribe e Ásia, acorreram a este programa de estudos em Cuba (GARCÍA & ANAYA, 2009:31). A iniciativa de criar faculdades de medicina, em outros países, todavia não é nova, ocorrendo seu início em 1975, com a inauguração da primeira escola de medicina em Aden, República do Iêmen. Nos últimos anos, outras delas foram criadas em Timor-Leste, Guiné-Bissau, Gâmbia, Guiné Equatorial e Eritreia. São instituições que se apoiam em um programa de saúde integral, com a característica de que o aluno, desde o primeiro ano, toma conhecimento e interage com pacientes e os diferentes problemas de saúde das comunidades locais, sendo esta a fortaleza principal de tal método de ensino. (GARCÍA & ANAYA, 2009:31-32).

Além disso, de 1961 a 2008, um total de mais de 270 mil civis cubanos prestaram assistência técnica em mais de 160 países, sendo 113,5 mil profissionais e técnicos da saúde, presentes em 103 países. Além da saúde, outros setores têm participado de tal colaboração, como a construção, o esporte, a agricultura, a indústria açucareira, a pesca e a educação, em nível diferenciado, além de outras áreas da economia e da sociedade (GARCÍA & ANAYA, 2009:21).

Por outro lado, Cuba tem recebido desde a década de 1960, estudantes de países africanos, asiáticos e latino-americanos para se aprofundar em diferentes especialidades de saúde. Os principais países de origem desses estudantes são a República da Guiné, Congo, Vietnã, Chile e, posteriormente, de Angola. Assim, até 2007, foram formados em Cuba, através de programas de bolsas, cerca de 50 mil jovens de 129 países e quatro territórios ultramarinos. Entre eles, 26,5 mil graduados oriundos de mais de 30 países, representando quase 53% do número total de alunos (GARCÍA & ANAYA, 2009:23).

Cooperação médica internacional cubana hoje: apoio ao desenvolvimento da saúde, diplomacia, economia e geopolítica

A cooperação médica internacional cubana está baseada nos princípios da cooperação Sul-Sul e é postulada como alternativa à redução da tendência da ajuda oficial internacional ao desenvolvimento (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). Neste sentido, opõe-se à cooperação internacional Norte-Sul, historicamente vinculada ao projeto de desenvolvimento das nações industrializadas (CABRERA, 2014; MONJE, 2014; ALVES SMC et al. 2017; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). Assim tal modelo de cooperação Sul-Sul é regido por princípios como alinhamento, horizontalidade e autonomia, implicando em colaboração sem subordinação política e econômica (ALVES et al. 2017; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011).

Ao contrário, o modelo sanitário tradicional de cooperação internacional coloca hegemonia e opera por parâmetros hierárquicos e verticais, que acabam reproduzindo a dependência e subordinação dos países, representando uma modalidade de cooperação cujas principais diretrizes programáticas são regidas pelas abordagens básicas das políticas externas dos Estados cooperantes e não pelas necessidades das populações beneficiárias de ajuda (MONJE, 2014:40). Atuando a partir de uma perspectiva Sul-Sul, Cuba aponta na direção de ressignificar os valores e os objetivos da cooperação internacional.

Ao contrário da cooperação Norte-Sul, a colaboração médica internacional cubana procura fortalecer as capacidades nacionais de acordo com as prioridades definidas pelos países beneficiários, com base numa soma de potencialidades. As ações sanitárias desenvolvidas pelos profissionais de saúde cubanos respeitam a soberania e autonomia das nações que as recebem, em um exercício livre de condicionamentos políticos e econômicos (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; ALVES et al. 2017).

Assim, por meio desta estratégia, Cuba tem buscado fortalecer a unidade e a solidariedade entre os povos do Sul, no sentido de contribuir nos esforços de desenvolvimento social das nações e de sua verdadeira independência econômica (MARTÍNEZ REINOSA, 2008). A partir de uma perspectiva geopolítica, as ações do governo cubano também foram dirigidas à luta contra o colonialismo que sofreram ou ainda sofrem muitos desses países, de forma muitas vezes disfarçada (MONJE, 2014).

Para atingir este objetivo no domínio específico da saúde, Cuba tem buscado que os países desenvolvam programas e iniciativas sustentáveis no tempo, destinadas ao alcance da soberania sanitária (MONJE, 2014). Esta visão tem como pressuposto o que Feinsilver (2008) denomina de “diplomacia médica de longo prazo”, que engloba a formação de capital humano, a alocação de pessoal em hospitais e centros de saúde, e a concepção e implementação de programas integrais de saúde. A geopolítica da cooperação médica cubana deve ser entendida como expressão de sua política externa, de sua política social e também como um mecanismo de captação monetária (MARTÍN, 2016; CABRERA, 2014).

A natureza da colaboração médica que Cuba oferece em todo o mundo também não poderia ser compreendida sem mencionar os princípios que fundamentam o seu sistema nacional de saúde, baseado em um modelo biopsicossocial de abordagem, preventivo e não somente curativo, o que implica em concepções de medicina, trabalho médico, relação médico-paciente e saúde pública, significativamente diferentes daquelas tradicionalmente promovidas pelo modelo fármaco curativo (MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MONJE, 2014).

Inspirado em tal modelo, a cooperação médica internacional cubana procura fortalecer os sistemas de saúde dos países receptores e, em particular, posicionar os cuidados primários à saúde como base do sistema (SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONJE, 2014; FEINSILVER, 2008). Para tanto, a diplomacia médica cubana vem desenvolvendo ações em diferentes níveis e graus de profundidade, que mudaram de cuidados médicos e ajuda humanitária, à formação de recursos humanos e ao fortalecimento dos sistemas nacionais de Saúde (FEINSILVER, 2008, 2010; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010).

Na abordagem de Feinsilver (2010), a colaboração médica cubana pode ser dividida em ações de curto e longo prazo. No primeiro grupo estão a ajuda humanitária em caso de catástrofes naturais; a prestação de cuidados médicos; a transferência de tecnologias; o acompanhamento epidemiológico; a formação de profissionais de saúde e técnicos; a prestação de serviços de consultoria para Ministérios da Saúde; o suprimento de fármacos, insumos médicos e equipamentos; as campanhas de vacinação e educação sanitária, além da transferência de conhecimento. As ações de longo prazo incluem a formação de pessoal para hospitais de nível secundário e terciário, o apoio à criação de centros de saúde, a concepção de programas de saúde abrangentes, assim como a formação médica em Cuba e nos próprios países beneficiários.

Fazendo um balanço, pode-se afirmar que a colaboração internacionalista cubana no campo da saúde tem sido de fato estratégica, uma vez que não só busca melhorar as condições sanitárias de milhões de pessoas pobres e excluídas da sociedade, mas também exerce um papel de dimensões diplomáticas, geopolíticas e econômicas, estreitamente interligadas entre si (FEINSILVER, 2008, 2010; MARTÍNEZ REINOSA, 2008; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONGE, 2014).

A cooperação cubana tem sido descrita como uma “diplomacia médica” e em tal sentido representa uma das principais estratégias da política externa do País (FEINSILVER, 2008, 2010; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). O envio de profissionais de saúde permitiu a Cuba fortalecer as relações não apenas com governos amigos, como também estabelecer relações com governos que não apoiam seu regime político. De acordo com Feinsilver (2008, 2010), tal modalidade de diplomacia forneceu capital simbólico e econômico ao governo cubano, posicionando-o no mundo como uma nação em desenvolvimento com

indicadores de saúde semelhantes ou melhores do que nações capitalistas e industrializadas avançadas. Dessa forma, o capital simbólico obtido foi cristalizado em capital material ou econômico, o que tem sido útil para financiar seu próprio sistema de saúde.

Tal colaboração teve adicionalmente uma função geopolítica, vez que é formulada como verdadeira alternativa anti-hegemônica ao modelo Norte-Sul de cooperação internacional para o desenvolvimento (MARTÍNEZ REINOSA, 2008; MONJE, 2014). Os programas médicos e humanitários foram realizados em múltiplos países, abordando diferentes problemas, sendo alguns desses países pobres, oprimidos e periféricos, possuindo, em alguns casos, um passado de lutas contra o colonialismo, através de movimentos de libertação nacional.

Por último, importante salientar que o estrangulamento econômico sofrido por Cuba devido ao bloqueio imposto pelos EUA e, mais tarde, pela queda da URSS, levou o governo a procurar fontes alternativas de divisas. Neste cenário, migração temporária de capital humano, em particular de pessoal médico, tornou-se a principal fonte de recursos externos para a Ilha, ao ponto de se constituir como uma economia política baseada no conhecimento (MONJE, 2014). A assistência técnica compensada, mas especialmente a nova geração de programas especiais como *Barrio Adentro*, na Venezuela e Mais Médicos, no Brasil, representou para Cuba a oportunidade de captação de recursos e acesso a bens estratégicos, como o petróleo venezuelano. Isso confere à cooperação médica internacional cubana uma importante função econômica transversal, com seu destacado papel geopolítico e diplomático ao longo dos últimos 50 anos.

Considerações finais

As teorias clássicas sobre migração internacional qualificada são insuficientes para compreender os processos de mobilidade de profissionais de saúde no âmbito dos programas de cooperação organizados e geridos por Estados, em especial os alinhados com os princípios da cooperação Sul-Sul, como é o caso de Cuba. Concebidas após a segunda grande guerra, visando compreender a intensa mobilidade de pessoas dos países do Sul para as nações industrializadas e baseadas nos fundamentos das ciências econômicas, tais teorias clássicas buscaram compreender apenas os fluxos migratórios que ocorreram na dinâmica do capitalismo e do comércio mundial.

Assim, em função desta limitação na análise da interação sociocultural dos médicos cubanos, como no caso do PMM brasileiro, é que foi buscada uma conceituação alternativa, construída a partir dos resultados da pesquisa empírica relacionada diretamente com a cooperação médica internacional cubana.

Destaca-se, dessa forma, que a migração temporária de profissionais de saúde promovida pelo Estado cubano, ao contrário dos fluxos tradicionais do Sul-Norte, tem fundamentos na solidariedade e na cooperação, valores intimamente relacionados ao modelo sociopolítico cubano. Trata-se, acima de tudo, de uma migração regulamentada por políticas que visam proteger garantias e direitos dos trabalhadores da saúde. Destaca-se nela o trabalho da OPAS/OMS desde o início do presente século, ao estabelecer regulamentos importantes para garantir trabalho digno de acordo com os parâmetros estabelecidos pela OIT.

Além disso, a cooperação médica internacional, marco dentro do qual se deram os fluxos migratórios dos profissionais cubanos, se caracteriza por seu caráter humanitário de ajuda a populações mais necessitadas

e também pelo seu caráter diplomático, geopolítico e econômico, ao funcionar simultaneamente como política externa, fonte de recursos e estratégia de defesa contra o bloqueio econômico sofrido por Cuba.

Referências

ALVES, SMC et al. (2017). Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2223-2235.

BERRY, J. W. (2003): «Conceptual approaches to acculturation», em K. M. CHUN, P. BALLS-ORGANISTA, y G. MARIN (eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 17-34.

BEZERRA, G. L. (2016). A atual configuração política dos médicos brasileiros. Uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BOSSWICK, W.Y HECKMANN, F. (2006). Integration of migrants: contribution of local and regional authorities. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions. En línea (consulta: 2016, 01 de noviembre). Disponible en <http://www.eurofoundeuropa.eu>

CABRERA, P. VIVIAN. (2014). La cooperación internacional para el desarrollo en Cuba. Un estudio de caso. Madrid. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM. Series documentos de trabajo. Documento de trabajo número 29.

CAÑIZARES, J. La solidaridad y el internacionalismo en Cuba. Ponencia presentada en la III Conferencia Internacional la obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. Consultado el 20 de noviembre de 2016. Documento disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_canizares.pdf

CEBES. (1984). Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES.

DIAS DOS SANTOS, AILTON. (2014). A interação da infraestrutura sul-americana e as dinâmicas do Sistema-Mundo capitalista: Análise comparada das relações entre governos e bancos de desenvolvimento no Brasil, Peru e Bolívia. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais -ICS-. Centro de Pesquisa e Pós- graduação Sobre as Américas – CEPPAC-. Tese Doutoral.

FEINSILVER, JULIE. M. (2008). Médicos por petróleo. La diplomacia médica cubana. *Revista Nueva Sociedad*. Número 216. Julio-agosto de 2008.

FREEMAN, G (1986). Migration and the Political Economy of the Welfare State. *Annals of the American Academy of Political and Science*. 485. 51-63.

GARCÍA A. C. ANICIA & ANAYA. C. BETSY. (2009). La política social cubana: derrame hacía otras regiones. En: Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur. Madrid-España. Editorial SODEPAZ-Editorial Atrapasueños.

GODENAU D. et al. (2014). Interacción de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional. España. Observatorio permanente de la inmigración-Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

HAMMAR, T. & LITHMAN Y. (1989). La interacción de los migrantes: Experiencias, conceptos y políticas. En: OCDE. El futuro de las migraciones. Madrid. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 347-385.

IBAÑEZ, M. (2009): «Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral». *Revista CIDOB d'afers internacionals* 84, 105-152.

MARIMÓN T. NESTOR & MARTÍNEZ C. EVELYN. (2011). Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37 (4): 380-393.

MARTÍNEZ REINOSA, MILAGROS ELENA. (2008). "Las relaciones entre Cuba y Haití: un modelo ejemplar de cooperación Sur-Sur" en OSAL (Buenos Aires: CLACSO) Año VIII, nº 23, abril.

MEJÍAS S. YOERQUIS, DUANY M. ORGEL. J, TOLEDO F. ANA. M. (2010). Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del Mundo. *Revista Educación Médica Superior*. 24 (1) 76-84.

MONJE VARGAS, JOSÉ ANTONIO. (2014). *Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana*. Buenos Aires. CLACSO.

PAIM, J.S. (2013). *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (10): 1927-1953.

PIRES, Rui Pena. (1999). "Uma teoria dos processos de interação". *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. ISSN 0873-6529. 30. Pág. 9-54.

PORTES, A & RUMBAUT. (2001). *Legacies: The story of immigrant second generation*. University of California Press.

PORTES, A. (1995). *Children of Immigrants: Segmented Assimilation and its determinants*. En: Alejandro Portes (Ed): *The economic Sociology of immigrants*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

RETORTILLO, Et, AI. (2006). *Inmigración y modelos de interacción: entre la asimilación y el multiculturalismo*. *Revista universitaria de ciencias del trabajo*, ISSN 1576-2904, N° 7. (Ejemplar dedicado a: Inmigración, mujer y mercado de trabajo), págs. 123-139.

SANTANA I. MICHELE & MARTÍNEZ C. EVELYN. *La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010*. Documento on line. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi032013.htm. 2017.

SCHOORL, J. (2005). «Information needs on stocks of migrants for research on integration». *UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics*. Working Paper n.º 5 Rev. 1.

SMITH, P.B. & BOND, M.H. (1999). *Social Psychology across cultures*. London: Prentice Hall.

OIT. (2003). *La migración de trabajadores de la salud: algunos países ganan, otros pierden*. Disponible en: http://ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_075351/lang-es/index.htm

OIT. (2018). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2018*. Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS_631466/lang-es/index.htm

OMS. (2010). *Contratación internacional de personal de la salud: proyecto de código de prácticas mundial*. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_8-sp.pdf?ua=1

OMS. (2008). *Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional*. Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf



Foto: Karina Zambrana

Capítulo III

NA SAÚDE E NA IMPRENSA: ANÁLISE MIDIÁTICA DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Tatiana Breder Emerich¹, Aduino Emmerich Oliveira², Aline Guio Cavaca³,
Edson Theodoro dos Santos Neto⁴ e Cláudia Malinverni⁵

Introdução

O percurso das políticas públicas de saúde no Brasil foi marcado pela dualidade “saúde pública” versus “assistência médica previdenciária” que configurou, ao longo dos anos, um modelo médico-assistencial privatista caracterizado por um enfoque biomédico (MACHADO, BAPTISTA & LIMA, 2012). No contexto desse sistema de saúde fragmentado e excludente, com forte viés hospitalocêntrico (PAIM, 2008), foi delineado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do processo de Reforma Sanitária, em um país que se encontrava, e ainda permanece marcado por inúmeras desigualdades em saúde (PAIM et al., 2011).

O SUS ainda padece de subfinanciamento crônico, de concentração de serviços nas regiões mais desenvolvidas do país e de pressões do setor privado (PAIM et al., 2011). Concomitantemente, existe carência de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em torno de 50% (PAIM et al., 2011) com grandes iniquidades entre as regiões do país (MIRANDA et al., 2017). Dentre os fatores que contribuem para tal problema está o histórico déficit de médicos no sistema público de saúde (BAHIA, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Não obstante, a última edição do estudo “Demografia Médica no Brasil”, publicada em 2015, indicava certa melhora na distribuição desses profissionais. Naquele ano, o país contava com 399.692 profissionais de Medicina para uma população de pouco mais de 204 milhões de habitantes, correspondendo à razão de 1,95 médicos por 1.000 habitantes. No mesmo período, segundo os registros dos Conselhos Regionais de Medicina, o Brasil tinha 432.870 ou 2,11 médicos/1.000 habitantes. Esses números colocam o país em oitavo lugar em um ranking de 40 países com as menores taxas de médicos por 1.000 habitantes (SCHEFFER et al., 2015, p. 12).

Apesar dos avanços na meta de 2,5 médicos por mil habitantes do Ministério da Saúde, as desigualdades regionais na distribuição dos profissionais de Medicina em território nacional permaneciam imensas: “[...]”

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

² Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

³ Pós-doutoranda do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

⁴ Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

⁵ Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

seja entre as unidades da federação, seja entre as capitais e os interiores, seja comparando agrupamentos de municípios por estratos populacionais” (SCHEFFER et al., 2015, p. 47). Em estudo demonstra que, enquanto as regiões Norte e Nordeste estão abaixo da taxa nacional (respectivamente, com 1,09 e 1,30 médico/1.000 habitantes), o Sudeste tem a maior taxa (2,75), à frente das regiões Centro-Oeste (2,20) e Sul (2,18) do país.

Comparando as unidades da federação, o Distrito Federal aparece em primeiro lugar (4,28 médicos/1.000 habitante), seguido pelos estados do Rio de Janeiro (3,75), São Paulo (2,70) e Espírito Santo (2,24). No outro extremo, nos sete estados da região Norte, o indicador varia de 0,91 a 1,51 médico por 1.000, enquanto que a região Nordeste abriga o estado com a menor taxa do país, o Maranhão – com (SCHEFFER et al., 2015).

Além da desigual distribuição de médicos, o país também apresenta uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos e nas capitais. A título de ilustração, com 23,8% da população brasileira, as 27 capitais contabilizam 55,24% dos registros de médicos; em sentido inverso, os 5.543 municípios do país, onde vivem 76,2% da população, detém 44,76% desses profissionais. Essa diferença reflete diretamente na razão de médicos por 1.000 habitantes: enquanto as capitais têm taxas que chegam a 4,84, as cidades do interior têm apenas (SCHEFFER et al., 2015).

A distribuição de médicos em municípios agrupados por estratos populacionais indica outra dimensão do mesmo problema: as 39 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 30% da população e 60% de todos os médicos do Brasil. O estado do Espírito Santo revela, de forma emblemática, essa, desigualdade. Apesar de exibir uma taxa de 2,17 médicos/1000 habitantes, sua capital, Vitória, tem 11,9 médicos por mil habitantes, ou seja, a maior concentração dentre todas as cidades brasileiras. Já no interior capixaba, a taxa cai drasticamente para 1,27 (SCHEFFER et al., 2015).

Em 2012, Scheffer e colaboradores chamavam a atenção para as consequências dos desequilíbrios provocados por esse cenário: “[...] desequilíbrios na repartição geográfica, especializada e funcional de médicos, somados à concentração que favorece o setor privado de saúde, irão revelar um país que convive tanto com carências quanto com altas densidades de médicos” (BRASIL, 2013, p. 29).

É preciso ressaltar que a desigualdade na distribuição dos profissionais de medicina é um fenômeno complexo, que envolve multiplicidade de vínculos de trabalho (quase metade dos médicos tem três ou mais empregos), longas jornadas (dois terços trabalham mais de 40 horas semanais), plantões (45,0%) atuam em pelo menos um por semana), na busca por rendimentos mais elevados. É cada vez maior, também, a prática médica no interior de organizações e estabelecimentos públicos e privados, com diminuição progressiva do trabalho em consultórios particulares (SCHEFFER et al., 2015). Esses autores ponderam que esse movimento, entre outros fatores, pode estar vinculado às demandas por especialização, uma vez que muitas especialidades dependem de alta tecnologia e convergência de saberes e competências com outras especialidades e profissionais, disponíveis apenas em hospitais, clínicas e outros espaços mais estruturados. Assim, a fixação de médicos em determinado território acompanha a concentração de outros profissionais e estabelecimentos de saúde, contribuindo ainda mais para o aumento das iniquidades sociais.

Por outro lado, três entre cada dez médicos trabalham apenas no setor privado, enquanto dois em dez trabalham exclusivamente no sistema público de saúde. Apenas 23% dos que atuam no setor público trabalham nas unidades básicas de saúde ou na Estratégia Saúde da Família, enquanto 51% atuam em hospitais. Mais

problemática é a situação dos serviços de atenção secundária e especializada do SUS, nos quais atuam menos de 5,0% dos médicos: “[...] A forte atuação de especialistas em consultórios particulares, em contraste com a baixa presença em serviços ambulatoriais do SUS, é um grande obstáculo à ampliação, na rede pública, da oferta de assistência médica especializada” (SCHEFFER et al., 2015, p. 141).

Com vistas à melhoria dos processos de recrutamento e fixação de médicos na rede pública de saúde, especialmente nas cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e cobertura deficiente em saúde, nas regiões mais carentes e isoladas do país, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e nas periferias dos grandes centros urbanos, o governo brasileiro lançou em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013). A criação e a implantação desse programa responderam às pressões populares ocorridas no país em junho de 2013 (DINIZ, 2013) e às desigualdades na distribuição de médicos em diferentes regiões (PÓVOA & ANDRADE, 2006; BRASIL, 2013b; GARCIA, ROSA & TAVARES, 2014).

O Programa começou a ser concebido, em janeiro de 2013, a partir de uma demanda dos prefeitos recém-eleitos apresentada à presidente Dilma Rousseff (RBA, 2013). Assim, a formulação do programa teve apoio de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, haja vista a petição lançada pela Frente Nacional de Prefeitos “Cadê o médico?” (<http://cadeomedico.blogspot.com/p/peticao.html>) que, em 2 de julho de 2013, apoiou publicamente as estratégias anunciadas pelo Ministério da Saúde para suprir o déficit de médicos nas regiões mais carentes do país (BLOG DA SAÚDE, 2013; MACHADO, CAMPOS & LIMA, 2015).

Embora o caráter inicial do PMM tenha sido de fato emergencial, pois o Brasil precisava enfrentar o déficit de médicos registrado nas regiões priorizadas pelo PMM⁶, o programa foi fruto de uma decisão política que projetava promover mudanças estruturais na atenção à saúde, e foi fundamentada em três eixos:

- **Provimento Emergencial**, ou seja, a promoção da Atenção Básica em regiões definidas como prioritárias do SUS, com o aperfeiçoamento de médicos mediante integração entre instituições de ensino e os serviços de saúde, visando ao mesmo tempo garantir a atenção à saúde da população de maior necessidade e vulnerabilidade e investir na formação e na qualificação profissional.
- **Investimento na Infraestrutura** da rede de serviços básicos, associada a um programa de requalificação das respectivas unidades de modo a erguer novas UBS dentro de um novo padrão de qualidade, além de reformar e ampliar as já existentes, nisso se incluindo iniciativas de informatização em regimes de banda larga, implantação de novos sistemas de informação, desenvolvimento de prontuário eletrônico, entre outras.
- **Formação Médica**, com um conjunto de medidas estruturantes tais como a criação de cursos de Medicina, públicos e privados, em função de critérios claros de necessidade social; criação de novas vagas em residência médica seguindo as necessidades da população; criação de Cadastro Nacional de Especialistas, além de qualificação da formação médica, tanto no âmbito da graduação e nas residências médicas (BRASIL, 2013).

⁶ Para se ter ideia da gravidade do quadro, na pesquisa Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde (SIPS), lançada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em fevereiro de 2011, 58% dos usuários do SUS indicaram que o principal problema do atendimento na rede pública de saúde era, então, a falta de médicos. Pesquisa domiciliar e presencial, o SIPS visa captar a percepção das famílias acerca das políticas públicas implementadas pelo Estado, independente de serem usuárias ou não dos seus programas e ações, analisando os temas justiça; segurança pública; educação; trabalho e renda; direitos do trabalhador e qualificação profissional; mobilidade urbana; bancos (exclusão e serviços); igualdade de gênero; e saúde. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>.

Dessa forma o Programa passou a autorizar o funcionamento de cursos de graduação em Medicina em instituições de ensino superior privadas, mediante alguns critérios e pré-seleção dos municípios, de acordo com a necessidade social de oferta e existência de serviços, ações e programas de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2013a).

Além disso, no PMM se dispõe sobre as diretrizes curriculares dos cursos de Medicina e dos programas de residência médica, que deveriam ofertar dois tipos de residência: em medicina geral de família e comunidade (com duração mínima de dois anos) e outra, de acesso direto às especialidades de genética médica, medicina do trânsito, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear e patologia. Assim, o primeiro ano do programa de residência em medicina geral de família e comunidade passa a ser obrigatório para o ingresso nos programas de residência médica em medicina interna (clínica médica), pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social. Para os demais programas de residência é necessária a realização de um a dois anos do programa de residência em medicina geral de família e comunidade, excetuando-se os programas de acesso direto (BRASIL, 2013a).

O eixo mais visível é o da atuação de médicos, submetidos ao aperfeiçoamento profissional, mediante supervisão contínua e permanente em sua atuação, além de um tutor acadêmico, médico docente vinculado a uma instituição de ensino responsável pela orientação acadêmica. Os médicos que se candidataram participaram em três modalidades. O primeiro grupo é formado por médicos com registro no Brasil e inclui profissionais de qualquer nacionalidade que foram formados no Brasil ou no exterior, com diploma revalidado em território nacional e registro em Conselho Regional de Medicina (CRM). O segundo grupo é composto por médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado, ou médicos estrangeiros que são habilitados para exercício da medicina no exterior, mas não possuem diploma revalidado e nem CRM, denominados intercambistas. O terceiro grupo só é preenchido caso os dois grupos anteriores não ocupem as vagas disponíveis (BRASIL, 2015)

No primeiro ano de implantação do Programa, o país não conseguiu preencher o número de vagas dos dois primeiros grupos e, por isso, foi incluído um terceiro grupo – os intercambistas – composto por médicos cubanos oriundos de um acordo de cooperação entre o governo brasileiro e a OPAS/OMS. Esses intercambistas participam do Programa não como profissionais contratados individualmente, podendo exercer seu trabalho através de registro único, por três anos, prorrogáveis por mais três (BRASIL, 2015).

Apesar da sua pertinência na busca da melhoria do acesso a serviços de saúde de qualidade e de estar respaldada por outras experiências internacionais (OLIVEIRA et al., 2015), essa iniciativa governamental tem sido alvo de ruidoso debate em alguns setores da sociedade brasileira: na mídia (SCREMIN & JAVORSKI, 2013; SEGALIN, 2013; MORAIS et al., 2014), na classe médica (CARAMELLI, 2013; SCHANAIDER, 2014) e entre pesquisadores da saúde coletiva (CAMPOS, 2013; RIBEIRO, 2015; BAHIA, 2014; EMERICH et al., 2015). Desde o início da sua implantação, o PMM provocou enorme celeuma pela comunidade médica e os políticos de oposição ao governo federal. Em afinada sintonia, o corporativismo daqueles e o oportunismo desses desencadearam uma agressiva campanha de desqualificação do PMM, na tentativa de impedir a sua implantação, utilizando a mídia como ferramenta de publicização da perspectiva de ambos.

Tal debate demonstra que os meios de comunicação de massa têm desempenhado papel central nos processos de construção da realidade nas sociedades contemporâneas ocidentais. Com efeito, nota-se que a mídia tem enorme capacidade de produzir fatos sociais, ancorando-se em práticas discursivas que privilegiam repertórios e enquadramentos que dão publicidade a temas de seu interesse (MALINVERNI, 2017). É nessa perspectiva que esses meios de comunicação de massa conferem ou não visibilidade pública aos temas de saúde (CAVACA et al., 2016), instituindo realidades no cotidiano da população. No Brasil, o cenário é ainda mais complexo, em razão do perfil do sistema nacional de comunicações, majoritariamente privado e oligopolista (MALINVERNI, 2017). Esse perfil dá ao mercado de notícias uma capacidade quase inesgotável de controlar, segundo seus interesses e dos setores que representa, o acesso à produção e à circulação dos discursos, definindo, conseqüentemente, os sentidos cotidianos.

No rol de produtos midiáticos de massa, os jornais impressos, sobretudo os de circulação nacional, ainda são reconhecidos por seu papel de formação da opinião pública, porque têm muitas vezes a capacidade de pautar outras mídias (rádio, televisão, internet e jornais regionais). Porém, no mercado jornalístico também se destacam as publicações regionais que, por seu “olhar” voltado para os acontecimentos e problemáticas locais, têm maior proximidade com seu público e um foco não atendido pelas mídias de grande circulação (CAMPONEZ, 2002).

Levando em conta esse contexto, este capítulo analisa e discute a implantação do PMM no SUS a partir das formações discursivas das notícias nos principais jornais do estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil.

Metodologia

A partir de um estudo descritivo, exploratório, com triangulação de métodos, foi realizada uma análise quantitativa e qualitativa da repercussão midiática da implantação do PMM⁷. A triangulação metodológica é definida como a combinação de diferentes fontes e métodos de coleta de dados, agregando perspectivas metodológicas distintas para a análise de um mesmo objeto (PATTON, 2002). Ela ultrapassa os limites de cada um dos métodos e procura pontos convergentes entre as abordagens quantitativa e qualitativa, assumindo ambas a mesma importância na pesquisa (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005). Adotamos neste estudo o modelo sequencial “*Quant à Qual*”, no qual o investigador começa com um método quantitativo e prossegue com um método qualitativo (DUARTE, 2009).

Os jornais pesquisados são os de maior impacto no Espírito Santo (Jornal A e Jornal B)⁸, ambos fortemente marcados pela perspectiva da imprensa nacional. Até a década de 1990, as formas estéticas de ambos representavam posições discursivas diferentes e coerentes com suas respectivas escolhas formais. O Jornal A tinha sua primeira página considerada como “séria”, “racional”, enquanto a do Jornal B era vista como “sensacionalista”, “emotiva”. Em termos gerais, o primeiro teria sido criado para um público elitizado e o segundo para um público popular. Essa perspectiva popular é reforçada pela afiliação do Jornal B ao Sistema

⁷ O estudo foi desenvolvido em parceria com o Observatório de Saúde na Mídia – Regional Espírito Santo (OSM-ES), vinculado ao Observatório de Saúde na Mídia do Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que acompanha e analisa de modo crítico a divulgação de notícias sobre o SUS e temáticas específicas da área da saúde a partir de demandas acadêmicas e da sociedade (Cavaca; Emerich; Lerner, 2016).

⁸ Jornal A e Jornal B são nomes fictícios dos jornais estudados.

Brasileiro de Televisão (SBT), considerada uma das redes de televisão mais populares em nível nacional. Já o Jornal A, afiliado à Rede Globo, visaria, sobretudo os estratos de maior poder econômico e cultural.

Ambas as tendências estiveram presentes ao longo da história dos dois jornais (FERREIRA, 2000). Hoje, porém, devido às mudanças provocadas principalmente pela expansão da comunicação digital e pelo progressivo desmantelamento da indústria editorial impressa (CASTILHO, 2015), a distinção no perfil de público se diluiu, implicando uma abordagem de temáticas de saúde cada vez mais homogêneas nos dois periódicos.

Neste estudo, as palavras-chave “Programa Mais Médicos” e/ou “Mais Médicos” foram pesquisadas no período de junho a dezembro de 2013. O mês de junho correspondeu ao momento em que o PMM foi anunciado como iniciativa governamental e o mês de outubro correspondeu ao mês em que ocorreu a chegada de grande número de médicos estrangeiros participantes do programa, possibilitando uma análise sobre a sua implantação inicial.

Foram consideradas a distribuição do número de notícias ao longo dos meses, o jornal (A e B), a página de publicação, a editoria, o espaço ocupado pela matéria, o enquadramento da narrativa em relação ao PMM, a presença de elementos de edição, a citação ao SUS, a publicidade associada ou não na página, a chamada de capa, as fontes citadas e a dimensão da Lei abordada como fatos discursivos que significam e participam do processo de análise qualitativa dos dados.

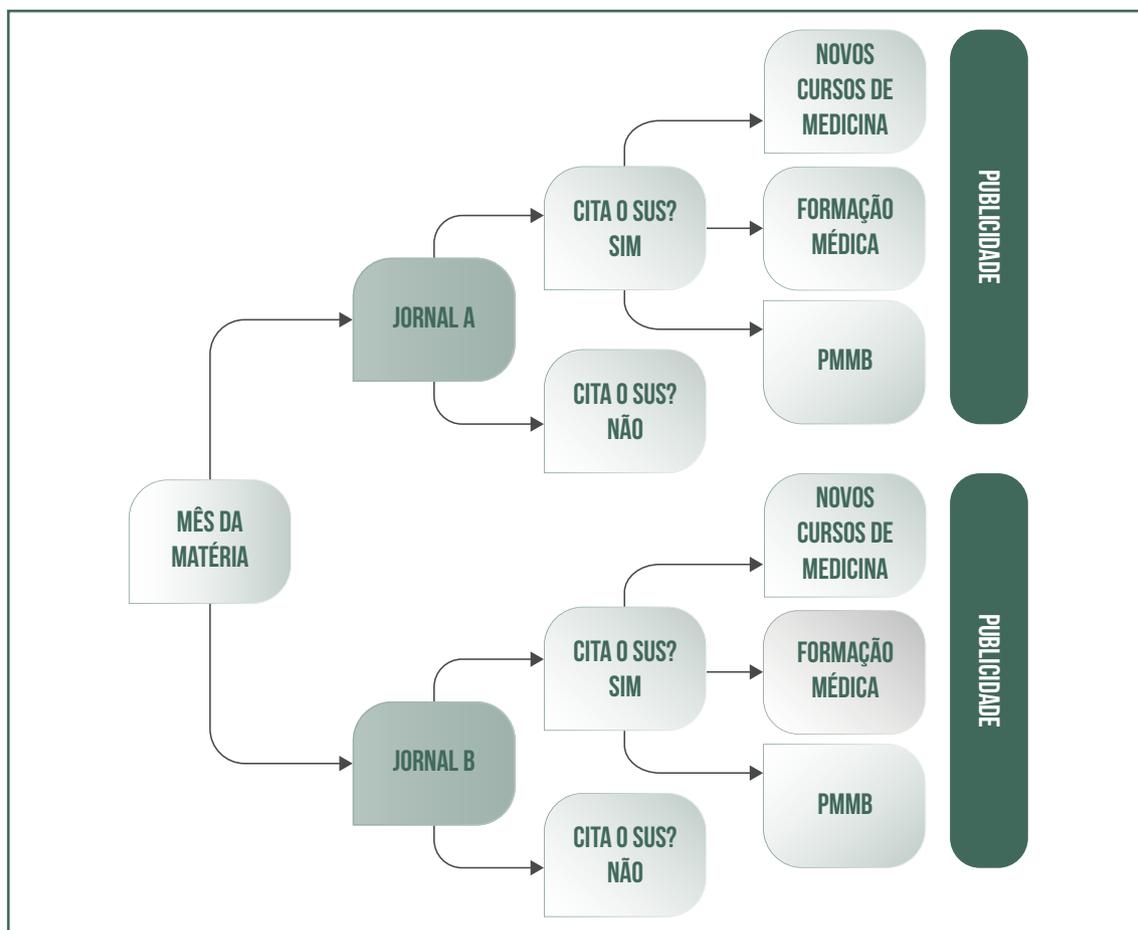
Após a localização de todas as matérias, cada uma das notícias foi categorizada e organizada em segmentos (decupada) de acordo com o Protocolo de Avaliação de Notícias do OSM-ES, adaptado para a presente pesquisa, compilado em um banco de dados do programa Microsoft Office Excel versão 2007.

Após seleção do *corpus* de notícias, a análise qualitativa dos dados obedeceu aos seguintes critérios de inclusão, concomitantemente:

- foram selecionadas notícias de todos os meses incluídos no período da pesquisa (junho a dezembro) em cada um dos dois jornais;
- a notícia deveria citar o SUS;
- notícias que abordassem distintas dimensões da lei (novos cursos de medicina, formação médica e o PMMB) em detrimento daquelas com apenas uma dimensão; e
- notícias que tivessem qualquer tipo de publicidade associada à página, já que os jornais se constituem indústrias culturais e midiáticas que visam lucro e, portanto, dependem de recursos financeiros de seus anunciantes, os quais por vezes filtram as pautas de edição (ADORNO, 2002).

Assim, mediante tais critérios, e selecionando apenas a primeira matéria de cada jornal, em cada um dos meses estudados, obteve-se um *corpus* com um total de nove notícias que foram analisadas qualitativamente. Os critérios para tanto estão esquematizados na Figura 1.

Figura 1. Desenho esquemático dos critérios estabelecidos para constituição do corpus de notícias submetidas à técnica de análise qualitativa. Espírito Santo, 2016.



A técnica qualitativa adotada foi à análise do discurso (AD) de linha francesa, tomando como principais autores Michel Pêcheux (2006) e Eni Orlandi (2009). Considerada da corrente clássica, relaciona a AD ao plano metodológico, de tradição estruturalista. Fundamenta-se na problematização da linguagem enquanto forma material da ideologia (ORLANDI, 2009). A AD parte do princípio de que em uma materialidade discursiva (texto, imagem, gesto, dança) há sempre uma pluralidade de sentidos, os quais mudam ao longo da história, dependendo das relações de poder, do contexto e da ideologia (PÊCHEUX, 2006; ORLANDI, 2009). Dessa forma, no estudo das materialidades discursivas deve-se buscar ir além do efeito de evidência dos sentidos presentes em um texto. Portanto, o texto torna-se discurso ao ser analisado enquanto algo vivo, dinâmico e uma prática social. Assim a AD tem por objetivo compreender como o texto significa, ou, em outras palavras, como se organiza a fala (ORLANDI, 2009).

Com o objetivo de analisar discursivamente as notícias e compreender as formações discursivas predominantes durante a implantação do PMM, o caminho metodológico percorrido ocorreu em três etapas: 1) delimitação do *corpus* de notícias a serem analisadas, que obedeceu aos critérios mencionados e a partir da categorização por variáveis na etapa quantitativa; 2) identificação das formações discursivas presentes

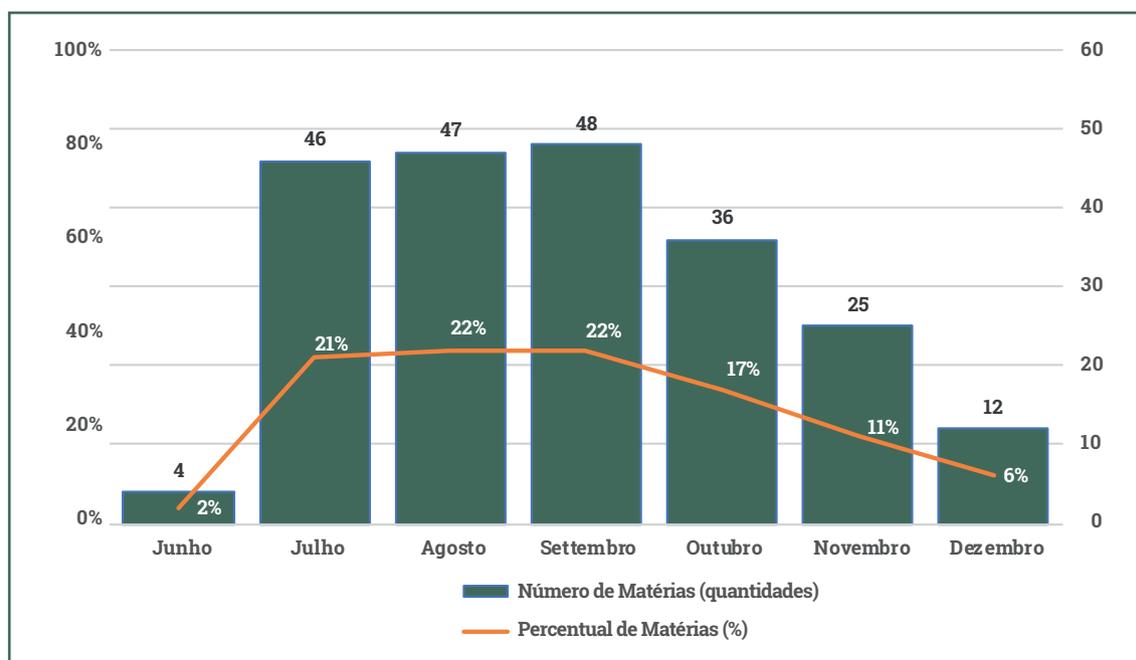
no *corpus* de análise, considerando aquilo que foi dito e o que não foi dito; e 3) compreensão do processo discursivo, a partir das formações ideológicas e imaginárias implícitas e explícitas no texto (ORLANDI, 2009).

Resultados e Discussão

No conjunto da pesquisa, foram localizadas 218 matérias. Por se tratar de um estudo que se concentrou no discurso midiático da implantação do PMM nos jornais, e tendo em vista a natureza processual da análise de implantação, que depende do fator tempo, optou-se por um tempo de sete meses de coleta de notícias.

A distribuição das notícias no período estudado evidencia que houve predominância nos meses de julho (21,1%), agosto (21,5%) e setembro (22,0%), que concentraram maior discussão do PMM, diminuindo após esse período (Gráfico 1). Esse movimento indica que a abordagem do programa no cenário midiático ocorreu prioritariamente no período anterior à chegada dos médicos estrangeiros, principalmente os cubanos, em outubro de 2013.

Gráfico 1. Distribuição percentual das notícias sobre o Programa Mais Médicos ao longo dos meses de junho a dezembro de 2013. Espírito Santo, 2013.



Duas das nove matérias submetidas à análise qualitativa, como referido acima (Quadro 1), utilizaram em seus títulos o termo “guerra”, uma estratégia de titulação semelhante à observada em outros estudos sobre saúde na mídia, nos quais predominam repertórios que remetem à necessidade de se combater um inimigo comum, de que são exemplo os enunciados jornalísticos sobre a dengue (FERRAZ & GOMES, 2012).

Quaro 1. Título das notícias sobre o PMM que compuseram o corpus de análise qualitativa. Espírito Santo, 2013.

BANCADA DA SAÚDE VAI À GUERRA

O único médico estrangeiro vai atuar em Viana

Governo prepara guerra judicial com CRMs

Estrageiros têm aulas sobre o SUS

Médicos

Cubanos no Estado a partir de amanhã

Mais 11.474 vagas para Medicina

Contratados do “Mais Médicos” começam a atuar no Estado

Mais de 1,8 milhão de consultas

Numa análise mais quantitativa, tal estratégia fica evidente quando se analisa o total de matérias referentes ao posicionamento dos jornais em relação ao programa (Tabela 1). Apesar da preponderância do caráter neutro (n=106, 42,6%) no que se refere ao posicionamento da matéria sobre o PMM, houve um considerável número de notícias que salientaram críticas e posições contrárias à implantação do programa (n=79, 36,2%), principalmente nos meses de julho (22,8%), setembro (24,1%) e outubro (22,8%). O caráter neutro incluiu notícias que não permitiam distinguir se o jornal se posicionava a favor ou contra o PMM. Esses achados estão relacionados com a chegada dos médicos cubanos, contra os quais as entidades médicas se posicionaram oficial e publicamente, ancoradas na tese mais propagada pela classe médica de que o programa contrariava os interesses dos profissionais brasileiros (MACHADO, CAMPOS&LIMA, 2015).

Tabela 1. Análise das matérias sobre o Programa Mais Médicos durante os meses de sua implantação. Espírito Santo, 2013.

	MÊS DE PUBLICAÇÃO DA NOTÍCIA									
	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL		
Jornal	Jornal A*	0	15 (16,7%)	25 (27,8%)	15 (16,7%)	18 (20%)	14 (15,6%)	3 (3,3%)	90 (100%)	
	Jornal B**	4 (3,1%)	31 (24,2%)	22 (17,2%)	33 (25,8%)	18 (14,1%)	11 (8,6%)	9 (7%)	128 (100%)	
Página de publicação	Ímpar	1 (1,2%)	19 (23,2%)	22 (26,8%)	15 (18,3%)	14 (17,1%)	7 (8,5%)	4 (4,9%)	82 (100%)	
	Par	3 (2,2%)	27 (19,9%)	25 (18,4%)	33 (24,3%)	22 (16,2%)	18 (13,2%)	8 (5,9%)	136 (100%)	
Editoria	Cidades	0	20 (20,6%)	18 (18,6%)	23 (23,7%)	17 (17,5%)	15 (15,5%)	4 (4,1%)	97 (100%)	
	Opinião	0	4 (8,5%)	8 (17%)	13 (27,7%)	10 (21,3%)	8 (17%)	4 (8,5%)	47 (100%)	
	Outros	2 (28,6%)	0	2 (28,6%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	0	1 (14,3%)	7 (100%)	
	Política	2 (3%)	22 (32,8%)	19 (28,4%)	11 (16,4%)	8 (11,9%)	2 (3,0)	3 (4,5%)	67 (100%)	
Espaço que a matéria ocupa	Informativo	4 (3,1%)	33 (25,4%)	22 (16,9%)	31 (23,8%)	19 (14,6%)	15 (11,5%)	6 (4,6%)	130 (100%)	
	Opinativo	0	13 (14,8%)	25 (28,4%)	17 (19,3%)	17 (19,3%)	10 (11,4%)	6 (6,8%)	88 (100%)	
Posicionamento da matéria em relação ao PMM	Crítica	1 (1,3%)	18 (22,8%)	10 (12,7%)	19 (24,1%)	18 (22,8%)	9 (11,4%)	4 (5,1%)	79 (100%)	
	Elogio	1 (3%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)	8 (24,2%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	4 (12,1%)	33 (100%)	
Presença de elementos de edição na notícia?	Neutro	2 (1,9%)	24 (22,6%)	30 (28,3%)	21 (19,8%)	14 (13,2%)	11 (10,4%)	4 (3,8%)	106 (100%)	
	Sim	3 (4,0%)	14 (18,7%)	10 (13,3%)	20 (26,7%)	11 (14,7%)	10 (13,3%)	7 (9,3%)	75 (100%)	
A matéria cita o SUS?	Não	1 (7,0%)	32 (22,4%)	37 (25,9%)	28 (19,6%)	25 (17,5%)	15 (10,5%)	5 (3,5%)	143 (100%)	
	Sim	2 (1,2%)	34 (20,0%)	34 (20%)	40 (23,5%)	34 (20%)	17 (10%)	9 (5,3%)	170 (100%)	
Há publicidade associada na página?	Sim	2 (4,2%)	12 (25%)	13 (27,1%)	8 (16,7%)	2 (4,2%)	8 (16,7%)	3 (6,3%)	48 (100%)	
	Não	2 (1%)	42 (20,7%)	44 (21,7%)	46 (22,7%)	34 (16,7%)	23 (11,3%)	12 (5,9%)	203 (100%)	
	Sim	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	0	15 (100%)	

* No ES, o Jornal A contabiliza o maior número de assinantes, enquanto o **Jornal B é o de maior tiragem.

Conforme demonstrado na Tabela 1, apenas 48 matérias citaram o SUS, distribuídas preponderantemente em julho (25,0%), agosto (27,1%), setembro (16,7%) e outubro (16,7%), demonstrando que a enunciação do PMM esteve desvinculada do próprio sistema no qual ele se insere, enfraquecendo o programa e contribuindo para a invisibilidade do SUS.

Essa invisibilidade é constantemente reforçada pela falta de valorização de sua marca. Estudos vêm mostrando que a logomarca (e o nome) do SUS não aparece em hospitais, em unidades de saúde, em jalecos, em ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nos centros de especialidades e em veículos oficiais a serviço das equipes de vigilância em saúde, dentre outros. Quando aparece, a marca ou o nome SUS não têm destaque. A invisibilidade também é constante nos meios de comunicação, que se restringem a associar o SUS às mazelas e dificuldades enfrentadas pelo sistema público, sobretudo na vertente da assistência à saúde.

Nos meses de julho e agosto, o Programa teve maior destaque nos periódicos estudados, já que, conforme evidenciado na Tabela 1, nesses meses as notícias sobre o Programa ocuparam as páginas ímpares (23,2% e 26,8%, respectivamente), tradicionalmente consideradas privilegiadas na leitura dos produtos midiáticos impressos. Observa-se também na Tabela 1 que as notícias se concentraram na editoria de Cidades (44,4%). Outras pesquisas no campo da comunicação e saúde já evidenciaram que essa é a seção que concentra o maior número de notícias sobre saúde nos jornais (MASCARELLO DA SILVA, 2017). Além disso, no caso dos jornais analisados, é a editoria que fala prioritariamente sobre o estado, a partir da cobertura pela equipe de jornalistas locais. Assim, o foco das matérias foi a implantação do PMM, principalmente no Espírito Santo, colocando em cena o panorama estadual e pautando o assunto no cotidiano capixaba.

Verifica-se ainda uma politização do Programa, dada pela presença, nos meses de julho (32,8%) e agosto (28,4%), do tema na editoria de Política. Essas notícias enaltecem o PMM como uma política de governo considerada estratégica pela presidente Dilma Rousseff. Não obstante, envolveu um conjunto de medidas aprovadas por unanimidade pelo Congresso Nacional, se constituindo em uma política do Estado brasileiro, com forte envolvimento dos governos estaduais e municipais, principais demandantes do Programa. Essa perspectiva foi reforçada pela adesão ao PMM ocorrida posteriormente, em 2015, de prefeitos de todos os partidos, inclusive de oposição ao governo Dilma, conforme afirmaria o ministro da Saúde Arthur Chioro, ao anunciar em maio daquele ano que todas as vagas oferecidas pelo edital mais recente do Programa tinham sido preenchidas por médicos brasileiros⁹.

A presença de publicidade associada à página esteve presente em 15 das notícias (Tabela 1). Ao considerar os jornais como indústrias culturais e midiáticas, reafirmamos a relação entre os meios de comunicação e a economia (WASKO, 2006), presumindo a influência de anunciantes nas pautas de notícias e na forma como elas são abordadas, já que os jornais, enquanto atividade cultural que visa o lucro, têm um forte apelo publicitário que se imbrica com o conteúdo das notícias que veicula. Uma vez que o setor saúde é um dos grandes anunciantes no mercado publicitário (IBOPE MEDIA, 2014), a presença de propaganda associada às notícias sobre o PMM não deve ser desconsiderada. Nos jornais analisados, as publicidades encontradas foram relativas a: clínica de radiologia e diagnóstico por imagem (única anunciante que aparece mais de uma vez); empresa de turismo; concessionária automotiva; loja de materiais de construção, construtora civil (três

⁹ PORTAL PLANALTO. Brasileiros preenchem todas as vagas de edital do Mais Médicos. Brasília, 15 maio 2015. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/noticias/2015/05/brasileiros-preenchem-todas-as-vagas-de-edital-do-mais-medicos>>.

diferentes construtoras anunciaram no período); escola de educação infantil; Federação de Indústrias do Espírito Santo, além de uma imobiliária.

Paralelamente, predominaram as matérias opinativas, sobretudo nos meses de agosto (28,4%), setembro (19,3%) e outubro (19,3%) (Tabela 1). Essas matérias podem estar relacionadas à chegada de médicos estrangeiros, em sua maioria cubanos, aspecto que suscitou grande repercussão nos meios de comunicação e nas corporações médicas do país.

Os elementos de edição estiveram presentes em apenas 75 das 218 matérias analisadas quantitativamente, sendo o mês de setembro o que concentrou o maior percentual (26,7%). A ausência de um número maior de elementos de edição pode ser percebida, de uma maneira geral, pelo encolhimento dos jornais, processo que vem reduzindo os espaços editoriais, pelo fato dos periódicos estudados se enquadrarem no formato tabloide e pela precarização das redações, com enxugamento das equipes de jornalismo (MALINVERNI, 2016).

Dadas às características do PMM, é possível considerar que a presença de elementos de edição, como infográficos e ilustrações, poderia auxiliar no entendimento da população sobre o Programa, o que não foi predominante nas notícias analisadas. De fato, como mostra Santos et al. (2016), os usuários não percebiam a complexidade do Programa, descrevendo-o apenas como “um programa que trouxe médicos estrangeiros”.

Em relação aos elementos do *corpus* de notícias submetidas à AD, observa-se que 8 das 9 notícias incluíram apenas fotografias. Analisadas qualitativamente, essas fotos evidenciam uma forte politização do tema, já que por vezes parlamentares (e suas posições em relação ao Programa) e as características étnicas e raciais dos médicos participantes do primeiro edital do PMMB (estrangeiros, negros ou pardos) foram destacados nas matérias.

Na primeira notícia analisada, destaca-se a foto de um deputado, líder da chamada bancada da saúde, médico e contrário ao PMM, com os braços levemente erguidos, dedo indicador apontando para cima, semblante sério, tendo como legenda a seguinte frase: “Dilma tirou a coluna vertebral do médico” (Quadro 2). Nessa matéria também foram incluídos outros elementos de edição: uma foto do Congresso ocupado pelos parlamentares e uma de outro deputado, também médico e contrário ao PMM, ao microfone, falando com a testa franzida.

Quaro 2. Imagens incluídas nas notícias sobre o PMM que compuseram o corpus da análise qualitativa. Espírito Santo, 2013



Na segunda, há a fotografia de uma sala, cheia de médicos e médicas; todos sentados, de jaleco. Na imagem é possível perceber a presença de mulheres e homens negros, com a seguinte legenda: “MÉDICOS ESTRANGEIROS fazem treinamento na Universidade Federal de Vitória de Santo Antão, Pernambuco”.

A terceira notícia exibe a fotografia de um médico branco, calça jeans, camisa social de manga longa, empurrando um carrinho de malas, caixas e próximo de um carrinho onde está um bebê, em um aeroporto, com a seguinte legenda: “Brasileiro formado na Espanha, Thiago vai para o Acre”.

A quarta, uma das notícias mais emblemáticas da forte oposição da classe médica ao programa, inclui a fotografia de um médico negro tentando passar por várias pessoas, dispostas em um corredor polonês. Do seu lado esquerdo está um homem do Exército que nitidamente tenta viabilizar sua passagem. Do lado direito há um grupo de mulheres com jaleco branco, médicas ou estudantes de medicina, com as mãos na

boca, como para gritar ou vaiar a passagem do médico negro. Ao fundo há um repórter com a máquina em posição, tirando fotos. A legenda é: “Médicos brasileiros chamaram cubanos de ‘escravos’ e ‘incompetentes’”.

Na quinta notícia é possível visualizar a fotografia de um médico branco, com camisa social, jaleco aberto, estetoscópio no ouvido, com a seguinte legenda: “O ESPANHOL Juan Luis atende em posto de Resistência, em Vitória”.

A sexta matéria traz a fotografia de uma médica, com o estetoscópio no ouvido, examinando um paciente negro, que está de costas, sentado. A fotolegenda é: “ATENDIMENTO MÉDICO: medidas para formar profissionais que possam atuar no interior e em periferias”. Nessa notícia também são exibidos outros elementos de edição: fotografias do prefeito de Vitória, do presidente do Sindicato dos Médicos do ES, do vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do ES e do vice-presidente da Associação dos Médicos do ES.

Na fotografia que ilustra a sétima notícia um médico branco examina com um estetoscópio um bebê, no colo de sua mãe, com a seguinte legenda: “Marcel Siqueira começou a atuar em Vila Velha e ontem atendeu a pequena Ana Carla, levada pela mãe, Mikaelen”.

A oitava notícia não exibe elemento de edição, enquanto a nona incluiu a fotografia da recepção de uma unidade de saúde, na qual há pessoas sentadas, aguardando atendimento. Há espaços vazios, sem lotação e a legenda: “A UNIDADE DE FEU ROSA foi a segunda a receber a implantação do Acolher Mais, que melhora o atendimento”.

Por outro lado, as publicações e aparições midiáticas, que enfatizam programas do SUS, que podem ser considerados exitosos em geral, não carregam a marca e o nome do próprio sistema público de saúde (XAVIER&NARVAI, 2015). A própria logomarca (esparadrapo azul dobrado em forma de cruz) do SUS é desconhecida, subutilizada e não regulamentada em lei, resolução ministerial ou portaria. Ademais, as restrições do próprio Ministério da Saúde limitam muito a aplicação da logomarca. Para Xavier e Narvai (2015, p. 46) “[...] a análise das imagens dos equipamentos e ambientes do SUS revelou que hoje quem define o SUS são os inimigos do SUS”. Os baixos percentuais de menção ao SUS nos meses pesquisados demonstram que essa invisibilidade é crônica na mídia, e se repete na abordagem do PMM.

Outros exemplos desse SUS que não se vê são evidenciados nas campanhas de vacinação, nos procedimentos de alta complexidade (transplante de órgãos), nos programas de prevenção reconhecidos internacionalmente, como o HIV/Aids e na produção de tecnologia de ponta, como a da Fundação Osvaldo Cruz ou de outras instituições públicas de pesquisa. Esse cenário possui raízes comunicacionais, já que, como citado, a mídia contribui para a invisibilidade do SUS que dá certo (DE LAVOUR, DOMINGUEZ& MACHADO, 2014).

Os pontos positivos do sistema, assim como evidenciado nas notícias sobre o PMM, parecem não receber a mesma atenção que os pontos negativos, os quais geralmente são enfatizados pelos jornalistas. Além disso, prevalece no discurso midiático uma postura que o sistema público não funciona e, conseqüentemente, o SUS também não. Um fator que contribui para a divulgação de notícias negativas sobre o SUS é o fato de que poucas instituições enxergarem como profissionais da saúde, os profissionais de comunicação que atuam no SUS, nas assessorias de comunicação do Ministério e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (DE LAVOUR, DOMINGUEZ& MACHADO, 2014).

Essa invisibilidade também é resultado de estruturas de comunicação frágeis, falta de políticas ou mesmo planejamento no âmbito do próprio SUS, que “[...] operam como um ‘balcão’, com atendimento de demandas pontuais” (ARAÚJO, CARDOSO, & MURTINHO, 2009). Como regra, apontam os autores, a comunicação do SUS nas três esferas de gestão é majoritariamente voltada para as demandas dos gestores e, em menor proporção, dos técnicos. Por outro lado, são raras as ações propostas pelas equipes de comunicação, o que indica sua pouca autonomia frente às determinações político-administrativas e, ao mesmo tempo, a centralização das decisões como marca da ação comunicativa. Nesse cenário de fragilidade, nota-se uma atuação de gestores preocupados em divulgar o que realizam pessoalmente, esquecendo-se (consciente ou inconscientemente) de projetar o SUS como uma política de Estado e não de governo. Enfim, como o SUS (e suas iniciativas e programas) muitas vezes é tratado como patrimônio de um partido ou governo, e também o PMM o foi, já que grande número de matérias relacionou o Programa apenas à vertente política. A apropriação política de realizações bem-sucedidas do SUS também é uma realidade no cenário midiático (DE LAVOUR, DOMINGUEZ & MACHADO, 2014).

Na Tabela 2 a seguir, observa-se que apenas uma matéria, publicada no mês de outubro, teve chamada de capa, com o título “Médicos cubanos fazem *tour* em dia de folga”. O fato do PMM ter tido apenas uma chamada de capa indica a baixa relevância do tema para o jornal, dado que o espaço é um dos mais nobres da mídia impressa, em razão do limitado número de assuntos nele destacados. Do ponto de vista discursivo, destacamos o uso de um termo em idioma estrangeiro na chamada de capa, o que pode ter gerado inúmeras interpretações pelo público do jornal, que provavelmente desconhecia a tradução da palavra. Esse termo pode ter também provocado confusões de interpretação, contribuindo para deturpar a opinião pública acerca do programa.

As fontes oficiais do governo foram majoritariamente consultadas (n=116, 53,2%), seguidas de médicos e/ou profissionais da saúde (n=28, 12,8%); oficial e conselhos de classe (n=26, 11,9%); conselhos de classe e/ou sindicatos (n=25, 11,4%); oficial e profissionais da saúde (n=13, 5,9%) (Tabela 2). Em contrapartida, os cidadãos foram incluídos como fontes em apenas oito matérias (3,6%), evidenciando que a população, principal interessada no Programa, não foi ouvida e, por isso, cabe concluir que houve forte polarização discursiva.

Apesar de estruturado em três dimensões, conforme descrito na introdução deste capítulo, a ênfase das notícias recaiu sobre aquela relativa ao suprimento emergencial de médicos. Essa abordagem é evidenciada na Tabela 2 que indica a predominância de discurso voltado aos médicos estrangeiros participantes do Programa, uma vez que na análise da dimensão da Lei observa-se que 205 matérias priorizaram o PMM, 21,4% no mês de agosto. Por outro lado, apenas 13 notícias abordaram a dimensão de diretrizes para a formação médica, 76,9% no mês de julho. No período estudado, nenhuma matéria abordou a dimensão do programa relativa à criação de novos cursos de medicina (Tabela 2). Observa-se, portanto, que apesar do PMM incluir outras dimensões, midiaticamente ele foi restringido e resumido ao tema do suprimento emergencial, como evidenciado, posteriormente, por KEMPER, MENDONÇA & SOUZA (2016).

No *corpus* analisado foi possível observar duas formações discursivas preponderantes que permearam os sentidos trabalhados ao longo da implantação do PMM no SUS: 1) os embates enfrentados pelo programa; 2) a necessidade de sua reafirmação e validação.

Tabela 2. Análise da presença de chamada de capa, fontes e dimensão abordada nas matérias sobre o Programa Mais Médicos durante os meses de sua implantação nos dois jornais analisados (Jornal A e Jornal B). Espírito Santo, 2013.

	MÊS DE PUBLICAÇÃO DA NOTÍCIA									
	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL		
Há chamada de capa?	4 (1,8%)	46 (21,2%)	47 (21,7%)	48 (22,1%)	35 (16,1%)	25 (11,5%)	12 (5,5%)	217 (100%)		
	0	0	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)		
Fontes citadas na matéria****	1 (4%)	7 (28%)	2 (8,0%)	7 (28%)	5 (20%)	1 (4,0%)	2 (8%)	25 (100%)		
	0	3 (10,7%)	2 (7,1%)	6 (21,4%)	6 (21,4%)	11 (39,3%)	0	28 (100%)		
	1 (9%)	22 (19%)	32 (27,6%)	26 (22,4%)	15 (12,9%)	12 (10,3%)	8 (6,9%)	116 (100%)		
	2 (7,7%)	8 (30,8%)	6 (23,1%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	0	2 (7,7%)	26 (100%)		
	0	3 (23,1%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	0	13 (100%)		
	0	1 (12,5%)	3 (37,5%)	0	4 (50,0%)	0	0	8 (100%)		
Qual a dimensão da lei é abordada?	0	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0	0	0	0	13 (100%)		
	4 (1,9%)	36 (17,5%)	44 (21,4%)	48 (23,4%)	36 (17,5%)	25 (12,1%)	12 (5,8%)	205 (100%)		

****Em duas matérias não havia a citação de fontes.

1. Os Embates Enfrentados pelo PMM

O título da primeira notícia corrobora a formação discursiva que aponta que o PMM enfrentou embates políticos, econômicos e sociais durante sua implantação. A inclusão de termos como “guerra” nos títulos das matérias “Bancada da saúde vai à *guerra*” e “Governo prepara *guerra* judicial contra CRMs” enfatiza o sentido de disputas em torno do Programa, que para ser implantado precisaria “vencer a batalha”. Além disso, em trechos das notícias, é possível observar o uso de outras palavras que reafirmam essa luta: “[...] a bancada da Saúde se articula para duas importantes *batalhas* na volta do recesso parlamentar” (JORNAL B, 21/07/2013).

A utilização de termos bélicos em notícias de saúde tem sido relatada em outros estudos do campo da saúde, como o de FERRAZ & GOMES (2012). No caso do PMM, esse repertório discursivo leva o leitor a associar tal iniciativa como algo a ser combatido, demandando a adoção de verdadeiras estratégias para contê-lo. Além disso, as notícias sobre o Programa foram marcadas por conjunções condicionais:

O presidente do Conselho Regional de Medicina no Espírito Santo, Aloízio Farias de Souza, disse que não é contra o trabalho de médicos estrangeiros no País, desde que façam a prova do Revalida (JORNAL B, 27/08/2013).

Também foram utilizadas conjunções de negação:

O Brasil não precisa de ação humanitária. Precisamos da efetivação dos serviços de saúde, de melhores condições para o médico trabalhar e não ações de guerra (JORNAL B, 27/08/2013).

Observa-se ainda a ênfase das notícias no posicionamento dos conselhos médicos brasileiros, contrários ao PMM: “CRM-ES recusa-se a aceitar médicos sem o Revalida” e “O Conselho Regional de Medicina (CRM-ES) permanece contrário ao Programa Mais Médicos”.

Além disso, uma das notícias repercutiu a postagem francamente preconceituosa publicada por uma jornalista nas redes sociais:

Me perdoem se for preconceito, mas essas médicas cubanas têm uma cara de empregada doméstica. Será que são médicas mesmo? ‘Afe’ que terrível. Médico, geralmente, tem postura, tem cara de médico, se impõe a partir da aparência... Coitada da nossa população. Será que eles entendem de dengue? Febre amarela? Deus proteja o nosso povo! (JORNAL A, 28/08/2013).

Entre as notícias analisadas, é evidente o posicionamento dos médicos e suas entidades representativas, de forte oposição ao PMM:

Os médicos do Estado não receberam com bons olhos a proposta da presidente Dilma Rousseff de ampliar as vagas de graduação em medicina e residência médica no País, bem como a contratação de profissionais estrangeiros (JORNAL B, 25/06/2013).

Apesar desse posicionamento restritivo dos médicos brasileiros em relação ao Programa, o problema da escassez de médicos é uma realidade inquestionável no SUS, desde sua criação. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013c), quando o PMM foi lançado, em 2013, 700 municípios (15% do total de 5.570) não possuíam um único profissional de saúde e em outras 1.900 cidades havia menos de um médico para aproximadamente 3 mil habitantes. O governo federal calculava, então, que só para atender às regiões mais pobres do país seria preciso contratar pelo menos 9,5 mil profissionais, o que, àquela altura, parecia uma tarefa impossível. Em janeiro daquele ano, numa primeira tentativa, ainda sem o PMM, por exemplo, o Ministério da Saúde abriu 13 mil vagas para médicos brasileiros recém-formados, que trabalhariam em 2,9 mil prefeituras. Embora oferecendo um salário de 8 mil reais, o órgão só conseguiu preencher 3 mil vagas. Por isso, uma política de provimento de médicos para o SUS era, de fato, necessária ao país.

Portanto, apesar de ser o primeiro programa a suprir essa lacuna de forma resolutiva, ele não foi a primeira iniciativa governamental para atrair e fixar profissionais de saúde em áreas remotas do país (OLIVEIRA et al., 2015). Ao longo da história da saúde pública brasileira, outras iniciativas voltaram-se especificamente para o provimento de profissionais para o sistema, sobretudo no interior, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), 1993; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), 2001; e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) (CARVALHO&SOUSA, 2013). Nenhum deles, destaque-se, teve a mesma repercussão social e midiática do PMM, que incluiu manifestações de intolerância e preconceito contra os profissionais que aderiram ao programa:

Na saída da aula inaugural do treinamento, cubanos tiveram que passar por um corredor humano, onde os cearenses gritaram palavras como “incompetentes” e “escravos” (JORNAL A, 28/08/2013).

Essa perspectiva é reafirmada com a inclusão de três fontes (médicos) que expressam opiniões que corroboram esse posicionamento e ocupam grande parte da mesma matéria, uma reportagem especial. Ademais, a oposição inicial da corporação médica ao PMM também fica evidente pela baixa adesão dos médicos ao primeiro edital de implantação do programa.

Nos embates sobre a implantação desse Programa, há de se destacar ainda o papel das redes sociais e das mídias alternativas, as quais revelaram opiniões diversas e contribuíram para a mobilização e participação social em *blogs*, *Facebook* e *Twitter*. Esses atores manifestaram posições mais equilibradas e que contribuíram para um debate mais aprofundado sobre o tema, ao contrário do que se pôde perceber nos meios de comunicação de massa (MACEDO et al., 2016). Essas mídias alternativas deram mais visibilidade às pautas periféricas e aos atores muitas vezes invisíveis aos meios de comunicação tradicionais. Além disso, são instâncias autônomas que possibilitaram a manifestação independente de comunidades e movimentos sociais. Entretanto, apesar de relevantes, os discursos que essas redes mobilizam, via de regra, sofrem ofuscamento pelo discurso dominante na grande mídia (DOWNING et al., 2002).

2. A Necessidade de Reafirmação e Validação do Programa

Vários trechos das notícias sobre o PMM evidenciam como formação discursiva a necessidade de que o Programa fosse validado:

Com avaliação, esses médicos vão poder mostrar e comprovar a sua competência (JORNAL B, 27/08/2013).

A necessidade de comprovação da competência de médicos vindos de outros países também fica evidente. Por exemplo, um dos jornalistas destaca que para reafirmação do PMM seria necessário enfrentar a força dos médicos, que um dos deputados incluídos como fonte da notícia, favorável ao Programa, nomeia como “*lobby* ou ditadura dos médicos”:

É um lobby forte, mas comigo não tem vez. O Congresso vai se preparar para os vetos, mas temos outras categorias que têm que ser consideradas. Não podemos ter a ditadura dos médicos (JORNAL B, 21/07/2013).

A discussão em torno do teste Revalida que funcionaria como um atestado de que os médicos estrangeiros tivessem competência suficiente para atuar no país, defendido pelos Conselhos de Medicina, foi recorrente no noticiário analisado. Destarte, foi também motivo de debate a concessão do registro aos profissionais vindos do exterior, principalmente os cubanos, sem submissão ao Revalida, o que fez o PMM, de certa forma, dependente dos próprios CRM:

Ele [médico espanhol participante do programa] já estava trabalhando na unidade há um mês, mas não podia fazer atendimento clínico por não ter registro junto ao CRM-ES (JORNAL B, 10/11/2013).

É importante lembrar que os argumentos contrários ao PMM não se restringiram ao Revalida. Alguns estudos publicados à época questionaram as dificuldades de comunicação que um idioma diferente poderia gerar no atendimento à população (CARAMELLI, 2013); as condições de recrutamento dos médicos participantes, dada a provisoriedade dos contratos (CAMPOS, 2013); e a criação e ampliação de vagas para cursos de Medicina em instituições particulares, postulando que o ideal seria investir nas universidades públicas (CAMPOS, 2013). Outros ressaltaram o fato do PMM ser um programa para pobres, baseado no princípio da equidade e não da igualdade, apontando ainda que ele evidenciava que a razão da não fixação do médico no sistema público estava no próprio SUS, que os afastava devido aos vínculos e salários precários (BAHIA, 2014). Sem embargo, essas temáticas não se constituíram pauta jornalística sobre o PMM, que, como dito, se restringiram aos argumentos relacionados ao teste Revalida, a partir de discursos de peritos (fontes oficiais, profissionais de saúde e corporações médicas), porta-vozes e fontes priorizadas pelos jornais analisados.

Em contrapartida, a polêmica sobre a implantação do programa não repercutiu entre os usuários que tinham na iniciativa a possibilidade de acesso a um médico. Para eles, o cenário era de satisfação em relação ao PMM e a presença de médicos oriundos de outros países não se configurou como entrave para o atendimento (DOMINGUEZ, 2013). Posteriormente, alguns autores enfatizaram a inspiração do PMM em modelos de fixação de médicos em países como a Austrália e Estados Unidos, que obtiveram sucesso com estratégias semelhantes (OLIVEIRA et al., 2015). Outros estudos realizados após a implantação do PMM demonstraram que ele contribuiu para a redução das iniquidades em saúde (SANTOS, COSTA & GIRARDI, 2015; GONÇALVES et al., 2016; MIRANDA et al., 2017), bem como para a melhoria do acesso e qualidade dos atendimentos em saúde (GALAVOTE et al., 2016).

Como ficaria demonstrado, dentre as mudanças ocorridas após a implantação do Programa na percepção dos usuários, destacaram-se: o aumento na frequência de médicos nas unidades de saúde; a maior facilidade no agendamento das consultas; o aumento no número de visitas domiciliares e o padrão de atendimento, com a prática clínica se mostrou mais organizada e aplicada; o fato do atendimento ser mais ágil devido à diminuição na espera por consultas; o acompanhamento das doenças crônicas e o desenvolvimento de grupos de prevenção nas comunidades (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

Sabe-se que o delineamento de um programa nem sempre se constitui um projeto perfeito e totalmente coeso, uma vez que envolve inúmeras negociações, relações de força e poder (ARRETCHE, 2001). Portanto, inevitavelmente, o programa estará sujeito a discussões e debates, na presunção de fortalecer e melhorar o seu delineamento e não de enfraquecê-lo. Os obstáculos à fixação de médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (NEY&RODRIGUES, 2012), propulsora do PMM, não foram foco das notícias, que se restringiram às opiniões por vezes rasas e polarizadas por parte de médicos contrários ao programa.

O PMM representa atualmente uma estratégia central na organização da atenção básica do SUS. No que diz respeito à educação em saúde, os médicos do programa têm atuado como alicerces capilarizadores nas comunidades. O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), vem investindo na formação desses profissionais sobre pungentes problemas de saúde pública, como por exemplo as arboviroses (Zika, Chikungunya, dengue e febre amarela), entendendo que a capacitação desses atores para o manejo dessas mazelas os transformará em protagonistas de iniciativas clínicas e educativas contextualizadas e multiplicadas nas diversas realidades locais (MEIRELES, 2017). Apesar do seu potencial, esses argumentos não estiveram presentes nas notícias analisadas.

Considerações finais

O caminho metodológico da triangulação possibilitou analisar a veiculação das notícias sobre o Programa Mais Médicos ao longo de sua implantação nos meses de junho a dezembro de 2013, em dois jornais impressos do estado do Espírito Santo. A associação de dados quantitativos e qualitativos permitiu que o objeto de estudo fosse melhor compreendido, já que as abordagens se complementaram, evidenciando a forma como a temática foi veiculada ao longo dos meses de sua implantação.

O provimento de médicos é uma lacuna histórica no SUS, colocada em pauta de forma contundente a partir do PMM. Contudo, apesar das evidências que indicavam a sua relevância social, o Programa foi apresentado pela mídia majoritariamente sob a perspectiva dos conflitos e das disputas simbólicas de poder, analisadas neste trabalho a partir das formações discursivas “embates enfrentados pelo PMM” e “necessidade de sua reafirmação e validação”.

Em relação às características editoriais, em ambos os jornais, observou-se a predominância de matérias em páginas de menor destaque (páginas pares); posicionamento contrário ao Programa; escassez de elementos de edição; modestas citações do SUS e apenas uma chamada de capa; baixo protagonismo dos usuários atendidos pelos médicos do PMM como fontes das matérias; e predominância de abordagem do Programa de uma única dimensão, relativa ao provimento emergencial de médicos.

Poucos foram os discursos midiáticos que explicaram o funcionamento do PMM como um todo, discutindo a necessidade de sua implantação, bem como seus possíveis impactos positivos na saúde da população. Outrossim, observou-se nesse estudo que o discurso midiático sobre a implantação do Programa, a partir dos dois jornais, não contribuiu para potencializar sua implantação.

Estudos do campo da Comunicação em Saúde têm demonstrado a capacidade da mídia jornalística, particularmente em sua vertente de massa, de produzir fatos sociais e instituir realidades, segundo os repertórios e enquadramentos que decide empregar. Como uma última observação que contribui para o entendimento dessa capacidade midiática de instituir fatos sociais, vale lembrar que as notícias não são “espelho” da realidade, mas resultado da interação simultaneamente histórica e contemporânea dos acontecimentos, que ocorrem em superabundância no cotidiano, com as forças pessoal, social, ideológica, cultural, dos meios físicos e técnicos de fixação e transmissão da informação, características das indústrias culturais e midiáticas. Entendendo o processo de produção das notícias segundo essa abordagem, conclui-se que a narrativa jornalística construída e divulgada durante o período de implantação do PMM produziu um sentido negativo sobre o Programa, que se impôs como uma realidade no cotidiano. Apesar da cobertura enviesada dos meios de comunicação de massa, algumas mídias alternativas e atores em redes sociais ofereceram um contraponto a tal cobertura negativista e contribuíram para um debate mais equilibrado sobre o PMM, embora não foram capazes de suplantar a falta de informações vitais do governo nem a reação exaltada de muitos médicos brasileiros.

Por fim, é importante registrar que a presente investigação, embora realizada em uma cidade que não pertence ao grupo dos maiores centros urbanos do país, representa uma amostra do cenário prevalente no Brasil, particularmente em momentos de grande fragmentação e polarização política, como vem acontecendo nos últimos anos.

Referências:

- ADORNO, T. W. Indústria Cultural e Sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A comunicação no sistema único de saúde: cenários e tendências. Revista Latinoamericana de Ciencias de La Comunicación, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 104-115, 2009.
- ARRETCHE, M. T. S. Uma *brain networking* contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (org.) Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2001, p. 43-56.
- BLOG DA SAÚDE. Programa surgiu de demandas de prefeitos de todos os partidos, diz Padilha. Out 2013 [acesso em 2017 julho 31]. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2013/10/programa-surgiu-de-demandas-de-prefeitos-de-todos-os-partidos-diz-padilha-7042.html>
- BRASIL. Demografia Médica no Brasil. Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de Pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, v. 2, 2013b.
- BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Em todo o país, 400 cubanos trabalharão em 219 localidades, a maior parte em cidades de baixo IDH do Norte e do Nordeste. Set 2013c [acesso em 2017 julho 29]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos?start=205>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMPONEZ, C. Jornalismo de proximidade – Rituais de comunicação na imprensa regional. Coimbra: Minerva, 2002.
- CAMPOS, G. W. S. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. Campinas: FCM, Unicamp, 2013.

CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 59, n. 5, p. 407-408, 2013.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CASTILHO, C. Morrem os jornais, surgem as marcas jornalística. Observatório da Imprensa. Set. 2015 [acesso em 2017 julho 31]. Disponível em: <<http://observatoriodaimpresa.com.br/imprensa-em-questao/morrem-os-jornais-surgem-as-marcas-jornalisticas/>>.

CAVACA, A. G. et al. Diseases Neglected by the Media in Espírito Santo, Brazil in 2011–2012. PLOS Neglected Tropical Diseases, San Francisco, April 26, p. 1-19, 2016, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0004662>.

CAVACA, A. G.; EMERICH, T. B.; LERNER, K. Observatórios de Saúde na Mídia: dispositivos de análise crítica em Comunicação e Saúde. Rev. bras. pesqui. saúde., Vitória, v. 18, n. 3, p. 4-5, 2016.

DE LAVOUR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. Revista Radis, Rio de Janeiro, n. 104, p. 1-5, 2014.

DINIZ, L. Polêmica Judicial à saúde. Ano 19, edição 762, 2013 [acesso em 2016 Fev 20]. Disponível em: http://observatoriodaimpresa.com.br/imprensa-em-questao/polemica_prejudicial_a_saude/

DOMINGUEZ, B. Há médicos. Radis, Rio de Janeiro, n. 134, Nov., 2013.

DOWNING, J.; FORD T. V.; GIL, G.; STEIN, L. Mídia radical: rebeldia nas comunicações e movimentos sociais. São Paulo: Senac, 2002.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). CIES e-WORKING PAPER, Lisboa, n. 60, 2009.

EMERICH, T. B.; EMMERICH, A.; CAVACA, A.; FRANCO, F. A Responsabilidade Midiática na divulgação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos. Revista Destarte, Vitória, v. 5, n. 2, p. 153-164, 2015.

EMMERICH, A.; NACIF, M. O que o SUS ameaça? Jornal A Gazeta. Vitória, 16 Jan. 2016; Pensar: p.3.

FERRAZ, L. M. R.; GOMES, I. M. A. M.; A construção discursiva sobre a dengue na mídia. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 15, n. 1, p. 63-74, 2012.

FERREIRA, G. M. O posicionamento discursivo de “A Gazeta” e “A Tribuna” (Vitória-ES / Brasil: uma explicação para entender a evolução de suas tiragens [acesso em 2017 julho 19]. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/associa/alaic/chile2000/11%20GT%202000Discurso%20e%20Comunic/GioandroFerreira.doc>

GALAVOTE, H. C.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. Informações FIPE. Mar 2014, n.402, p. 26-36. Disponível em: <http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et-al.pdf>. Acesso em: 27 Abr 2015.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêucheux e Orlandi. R Enferm UERJ, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Colet, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

IBOPE MEDIA. Retro Perspectiva Investimento Mercado publicitário 2014. Disponível em: <http://www4.ibope.com.br/media/investimento_publicitario_2014/#_ga=1.121299848.1447168882.1415936558>. Acesso em 22 Jul. 2016.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama de produção científica. Ciên Saúde Colet, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016.

MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. Cad. EBAPE.BR, v. 14, Edição Especial, Artigo 10, Rio de Janeiro, Jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395117188>.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F. E.; LIMA, N. T. Em defesa do Mais Médicos: 48 países integrados no programa. Jan 2015 [acesso em 2017 julho 31]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/em-defesa-do-mais-m%C3%A9dicos-48-pa%C3%ADses-integrados-no-programa>

- MALINVERNI, C. Epidemia midiática de febre amarela: desdobramentos e aprendizados de uma crise de comunicação na saúde pública brasileira [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.
- MALINVERNI, C. Uma epizootia, duas notícias: a febre amarela como epidemia e como não epidemia. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2 (2017). Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1339>. Acesso em 26 jul. 2017.
- MASCARELO DA SILVA, T. O Sistema único de Saúde e sua Representatividade na Mídia Imprensa Capixaba. Trabalho de Conclusão de Curso. Comunicação Social. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.
- MEIRELES, B. Debate sobre as arboviroses. 290 reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, 2017. Video (3h23m57s), color. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/ConselhoNacionalSaude/videos/?ref=page_internal. Acesso em 4 março 2017.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; EDINILSA, R. S. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p.
- MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.
- MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 107-115, 2014.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A.. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- OLIVEIRA, F. P. et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in na international perspective. Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- ORLANDI, E. P. Análise de Discurso: princípios & procedimentos. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, Cebes, 2008, p. 547-573.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. The Lancet, p.11-31, 2011.
- PATTON, M. Q. Qualitative research and evaluation methods.3.ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- PÊCHEUX, M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 4ª ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006.
- PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Revista da ABPN, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.
- POVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, p. 1555-1564, 2006.
- RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 421-424, 2015.
- SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.
- SCHANAIDER, A. Mais ou Menos médicos! Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 303-304, 2014.
- SCHEFFER, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.
- SCREMIN, L.; JAVORSKI, E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. In: Encontro de Pesquisa em Comunicação: Comunicação e Sociedade: Diálogos e Tensões, 2013, Curitiba-PR. V Enpecom Comunicação e Sociedade: Diálogos e Tensões. Curitiba: UFPR, 2013, v. 5. p. 95-107.
- SEGALIN, M. O Programa Mais Médicos: um estudo de imagem a partir da Revista Veja. 2013. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Comunicação Social – Relações Públicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- WASKO, J. Estudando a Economia Política dos *Media* e da Informação. In: SOUZA, H. (org.) Comunicação, Economia e Poder. Portugal: Porto Editora, 2006, p. 29-60.
- XAVIER, C.; NARVAI, P. C. A marca Invisível do SUS. Ensaios e diálogos, Rio de Janeiro, n. 1, p. 45-49, 2015.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo IV

PESQUISA SOBRE AS INTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS, CONVIVÊNCIA E TROCAS DE CONHECIMENTOS ENTRE MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS: NOTAS METODOLÓGICAS

Eduardo Siqueira¹ e Leonardo Cavalcanti²

A presente pesquisa analisa os processos de interação sociocultural, convivência e trocas de conhecimentos entre médicos cubanos e brasileiros, e entre os mesmos e enfermeiros, agentes de saúde, pacientes e a população onde trabalharam e moraram. A hipótese de partida da pesquisa é que as interações socioculturais dos médicos cubanos com os brasileiros são e continuam sendo importantes para a prática médica, a realização social do médico cooperado e a saúde da população por eles atendida.

O estudo contemplou as cinco regiões do país (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste), em um intenso trabalho de campo composto de etnografia, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, realizados entre fevereiro e outubro de 2016. A coleta e análise dos dados partiram de um modelo tipológico que dividiu o objeto em três focos distintos: 1) áreas indígenas 2) comunidades quilombolas e 3) periferias urbanas.

A coleta de informações foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, após a escolha das localidades, definiu-se a melhor forma de fazer contato com os médicos, junto com a equipe técnica da OPAS/OMS responsável por gerenciar os médicos cubanos do PMM. Após várias reuniões no escritório da OPAS/OMS do Brasil, localizado em Brasília, ficou decidido que o contato com os médicos se daria primeiramente através dos supervisores cubanos responsáveis pelos médicos intercambistas em cada estado, após o que foi iniciado o trabalho de campo.

Para a realização das entrevistas foram designados pesquisadores para as periferias urbanas, áreas indígenas e áreas quilombolas. Parte das entrevistas foram conseguidas por intermédio dos supervisores da OPAS/OMS, porém houve casos em que as entrevistas foram realizadas através do método “bola de neve”³, ou seja, os próprios médicos cubanos indicaram colegas participantes do Programa. A pesquisa não ficou

¹ Professor da Universidade de Massachusetts Boston (UMass Boston).

² Professor da Universidade de Brasília e pesquisador com produtividade em pesquisa pelo CNPq. Coordenador do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra).

³ O método de coleta de dados em bola de neve se constrói da seguinte maneira: no movimento inicial lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como “sementes”, a fim de localizar pessoas com o perfil adequado para a pesquisa, entre a população do estudo. Assim, tais “sementes” ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas anteriormente por tal processo indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Dessa forma o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014).

restrita às indicações dos supervisores, e como resultado conseguiu-se uma amostra diversificada em termos de localidade, gênero e idade.

Foram realizadas 92 entrevistas semiestruturadas em dezenove estados, com média de duração de uma hora e meia cada (Figura 1). O roteiro das entrevistas foi flexível e contemplou sete blocos temáticos: bloco 1 – Características sociodemográficas e antecedentes da migração; bloco 2 – Situação sócio familiar e papel da vida familiar e pessoal na integração; bloco 3 – Decisão de participar do PMM, chegada no país, interação no bairro/município; bloco 4 – Espaços de tempo livre, interação na sociedade em geral, bloco 5 – Interação sócio profissional no Brasil; bloco 6 – Relação com os pacientes e grau de proximidade com a comunidade e bloco 7 – Avaliação da vida no Brasil e do projeto migratório.

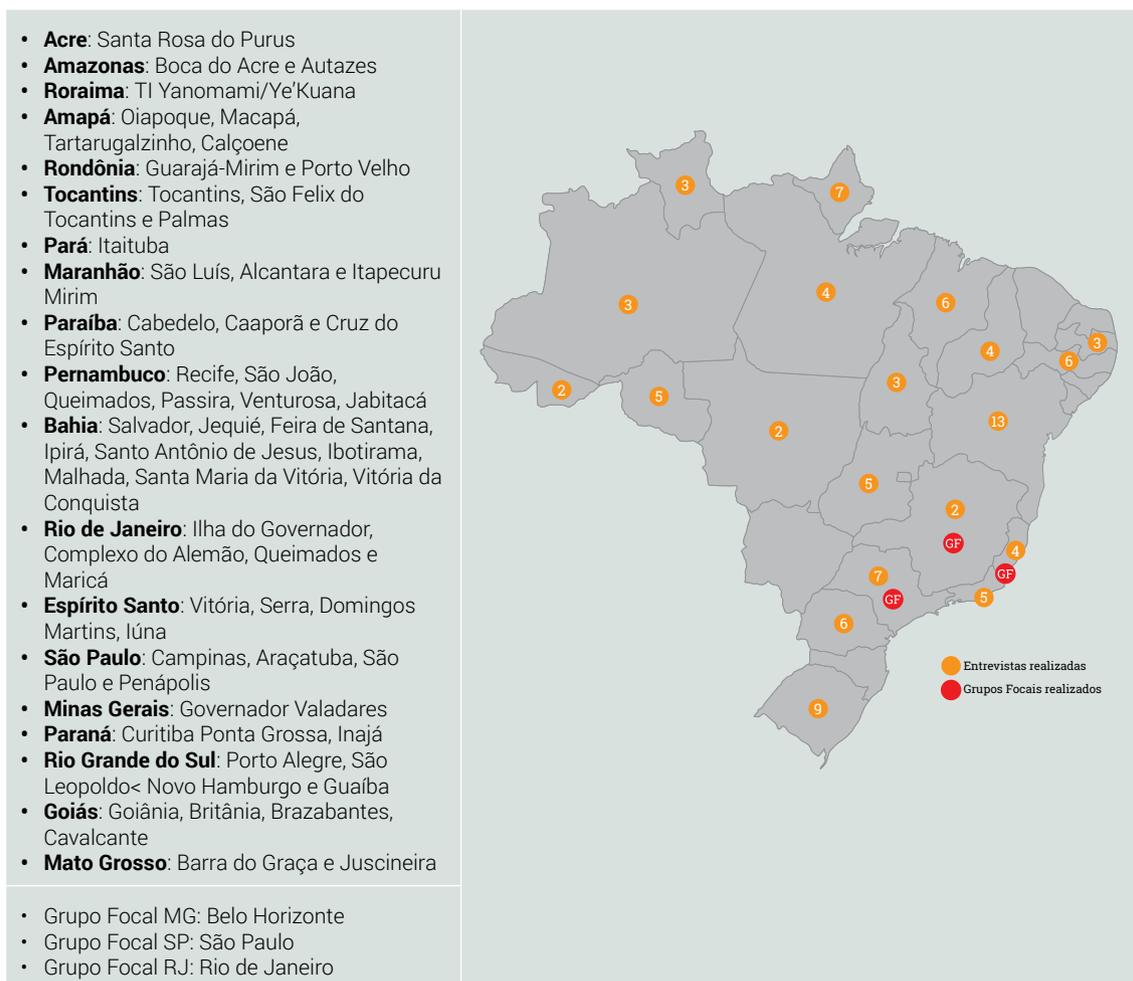
As entrevistas foram realizadas nos locais de preferência dos sujeitos, geralmente conduzidas nas proximidades dos locais de trabalho e/ou nas suas casas. Nas áreas indígenas foram realizadas geralmente nos polos base dos DSEI e/ou nas residências dos cooperantes. O caráter semiestruturado com perguntas abertas permitiu obter maior riqueza de informações, ao mesmo tempo em que tornou possível adicionar novas questões ao estudo, conforme necessário.

Além das entrevistas, foram realizados três grupos focais com o objetivo de obter informações sobre a experiência dos médicos intercambistas que não tinham sido contempladas diretamente nas entrevistas, como por exemplo, sugestões de aprimoramento do PMM.

Foram realizados grupos focais nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, capitais dos estados que concentram um grande número de médicos intercambistas participantes do PMM.

No Rio de Janeiro, contou com sete participantes -quatro médicas e três médicos- além da presença da supervisora local. Ocorreu na residência de um dos participantes, e durou cerca de uma hora. Em São Paulo, contou com oito médicos participantes, seis médicas e dois médicos. Realizou-se nas acomodações do Centro de Estudos Migratórios da Missão Paz e durou uma hora e vinte minutos. Em Belo Horizonte, nas dependências da Universidade Federal de Minas Gerais e contou com sete médicos intercambistas- cinco médicas e dois médicos – além da supervisora da OPAS/OMS de Minas Gerais, durando duas horas e quarenta minutos.

Figura 1. Mapa das entrevistas e grupos focais realizadas, segundo os estados e municípios.



No intuito de analisar a interação sociocultural entre os médicos cubanos e a população atendida, as entrevistas foram organizadas em três eixos: a) processos de interação sócio profissional, relacionados aos locais de trabalho; b) processos de interação comunitária, como participação na vida das comunidades e eventual estabelecimento de laços sócio afetivos e, finalmente, c) processos de interação sociocultural, buscando-se a partilha de valores e práticas culturais cubanas e brasileiras.

A análise das entrevistas foi feita mediante a análise qualitativa do seu conteúdo temático e consistiu na organização conceitual da informação coletada no decorrer do trabalho de campo, com base em categorias significativas, priorizando o conteúdo dessas categorias e sua interpretação, em detrimento das frequências dos códigos. O procedimento para obter uma análise integrada a partir das entrevistas foi apoiado pelo programa de análise de texto NVIVO®.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo V

MÉDICOS CUBANOS EM ÁREAS INDÍGENAS: NATUREZAS, DOENÇA E CURA EM UM “BRASIL QUE NÃO ESTÁ NAS NOVELAS”

Sandro Martins de Almeida Santos⁴

Introdução

O presente capítulo apresenta reflexões sobre as relações dos médicos cubanos que trabalharam em áreas indígenas, no escopo da pesquisa nacional sobre a “Interação Sociocultural dos Médicos Cubanos no Brasil”. Este descreve uma síntese dos resultados obtidos a partir do diálogo com os médicos envolvidos no PMM. Há relatos das alegrias e dos dissabores do contato com a diversidade cultural indígena, bem como das relações com a floresta, os rios e seus habitantes humanos e não humanos. Segundo um entrevistado, trata-se do contato “com o Brasil que não está nas novelas”.

Tendo em vista as relações dos médicos com uma natureza muito diversa daquela conhecida na ilha de Cuba e o contato com as distintas percepções dos indígenas sobre os processos de adoecimento e cura, apresenta-se neste texto uma leitura teórica que procura agregar os seguintes aspectos: a) as relações com a totalidade social que a floresta implica (socionatureza) e b) os encontros e desencontros entre medicalidades discrepantes (intermedicalidade).

A fauna, a flora, os rios e os espíritos não passam despercebidos pelos entrevistados. É importante notar como, por um lado, a formação humanista desses profissionais foi posta à prova pela necessidade de viver entranhados em floresta e rios dotados de personalidade, na visão dos indígenas. Por outro lado, surgiram conflitos e complementariedade entre tais saberes divergentes sobre saúde e doença. Os cubanos buscaram valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais, ao mesmo tempo que procuraram incutir nos indígenas determinados comportamentos, visando a promoção de hábitos considerados saudáveis, sob uma ótica “positivista” e “ocidental”.

O capítulo está organizado no sentido de promover reflexões sobre o contexto de trabalho dos médicos, mediante discussões de fundo antropológico, a respeito de uma “sociedade da natureza” e sobre os desafios da “intermedicalidade”. Na sequência, são apresentadas as categorias de análise propostas pelo coletivo de pesquisadores, ou seja, uma mais geral, relativa às interações socioculturais, além de duas mais específicas, derivadas da primeira, quais sejam, a interação socioprofissional e a participação na vida das comunidades.

⁴ Professor do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Amazonas.

No tocante à interação sociocultural/socionatural, categoria englobante que norteia o estudo, são enfatizadas as relações com a natureza e as transformações recíprocas provocadas pelas relações entre os indígenas e os intercambistas estrangeiros. A interação socioprofissional é abordada por meio das relações de amizade e de cumplicidade com os profissionais atuantes nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), sejam eles enfermeiros, barqueiros, seguranças de postos de saúde, entre outros.

No âmbito comunitário, os efeitos desse contato intercultural foram observados na potencial valorização dos chamados “conhecimentos tradicionais indígenas.” Por fim, apresenta-se pequena digressão sobre as expectativas antes da chegada dos entrevistados ao Brasil e a realidade enfrentada em contextos amazônicos, aspecto expressado na percepção recorrente daquele “Brasil que não está nas novelas.”

A sociedade da natureza e o desafio da intermedialidade no território amazônico

O pajé tem que ficar sete dias no mato sem comer, só se alimentando das coisas que estão aí no mato e que nos sete dias se ele suporta a convivência com a onça e com a cobra, se alimenta, resiste às doenças, chuva e chega à aldeia sem nenhum tipo de doença, então é aprovado para que seja o pajé da aldeia – Sancho Panza, dois anos de missão no Brasil, sul do Amazonas.⁵

A fala acima, proferida por um médico cubano, serve como introdução para dois aspectos teóricos fundamentais para compreendermos as relações dos médicos cubanos com as comunidades indígenas e com o ambiente da floresta amazônica. A explicação sobre a formação do Pajé, aprendida pelo médico no contato com o povo Apurinã, provoca reflexões não só sobre a relação dos habitantes da floresta com a natureza, mas também com a convivência com sistemas de conhecimentos médicos alheios ao conhecimento científico “ocidental”.

Ao longo das entrevistas com os médicos lotados em áreas indígenas e, de modo mais amplo, na Amazônia, foi ficando claro que não seria suficiente abordar as relações dos profissionais cubanos com os povos e as culturas indígenas por meio de um prisma teórico urbano ou mesmo rural/camponês. Os cubanos, na qualidade de forasteiros, precisaram aprender com os indígenas modos de sobreviver no contexto da floresta; além disso, o encontro de saberes entre “medicina ocidental” e “medicinas tradicionais indígenas” produz uma zona de contato intercultural que não se deixa silenciar.

Assim, para iluminar a leitura sobre as relações dos cubanos com os povos da floresta, são apresentadas duas chaves teóricas do campo da Antropologia Social. Em primeiro lugar, uma breve discussão sobre o pensamento ameríndio e a relação simétrica entre humanos e não humanos estabelecida por esses povos. A floresta, como argumenta Bruce Albert (1995), a partir de seus diálogos com Davi Kopenawa, é uma totalidade social, palco de relações que envolvem os animais, os vegetais, a terra, as águas, os minerais subterrâneos, além de espíritos dotados de humores variados. Nessa “sociedade da natureza” participam igualmente homens, mulheres, macacos, onças, peixes, cobras, jequitibás, açazeiros, castanheiras, espíritos, etc. (ALBERT, 1995; DESCOLA, 2006; GASCHÉ, 2011).

⁵ Todos os nomes adotados neste capítulo são fictícios.

Em segundo lugar, o fato de que os povos indígenas sul-americanos considerem plantas, animais e espíritos como agentes sociais, com os quais homens, mulheres e crianças interagem cotidianamente, impacta diretamente os modos de interpretação de doenças e nos procedimentos de cura. O contato entre o conhecimento médico “ocidental” e o conhecimento médico “indígena” sobre doenças e curas inseriu os profissionais cubanos em uma necessária problematização sobre a vivência da atenção diferenciada que conduz a uma “intermedicalidade,” entendida como a zona de contato intercultural específica entre saberes médicos distintos e por vezes contraditórios (FOLLÉR, 2004; KELLY, 2015).

De acordo com o antropólogo francês Phillipe Descola (2006), os sistemas de conhecimento são diferenciados tendo em vista “quem pode o que” numa dada relação. Afirma-se atualmente que os povos indígenas das terras baixas sul-americanas vivenciam o mundo sem separar filosoficamente a cultura da natureza. Tal separação fundamental, estabelecida entre os gregos desde o chamado período clássico, sustenta todo o arcabouço conceitual e prático da ciência ocidental, na busca de se afastar da natureza em direção ao estágio superior da cultura, tendo como corolário final a superação da própria natureza animal e o estabelecimento da sociedade humana. Entre os povos que assim distinguem natureza e cultura/sociedade, os agentes não humanos estariam excluídos das relações sociais⁶. Para os indígenas sul-americanos, contudo, plantas e animais são dotados de consciência e outros atributos da vida social; portanto, são considerados sujeitos intencionados capazes de agir e interferir no mundo social.

No contexto dos povos da floresta, os diferentes corpos (animais, vegetais, minerais) abrigam uma mesma fonte de vida e, por isto, estão envolvidos em uma mesma trama social. De acordo com a sabedoria ameríndia, a mulher conversa com o espírito-mãe das hortaliças para ter uma boa plantação; no mesmo sentido, é preciso convencer o *ser* protetor da mandioca para que faça crescer os corpos dos seus filhos. O espírito da mandioca se comunica com os humanos por meio dos sonhos, ditando a agenda para o plantio; de forma análoga, o homem que se embrenha na mata atrás de uma caça deve possuir um acordo com o *ser* protetor do animal. Assim, é fundamental respeitar as normas impostas pelo espírito protetor do animal que será caçado. Todas as relações entre os indivíduos indígenas e a floresta circundante são, portanto, negociadas com outras formas de vida visíveis e invisíveis. Toda a floresta (humanos, animais, plantas, os rios, etc.) faz parte dessa sociedade da natureza (DESCOLA, 2006).

O antropólogo suíço radicado no Peru, George Gasché, e o agrônomo peruano, Napoleón Vela (GASCHÉ & VELA, 2011) cunharam a noção de “socionatureza” buscando estabelecer um conceito sintético para lidar com a dinâmica intercultural entre “ocidentais” e “bosquímanos”, inseridos nessa totalidade social que é a floresta amazônica. As preocupações de Gasché e Vela vão no sentido de adequar as propostas científicas de conservação e manejo ambiental às técnicas ancestralmente manejadas com sucesso pelos povos da floresta (GASCHÉ & VELA, 2011).

No caso específico da presente pesquisa, aborda-se o encontro entre dois modelos de manejo da saúde. É preciso considerar que nem os índios nem os médicos cubanos pertencem a sistemas de conhecimentos herméticos; logo, torna-se importante conhecer o modo pelo qual as diferenças interagem e produzem mudanças nas vidas das pessoas, tanto de um lado como do outro. Da mesma forma que os indígenas nego-

⁶ Somente a partir de 2012, por meio da chamada “Declaração de Cambridge sobre a Consciência”, um grupo minoritário de neurocientistas ocidentais vem lutando para que se reconheça a existência de consciência e, conseqüentemente, a possibilidade de “cultura” entre animais não humanos.

ciavam a cooperação dos seres da natureza para a consecução de suas tarefas diárias (plantar, caçar, curar, etc.), os intercambistas foram instados ao envolvimento nesse sistema de intercâmbio e convivência. Por outro lado, os indígenas puderam aprender com os cubanos algumas noções de medicina preventiva, como por exemplo, lavar as mãos antes de comer e ferver água antes de consumir.

Viver a floresta e a complexidade social que ela engendra fez parte da necessária adaptação dos médicos cubanos aos locais de trabalho. Assim como o pajé necessita suportar a convivência com a onça e a cobra, resistir às doenças tropicais e conhecer intimamente os alimentos e venenos disponíveis na floresta, também o médico "ocidental" precisa adaptar seus conhecimentos e sua postura diante da natureza e seus agentes sociais. É questão de sobrevivência negociar espaço com as cobras, mosquitos e onças, bem como saber identificar plantas venenosas ou aprender a navegar pelos rios na cheia (quando o volume de água pode virar o barco) e na vazante (quando os bancos de areia podem fazê-lo encalhar). Diferentemente do pajé, os médicos não precisaram lidar com os espíritos, mas cotidianamente precisaram se relacionar, por exemplo, com serpentes peçonhentas (praticamente desconhecidas em Cuba) e com plantas medicinais dotadas de propriedades antiofídicas, mediante um ensinamento transmitido pelos "médicos" indígenas.

Em meio à convivência com a floresta e os povos da floresta, os médicos se depararam com diferentes sistemas de interpretação de doenças e curas, bem como com diferentes conjunturas de contato com as instituições brasileiras. Nesse encontro, emergiram relações hierárquicas derivadas do contato entre a sociedade ocidental e as sociedades indígenas. Essas relações não dizem respeito simplesmente à imposição de uma cultura sobre a outra, mas, sobretudo, às resistências e fusões de conhecimentos que marcam o processo de contato intercultural. Procura-se aqui revelar a zona de contato criada entre a tradição biomédica e algumas tradições amazônicas. O fenômeno da intermedicalidade trata da construção de "um espaço contextualizado de medicinas híbridas" a partir da interação de "agentes com consciência sociomédica" (FOLLÉR, 2004).

Faz-se necessário colocar em perspectiva crítica o fato de que o conhecimento biomédico está inserido em um contexto cultural eurocêntrico e embutido das concepções fundamentais que alimentam a tradição judaico-cristã ocidental, em sua variante capitalista ou socialista. Historicamente, os conhecimentos médicos dos povos indígenas foram tratados como um conhecimento não médico. Segundo a antropóloga sueca Maj-Lis Follér, "a prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos" (FOLLÉR, 2004). O poder colonizador captura para si o direito preferencial de decidir qual arcabouço de conhecimento deve ou não ser valorizado.

No contexto da saúde pública brasileira, a biomedicina, como sistema de conhecimento dos colonizadores, exerce o papel de conhecimento médico predominante, acompanhado de um discurso civilizatório e salvacionista amparado "não apenas por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado" (FOLLÉR, 2004). Dito em outras palavras, por meio da desvalorização do conhecimento indígena, reproduzindo comportamentos similares àqueles dos missionários religiosos ao introduzir sua fé, agentes de saúde pública brasileiros introduziram o consumo de medicamentos alopáticos entre os indígenas.

Os médicos cubanos que foram objeto da presente pesquisa, de modo distinto, tenderam a se interessar pelo conhecimento prático demonstrado pelos índios, ainda que julgando por vezes negativamente os modos de

vida dos mesmos. Por um lado, carregavam um discurso multiculturalista de respeito e tolerância às diferenças (SILVA, 2007); por outro, persistia um humanismo socialista que se solidarizava com as dificuldades materiais enfrentadas pelas populações e vislumbrava uma evolução nos costumes e nas formas de produção. Ao mesmo tempo em que promoviam ações de valorização do conhecimento indígena sobre plantas medicinais e sobre o ofício das parteiras, também procuravam fazer com que os indígenas assumissem uma postura mais “progressista” e menos “acomodada.”

A intermedicalidade surge na zona de contato entre as diferentes tradições médicas e revela a existência de um intercâmbio entre pelo menos dois sistemas de conhecimento sobre vida e morte, saúde e doença (FOLLÉR, 2004). Foi possível perceber, pelo discurso dos médicos, que houve intensa incorporação de elementos da biomedicina, através dos *remédios*, fossem eles apresentados sob a forma de xaropes, pomadas ou pílulas. Os povos indígenas sul-americanos são reconhecidos na etnologia contemporânea por sua capacidade de incorporação do “outro” dentro de seus sistemas cosmológicos (VIVEIROS DE CASTRO, 2002). Logo, trata-se de uma epistemologia pragmática, vinculada à busca pela terapia mais adequada para cada tipo de enfermidade. Não se trata da substituição de modelos de interpretação de doença e cura, mas da criação de medicinas híbridas que carregam características tanto da biomedicina como das medicinas tradicionais indígenas. Segundo Follér,

Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um processo de indigenização. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina (FOLLÉR, 2004).

No tocante a essa medicina híbrida, cabe ressaltar a importância dos métodos ocidentais no combate às doenças levadas pelo próprio contato com o mundo dos brancos. O tratamento de cada doença depende da identificação de sua origem. Se a origem for do “homem branco”, o tratamento será feito a partir de sua medicina, e vice-versa; se a origem é reconhecida pelo pajé, então o tratamento é indígena. Os povos Yanomami, situados no extremo norte do Brasil (norte do Amazonas e oeste de Roraima), por exemplo, oferecem o conceito de *xawara* para designar aquelas doenças desconhecidas dos pajés ou xamãs, que foram introduzidas nas comunidades indígenas a partir da presença de garimpeiros na região como o sarampo, a malária e as contaminações por mercúrio. Nas palavras da liderança Yanomami, Davi Kopenawa:

Esses são males que vêm de longe, que os xamãs não conhecem. Os espíritos dos nossos xamãs só sabem destruir as doenças que nós conhecemos. Quando eles tentam lutar contra a xawara sozinhos, ela pode matá-los também. Para afastar estas doenças agora é só juntando com os remédios dos brancos (ALBERT & GOMEZ, 1997).

Dada a grande extensão geográfica dos estados da região Norte, a cobertura dos serviços públicos de saúde, assim como a presença do Estado, em geral, é precária. Chamam atenção os casos de médicos cubanos designados para trabalhar em localidades de difícil acesso – muitas delas apenas acessíveis por via aérea ou fluvial – cuja população tinha pouco ou nenhum contato com esse tipo de profissional. Para o trabalho em áreas indígenas, em alguns casos, pode-se demorar até seis dias de viagem rio acima para se chegar nas comunidades. A variedade linguística e também algumas práticas ameríndias foram apontadas como

fatores que dificultaram as primeiras relações entre os intercambistas cubanos e seus pacientes indígenas. A falta de informação precisa sobre as peculiaridades de cada local, que deveria ter sido passada com antecedência, foi uma reclamação recorrente. Foram recorrentes também as reclamações sobre as dificuldades de transporte dos médicos na região amazônica e o isolamento dos postos de trabalho:

a maior dificuldade no Yanomami pelos médicos é a questão do deslocamento da capital para a área indígena. [...] você chega de avião, avião pequeno, avião monomotor, que quando você pega uma chuva forte no caminho [...] A gente tem médicos em Roraima, que inclusive já estão morando em município no Amazonas, porque fica mais perto da área de trabalho. Então eles se deslocam por rio. Porque eles preferem ir doze horas de barco do que em uma hora de avião (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

De barco, depois de sessenta dias, eu acho que você já chega aqui em Rio Branco. Igual para ir a Manaus. Depois de quarenta e cinco, cinquenta dias que chega a Manaus. Muito difícil! Aí a única entrada que tem é por avião (Sancho Panza, sul do Amazonas).



Imagens aéreas do município de Santa Rosa do Purus – AC, localizada na fronteira do Brasil com o Peru. A sede municipal é acessível somente por via aérea ou fluvial. Fotografias cedidas por Mercedes.

Ao longo da pesquisa foram realizadas entrevistas com médicos que estão servindo atualmente em Oiapoque (Amapá), na fronteira com a Guiana Francesa; em Guajará-Mirim (Rondônia), na fronteira com a Bolívia; em Santa Rosa do Purus (Acre), na fronteira com o Peru; em Boca do Acre (Amazonas) no Alto rio Purus; em Itaituba (Pará), no coração do rio Tapajós; em São Félix do Tocantins, no sertão tocantinense; além dos profissionais a serviço do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami/Ye'kuana, na fronteira com a Venezuela. Todas essas regiões são de difícil acesso. Em consequência tais profissionais acabavam atuando como agentes de afirmação da própria presença do Estado brasileiro nessas áreas, em muitos casos, consideradas "isoladas" pela política indigenista brasileira.

Como Tocantínia não tem médico, não tem plantonista, tem que passar um rio para chegar ao hospital, eu estou sempre disponível para qualquer caso de urgência. E que serviu de benefício para comunidade tanto indígena, quanto branca, ter um

médico morando dentro da cidade que possa ajudar a essas pessoas (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

A princípio, nem a equipe tinha esse costume de ter médico, entendeu? Você tem que se acostumar a ter médicos (Manolo Ortiga, Pará).

As grandes distâncias existentes no Brasil expõem as limitações de um planejamento centralizado pouco sensível às vicissitudes da região Norte, como os longos deslocamentos por água e ar; a dificuldade de acesso a medicamentos; os entraves à remoção de pacientes; os desencontros linguísticos com a população indígena, ou mesmo as dificuldades de comunicação com as famílias em Cuba e com os supervisores acadêmicos brasileiros, pela falta de acesso à Internet. Os médicos cubanos que atuaram nos estados da região amazônica poderiam mesmo afirmar que conheceram uma versão do Brasil que grande parte da população urbana de cidades como Rio de Janeiro ou São Paulo não conhece, pois não está nas novelas e tampouco nos jornais.

Apesar das dificuldades e/ou talvez por causa delas, os médicos relataram situações de marcante aprendizado profissional e desenvolvimento pessoal. A fala abaixo, sintetiza bem os muitos relatos:

Foi bom desde o ponto de vista profissional porque eu atendi doenças que eu nunca tinha atendido onde eu moro, compartilhei e trabalhei em situações que nunca tinha trabalhado. Afrontei dificuldades e perigos que nunca havia afrontado. E ao final tudo deu certo, saiu bem e eu estou feliz (Diego Armando, Rondônia).

Com base em tal contextualização, o olhar dos pesquisadores foi direcionado para os processos de interação sociocultural, interação socioprofissional e participação nas comunidades, por parte dos médicos cubanos na região Norte. Como eles e elas reagiram à vida na floresta? Como sobreviveram e se divertiram na companhia de indígenas e outros amazônidas? Como se comportaram diante dos desafios da intermedialidade? Como abordaram o conhecimento tradicional indígena? Como se relacionaram com as transformações no conhecimento indígena incentivadas pelo contato com o Estado nacional brasileiro e com a medicina ocidental? Qual a relação entre o imaginário sobre “o país das novelas” e o choque com a realidade dos povos da floresta?

Estranhamento e Aprendizado em Contextos de Interculturalidade

A Amazônia provoca estranhamentos de ordem positiva e negativa: a beleza que agrada aos sentidos é a mesma que pode atentar contra a vida. De modo geral os cubanos que participaram da pesquisa contaram que foi preciso aprender a lidar com a realidade da vida na floresta, seus encantos e seus perigos. Foi preciso se relacionar com uma totalidade social inesperada: rios com personalidade⁷, cobras peçonhentas e constritoras; mosquitos vetores de doenças transmissíveis; grandes felinos; plantas medicinais, além da diversidade cultural e linguística dos indígenas⁸.

⁷ Rio bravo; rio nervoso; rio traiçoeiro, entre outros termos.

⁸ O aprendizado da língua portuguesa e de alguns léxicos das línguas indígenas foi mediado pela relação com os profissionais de saúde não indígenas e, principalmente, com os Agentes Indígenas de Saúde que fizeram as traduções. A tendência observada foi que os médicos aprenderam o português e dominaram apenas algumas expressões indígenas, como nomes de doenças, animais e plantas.

...Conhecer a Amazônia é único, lugar único no mundo, é um privilégio estar aqui neste lugar que é a mãe natureza. É natureza pura, é uma experiência única. Só vocês têm isso aqui (Manolo Ortiga, Pará).

Não tem uma viagem que eu não faça no rio, já são dois anos e quatro meses viajando pelo rio, que eu não bato uma foto. Eu acho até que a foto deve ficar repetida. [...] mas em algum momento, eu mesmo sempre acho alguma coisa diferente (Cayetano del Espiritu Santo, Amazonas).

Por outro lado, foi preciso aprender com a convivência dentro dessa socrionatureza:

Tem que puxar o barco, tirar as coisas, tirar o motor, tirar tudo de dentro e daí com temor de ser furado de arraia, mordido por jacaré, tudo... Porque o rio tem de tudo. Jararaca tem demais! Eu perdi as contas das jararacas e das serpentes corais que eu já matei! Nas escolas, no posto, eu armava minha rede ou minha barraca, e quando eu deitava e acordava pela manhã ao lado da barraca tinha uma serpente! (Diego Armando, Rondônia).



Na sociedade da natureza é preciso conviver com as temidas cascavéis e outras serpentes. Fotografia cedida por Pantaleón Pantoja.



Na TI Xerente, Tocantins, um visitante interrompe a consulta. Fotografia cedida por Pantaleón Pantoja.

Os rios são a principal via de transporte na Amazônia e suas águas volumosas são responsáveis por muitos acidentes, como alerta Alonso Quijano, dois anos no Pará: “A voadeira pode virar no rio e se você não sabe nadar, vai afundar!”

Na região Norte os cubanos descobriram, como alguns disseram, “um Brasil que não está nas novelas”. Sendo grandes consumidores da teledramaturgia brasileira, ficaram decepcionados com as atuais condições de vida das populações distanciadas dos principais centros urbanos nacionais, em nada similares às condições de vida apresentadas nas novelas que circulam internacionalmente. O Brasil vende uma imagem de “país rico” no exterior. No começo do Programa Mais Médicos (PMM), o país constava como umas das nove maiores economias do planeta. Contudo, a realidade vivenciada pelos médicos cubanos atuantes na Amazônia não é propriamente a de um país rico. Foram muitas as queixas relativas à precária infraestrutura dos serviços públicos de saúde e intensas as críticas às condições socioeconômicas da população, tanto

indígena como não indígena, que repercutiram diretamente nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Não tem outro jeito rapaz, primeiro dia: 'Meu Deus o que é isso? Cadê o posto que falaram para mim? Onde estão as condições de segurança? Cadê a cadeira confortável? Muitas vezes sentamos no mato ou então em uma pedra. Examinando uma paciente no chão, examinando uma grávida...' (Diego Armando, Rondônia).



Exemplo de atendimento precário nas aldeias. Fotografia cedida por Pantaleón Pantoja.



Mesmo onde o trabalho é feito por terra, a floresta impõe dificuldades. Todos, inclusive o médico, precisam ajudar. Fotografia cedida por Pantaleón Pantoja.

Assim relataram o choque com a realidade do Brasil:

Você conhece as telenovelas da Globo e dá uma imagem do Brasil totalmente diferente da realidade. Como tinha essa imagem de Brasil, o país das telenovelas... Mas quando se chega aqui no Amapá, Roraima, no interior, se dá conta da realidade... Que além de ser um país com uma economia muito grande, a sétima economia do mundo, tem muitas pessoas com necessidade, tem pessoas carentes, pessoas com desconhecimento do mundo (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

Destaca-se aqui a questão da intermedicalidade e as fricções existentes entre a medicina “ocidental” e as chamadas medicinas “tradicionais”, em especial as medicinas “indígenas”, como conhecimento derivado das cosmologias e dos estilos de vida bosquímanos. Esta é uma fronteira muito profícua para ressaltar algumas dinâmicas relativas à interação sociocultural de profissionais-médicos atuando em contexto indígena. Por um lado, existe a biomedicina, amparada em preceitos científicos-materialistas, e, por outro, sistemas de interpretação de doenças e práticas de cura que incorporam agendas espirituais (e.g., os espíritos podem tanto retirar quanto salvar vidas).

A coexistência de dois sistemas médicos não implica na substituição de um conhecimento pelo outro, mas o que está presente é um processo de contato intercultural que produz medicinas híbridas e que pode mesmo colaborar na formação de cumplicidade entre os médicos e os pajés:

Na verdade, fui atendida por um Pajé. Eu sofro de dores de cabeça muito fortes. E eu não acreditava, mas um dia eu cheguei com dor de cabeça e ele me perguntou se eu concordava em me tratar com ele. Eu aceitei. E passei muito tempo sem dor de cabeça. Ele fez algumas orações e rituais... Então ele me aceitou muito melhor depois que eu aceitei seu tratamento, porque ele é um chefe daquela aldeia e, depois disso, soube que eu o curo e ele também cura, porque ele é diabético (Oriana Lisuarte, Mato Grosso).

No tocante à espiritualidade, os entrevistados tinham um discurso uniformizado de tolerância às práticas ditas “tradicionais”. Isso está em conformidade com o chamado pensamento multiculturalista ocidental (SILVA, 2007), que considera que o plano da cultura existe paralelo ao plano da natureza e que, por isto, não existe um confronto necessário entre biomedicina (natureza) e medicina indígena (cultura), mas uma separação de propósitos e alcances. Como sugere o antropólogo José Antônio Kelly (2015), os agentes “brancos” de saúde tendem a enxergar uma certa “complementariedade conceitual e prática” entre a biomedicina e as medicinas tradicionais. Os diferentes sistemas terapêuticos são tomados como alternativas, de forma que o acesso a uma modalidade de cura não exclua ou limite o acesso à outra. Foi comum ouvir dos médicos que os procedimentos de cura por meio da pajelança ocorreram paralelamente aos tratamentos biomédicos:

Eu tive paciente que ao mesmo tempo que estava fazendo tratamento científico [comigo] ele estava fazendo seu tratamento lá também, ao mesmo tempo, rituais e coisas assim! (Pedro Crespo, Rondônia).

[Os Munduruku] gostam muito do pajé, mas gostam também da medicina ocidental nossa... Eles sempre procuram o pajé, depois o médico, primeiro o pajé! (Alonso Quijano, Pará).

O pajé está rezando e nós estamos dando medicamento e dando palestras de como evitar essas doenças. Ele começa e eu termino, ou ele termina e começo eu. Desse jeito não pode morrer mais ninguém (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

A gente tem que respeitar isso, aceitar isso e combinar assim, porque há um equilíbrio entre o biológico e o espiritual (Manolo Ortiga, Pará).



Médico e parteira trocam seus conhecimentos. Fotografia cedida por Amadís de Gaula.



Dia de festa na TI Xerente. O médico está vestido a caráter. Fotografia cedida por Pantaleón Pantoja.

A aparente harmonia entre o tratamento médico e a pajelança, contudo, camufla um desencontro entre concepções discrepantes sobre saúde. Por um lado, os médicos dedicados à atenção primária se esforçaram em mudar ou transformar aqueles hábitos dos indígenas considerados “não higiênicos”. Fazem isso amparados no discurso de melhoria dos indicadores de saúde das comunidades. De fato, eles obtiveram sucesso, por exemplo, no tocante à redução de sintomas, como diarreias, estimulando nas populações atendidas o hábito de lavar as mãos. Por outro lado, existiram resistências da parte dos indígenas que não aceitaram todas as prescrições e seguiram procurando os médicos apenas para obtenção de remédios ou mesmo para atenção secundária.

Na prática é difícil porque eles [os Munduruku] não estão acostumados à prevenção, estão mais acostumados com a atenção secundária, só curativos, só procurar remédio, para mim é costume no sistema, só vão no posto quando ficam doentes (Manolo Ortiga, Pará).

No começo foi difícil porque todo mundo [Oro Wari] que chegava tinha diarreia pedindo metronidazol e para gripe pedindo amoxicilina. Eu tive que fazer um trabalho educativo grande (Diego Armando, Rondônia).

Quando eu falava para fazer algum remédio natural, por exemplo, em caso de gripe, falava para fazer um chá com alguma planta que eu conheço, para eles [os Palikur] mesmos fazerem, o paciente se levantava da cadeira e ia embora! (Amadís de Gaula, Amapá).

Tal evidência gera a seguinte indagação: por que os indígenas não acataram completamente a atenção primária de caráter educativo? Uma primeira hipótese levantada pelos médicos cubanos atuantes em áreas indígenas apontou para o hábito da automedicação estimulado pela distribuição indiscriminada de remédios em passado recente. Do ponto de vista dos médicos cubanos, tratava-se de um efeito colateral do paternalismo estatal, expresso em campanhas de saúde baseadas na distribuição por vezes indiscriminada de

medicamentos.⁹ Pode-se dizer, num sentido antropológico, que os médicos enxergaram as culturas indígenas a partir de uma ótica da aculturação.¹⁰ Nos casos em que os indígenas possuíam maior interação com a sociedade brasileira, como em Rondônia e no Tocantins, foi comum ouvir dos médicos explicações sobre como seus pacientes indígenas haviam perdido suas referências ancestrais.

Eu acho que desde que a FUNAI colocou enfermeiros pra trabalhar nas aldeias, eles [Oro Wari] foram se adaptando à medicina moderna e muitas aldeias já não querem saber de remédios caseiros não... e tanto é assim que nas aldeias já não existem mais pajés, esses costumes anteriores estão se extinguindo. Só os mais velhinhos são os que sabem dessas práticas (Diego Armando, Rondônia).

Essa crítica ao paternalismo desde um ponto de vista de *aculturação*, contudo, não esclarece todo o problema. Trata-se de uma visão idealizada a respeito dos povos indígenas; uma concepção que os vê como eternamente primitivos, vitimados pela civilização. Entretanto, a realidade é mais complexa. O problema com a mera abordagem da aculturação é que pressupõe que ninguém fica sem cultura. Ao contrário, os indígenas incorporam novos comportamentos e tratamentos de acordo com a adequação da nova informação à sua própria cosmologia (FOLLÉR, 2004). Portanto, não se deve falar em aculturação, melhor falar em interculturalidade.

Refletindo sobre as trocas interculturais, os intercambistas cubanos também propuseram mudanças que afetaram o estilo de vida dos indígenas em diversos aspectos. Os hábitos de higiene foram alvo constante de atenção e as falas a seguir exemplificam a concepção do médico de família como agente de mudanças:

Esse é o verdadeiro médico da família. Interagir para poder depois fazer pouco a pouco com eles, ir mudando formas, modos e estilos de vida. Primeiro interagir, conhecer, estudar sua cultura para poder chegar depois a uma análise, ver seus problemas e ver como, entre eles e nós, se ajuda a superar todos esses problemas que podem, de uma forma, ou outra, levar a uma doença (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

Eu gosto muito de mexer com as crianças porque acredito que nas crianças está o futuro, nas crianças está a mudança, as crianças são a esperança do mundo. O que você não pode mudar com um idoso porque já esse idoso viveu, vai morrer com esses costumes, com esses paradigmas que tem. Mas as crianças vão nascendo, estão aprendendo, se você começa a interagir com elas, você tem sucessos em benefício da saúde delas (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

⁹ Para uma melhor problematização sobre a utilização de remédios industrializados e a prática da auto-atenção ou automedicação entre os povos indígenas, ver SCOPEL, 2007.

¹⁰ Teoria antropológica em voga entre os anos 1930/50 segundo a qual o contato contínuo e direto entre grupos de indivíduos de culturas diferentes provocaria mudanças e perdas nos modelos culturais de um ou dos dois grupos (HERSKOVITS, 1963).



Crianças Palikur pela lente do médico cubano. Fotografia cedida por Amadís de Gaula.

Na concepção dos entrevistados, os povos indígenas estavam em duas situações: ou estavam “aculturados” ou eram “primitivos”. Ou precisavam recuperar sua cultura perdida pelos anos de contato ou precisavam evoluir, modificando seus modos de produção e seus hábitos de higiene e saúde. Não cabe aqui inventariar as transformações culturais estimuladas pelos médicos cubanos nas diferentes comunidades em que atuaram, nem tentar evidenciar as peculiaridades culturais de cada etnia envolvida. Foram conjunturas variadas e complexas, cuja compreensão necessitaria maior atenção ao ponto de vista dos indígenas sobre a presença dos estrangeiros em seus territórios.

Baseados nessas percepções de “aculturação” ou “primitivismo”, os médicos procuraram agir visando modificações seja nos hábitos higiênicos das populações atendidas, seja nas condições produtivas. Mas isso não se deu sem alguma resistência dos indígenas às mudanças:

Há coisas que nós já levamos quase três anos falando que está errado e que deveria fazer do outro jeito e está igual desde o primeiro dia... É complicado... (Manolo Ortiga, Pará).

Essas resistências não dizem respeito à presença específica dos profissionais cubanos, mesmo com sua formação humanista, mas sim ao contexto mais amplo da presença ocidental no cotidiano dos povos indígenas, relações de contato intercultural que historicamente contribuíram para dizimar populações inteiras. Como bem refletiu o médico Cayetano del Espíritu Santo, que trabalhou com o povo Mura no interior do Amazonas:

“Eu acho que eles ficam ainda com receio, né? Que eles veem não como seja estrangeiro, se não como se fosse pessoal branco e eles ficam de olho”.

Note-se que o médico cubano empregou em sua fala a expressão “pessoal branco”, incorporando ao seu vocabulário uma categoria invocada pelos próprios indígenas para qualificar suas relações com a alteridade colonizadora.

Cayetano, inclusive, criticou a relação desigual estabelecida entre os indígenas e o “mundo dos brancos”. Ele detectou, por parte da sociedade envolvente, uma desvalorização das culturas e das pessoas indígenas, si-

tuação que provoca uma baixa autoestima nessas populações e seus descendentes, ao considerar que ouviu do povo Mura que eles se acham desvalorizados em seu próprio país.

Vale notar, nesse aspecto do contato intercultural, a existência de uma diferença entre os médicos cubanos e os profissionais de saúde brasileiros no tocante ao reconhecimento e valorização dos conhecimentos tradicionais indígenas sobre saúde e doença, sobre vida e morte. Enquanto os brasileiros tendem a subvalorizar os conhecimentos indígenas, considerando-os como conhecimentos não médicos (LANGDON, 2004; FOLLÉR, 2004), os cubanos tenderam a uma maior abertura para aprender dos indígenas.¹¹ Tal abertura interferiu diretamente na conquista de simpatia entre os moradores das comunidades atendidas, facilitando maior aproximação entre médicos e indígenas. Houve aqueles que procuraram aprender os conhecimentos de seus pacientes e aqueles que se admiraram com a perícia das parteiras indígenas:

Então assim já eu tenho muito conhecimento de práticas que eles fazem... Com as plantas que eles conhecem e que já repassaram, já repassaram para mim esse conhecimento... Têm muitas plantas medicinais que têm propriedades e que a gente não conhece ainda... Então os indígenas têm muito conhecimento disso. Se a gente continuar fazendo estudo com os indígenas dessa maneira que eu estou fazendo, a gente pode conhecer muitas plantas que ainda não foram descobertas (Amadís de Gaula, Amapá).

Eu tive uma grávida que eles me chamam para fazer o parto, mas a posição não estava cefálica e então eu falei: 'Tem que ser referenciado'... Então chegou a parteira, fez umas manobras e colocou a criança na posição cefálica e fez o parto... Eles fazem umas manobras e fazem isso. Ou seja, essas coisas também temos que aprender, não é? [...] é interessante isso... Eu fiquei nervoso a primeira vez que assisti isso, parto com complicações... Se morre a criança... Mas elas têm muita experiência, são muito sábias nisso, as parteiras. São muito boas (Alonso Quijano, Pará).



Parteira Palikur aprendendo técnicas biomédicas. Fotografia cedida por Amadís de Gaula.

¹¹ Esta afirmação trata de uma generalização e, como generalização, carrega o risco de impor ao leitor uma imagem totalizante sobre o comportamento das pessoas. É preciso deixar claro que existem profissionais de saúde brasileiros engajados na valorização dos conhecimentos indígenas, assim como existem profissionais de saúde cubanos que desvalorizaram essas práticas.

A metamorfose do colega de trabalho: a interação socioprofissional na Amazônia

Uma peculiaridade observada na vida dos médicos cubanos na região Norte é que a distância relativa aos centros urbanos fez com que as principais interações sociais ocorressem entre os colegas de trabalho. O trabalho nas áreas indígenas e naquelas áreas ditas “isoladas” foi realizado mediante “entradas” – termo que denota uma separação entre lugar de trabalho e lugar de descanso. Durante as “entradas” os cubanos conviveram durante dias e semanas a fio com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, formadas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas, dentistas, canoieiros/barqueiros e cozinheiros. Nos dias de folga, na cidade, os médicos eram acolhidos pelas famílias desses colegas brasileiros. Uma vez socializados nas redes de parentesco locais, receberam convites para almoçar, para pescar, para conhecer os banhos, para participar de ocasiões festivas, etc. A produção desse parentesco “relacional” apareceu na relação dos médicos com seus colegas de trabalho, como um mecanismo que amenizou as dificuldades do distanciamento de suas famílias que ficaram em Cuba¹².

Os médicos que trabalham nas áreas indígenas com os brasileiros, com o pessoal da equipe... [mantêm relacionamento] muito mais forte que os médicos que não trabalham na saúde indígena... Porque você tem que conviver com eles, dormir com eles, ficar o dia todo, vinte e quatro horas com eles... nós temos que compartilhar tudo, porque alguém não vai comer bolo lá no mato enquanto você passa fome lá na beira do rio. É muito mais... Os laços de amizade são mais fortes nos médicos que trabalham na saúde indígena do que entre os que trabalham na cidade (Sancho Panza, Sul do Amazonas).

Aqui eu reconheceria como minha família aquele motorista que ajudou a gente... Eu não conhecia ninguém da família dele e ele falou: ‘Mas você tá errado, você é minha família, você vai lá’; e eu: ‘tá bom, eu vou’. ‘E leva sua namorada’ – ele disse. ‘Aí, show de bola, bom demais, eu conheci a família dele toda, bagunceira demais, gostei muito!’ (Cayetano del Espírito Santo, Amazonas).

Na verdade, não estou solitária lá, eu estou bem porque desde o primeiro momento fiz amizade com todas as enfermeiras da unidade, com a diretora da unidade e todo o dia eu passo na unidade. Nos finais de semana geralmente elas vêm para minha casa, fazemos algum tipo de almoço, alguma festa, tem muita cachoeira aí então sempre me ligam (Dulcinea del Toboso, Amapá).

¹² Sobre o tema das relacionalidades enquanto essência do parentesco, ver CARSTEN, 2004 e SAHLINS, 2013.



EMSI do Polo Base Pantaleão (Autazes, Amazonas saindo para mais um dia de trabalho. Fotografia cedida por Cayetano del Espírito Santo.



Hora do almoço para a EMSI do Polo Base de Tocantínia, com piquenique dentro da TI Xerente. Fotografia por Sandro Almeida Santos

Com os agentes indígenas de saúde também se estabeleceram relações de proximidade e mesmo de parentesco, no sentido indígena do termo. Com efeito, os indígenas brasileiros costumam empregar o idioma do parentesco para expressar suas afinidades, canibalizando metaforicamente quem está de fora e transformando-o em alguém de dentro (VIVEIROS DE CASTRO, 2002). Tal pensamento influenciou o discurso do médico no sul do Amazonas, que se sentiu integrado à vida na pequena cidade isolada na floresta:

Assisto televisão, saio, dou uma voltinha na praça. Como churrasco lá, tomo uma cerveja, vou à casa de um parente, parente nós chamamos os indígenas. Indígenas para nós são parentes que moram na mesma cidade... Vou lá, conversamos, vou a casa de um colega da equipe de trabalho, é assim (Sancho Panza, sul do Amazonas).



Após um dia de trabalho, o médico e o motorista Xerente pescam às margens do rio Tocantins. Fotografia do autor.

A Medicina na Vida Cotidiana e as Hortas Comunitárias

Uma característica da formação médica dos cubanos permitiu-lhes tecer relações pessoais no seio das comunidades indígenas. Trata-se do cultivo e valorização do uso das plantas medicinais. Em diferentes localidades observou-se que os cubanos incentivaram o cultivo de hortas para elaboração de medicamentos caseiros. A atividade produtiva nas hortas, além de ocupar homens e mulheres, ajudou a desestimular o

consumo de fármacos sintéticos. Os médicos promoveram a atividade baseado nos conhecimentos das próprias comunidades, sobretudo dos indivíduos mais idosos.

Nós estamos adaptados em Cuba a utilizar também a medicina natural. Na mesma farmácia existem xaropes para o catarro e vários medicamentos de medicina natural que se usam em Cuba, sempre fomos adaptados a isso e assim também aceitamos os tratamentos deles (Oriana Lisuarte, Mato Grosso).

O interesse dos cubanos pelas plantas medicinais encontrou uma justificativa histórica, baseada na escassez de produtos farmacêuticos:

Nossa formação em Cuba fala muito sobre medicina tradicional. Tem a ver com um período em que Cuba viveu, um tempo que se chama 'período especial', um período muito difícil, muito bloqueio e muitas carências, né? E os médicos de Cuba aprenderam a trabalhar com medicamentos naturais... plantas, ervas... essas coisas (Alonso Quijano, Pará).

Também nas áreas indígenas, sobretudo nas regiões isoladas, existe escassez de medicamentos. O trabalho nas hortas comunitárias implicou em uma mudança de hábitos para os indígenas, com foco na promoção da saúde e também no intercâmbio de conhecimento sobre as propriedades medicinais das plantas:

Onde eu investi muito e procurei o protagonismo dos AIS e AISAN¹³ foi na construção da horta que eu fiz lá. Na preparação dessa horta eles trabalharam direto comigo. E já eles sabem para que serve essa planta, para que serve outra, o que podem fazer... E aí a gente faz um intercâmbio de ideias, entendeu? A gente troca ideias e conhecimento e essas coisas (Amadís de Gaula, Amapá).



Mutirão de criação da horta comunitária. Aldeia Kumenê, povo Palikur, Oiapoque, Amapá. Fotografia cedida por Amadís de Gaula.



Horta comunitária da aldeia Kumenê. Fotografia cedida por Amadís de Gaula.

Por meio do envolvimento de médicos ocidentais na promoção da medicina indígena, observou-se a importância do diálogo entre medicina tradicional e a biomedicina, para a troca de conhecimentos sobre trata-

¹³ AIS são os Agentes Indígenas de Saúde e AISAN são os Agentes Indígenas de Saneamento.

mento de doenças tropicais. A prática de uma medicina híbrida favoreceu relações de cooperação entre os médicos e as comunidades.

A Medicina Cubana em “Um Brasil Que Não Está Nas Novelas”

Fazendo um balanço sobre o processo de interação sociocultural dos profissionais cubanos na Amazônia, a experiência de imersão na região foi certamente mais positiva do que negativa.

Com efeito, a relação dos médicos com os pacientes indígenas se deu em função tanto da abertura oferecida pelas populações, quanto das diferentes conjunturas de contato intercultural, por exemplo, se predominava o uso do português ou da língua materna, se existiam ou não existiam resistências aos tratamentos biomédicos, se havia ou não valorização da medicina tradicional. A maioria dos locais visitados, na concepção dos médicos, trouxe possibilidades de grande contato com a sociedade envolvente, nos quais os mesmos encontraram facilidade de participação na vida comunitária. As relações sicionaturais, por sua vez, provocaram também algum estranhamento e causaram alertas sobre os riscos da vida embrenhada na floresta, subindo e descendo rios, encarando mosquitos, cobras e onças.

Assim, destacou-se o bom acolhimento por parte dos agentes de saúde, motoristas, barqueiros e faxineiros, além de outros membros da equipe de saúde. Dentre os profissionais entrevistados, não houve registro de reclamações sobre solidão ou outros sentimentos de isolamento, mesmo para aqueles indivíduos que trabalharam em localidades consideradas muito remotas. Os cubanos construíram redes de relações estreitas preferencialmente com os profissionais de saúde, seus colegas de trabalho e suas famílias, que se constituíram como as principais referências de interação social e acolhimento na Amazônia.

Por outro lado, a centralização administrativa do PMM, cuja sede fica em Brasília, não foi capaz de considerar as peculiaridades da Região Amazônica, tais como a distância entre as localidades e a infraestrutura precária de transportes e comunicações. Isso sem dúvida concorreu para certa frustração dos intercambistas, relativa às expectativas que possuíam antes de chegar no Brasil. A referência às novelas de TV mostra que as mesmas acabam por funcionar como uma vitrine, na qual são anunciados e vendidos fragmentos de uma determinada cultura brasileira, com suas modas, músicas, casas, estilos de vida (MENDES, 2012).

Por meio da teledramaturgia os cubanos construíram uma imaginação específica sobre o Brasil, relacionada a bairros, festas, praias, edifícios, avenidas e estilos de vida das grandes cidades brasileiras, sobretudo do Rio de Janeiro. Tal imaginação não pode ser tomada como algo passivo, uma vez que foi acionada na decisão de participar ou não da Missão no Brasil. Com grande frequência se ouviu nas entrevistas com os médicos cubanos a crítica sobre o contato com um Brasil diferente do panorama mostrado nas novelas, além de certa decepção com a propaganda do Brasil que se faz em Cuba. A interação sociocultural com os povos da floresta passou necessariamente pela interação com a totalidade social que é a floresta; e a vida na floresta ofereceu riscos que não foram previamente informados nem pela mídia brasileira nem pelas autoridades responsáveis pelo PMM.

O contato com a realidade para além das novelas provocou algumas situações de choque cultural real. Como ponto crítico, chama atenção o estranhamento relativo às práticas indígenas sobre vida e morte, em especial o neonaticídio entre os Yanomami. Nas palavras de um assessor do PMM na região, “são coisas culturais

que geralmente assustam”. Ainda que os cubanos apresentassem maior abertura aos conhecimentos indígenas, se comparados aos profissionais de saúde brasileiros, isto não significa dizer que acataram ou normalizaram todas as práticas que julgaram como “irracionais” ou “primitivas.”

Por fim, vale ressaltar que o encontro com os saberes e práticas indígenas sobre saúde e doença, revelou um duplo vínculo presente na formação profissional dos médicos cubanos, traduzido pela valorização dos conhecimentos tradicionais indígenas sobre plantas medicinais e sobre o ofício das parteiras e também pelo comprometimento dos mesmos com a mudança de hábitos indígenas relacionados às condições de higiene e aos cuidados com o corpo.

Referências

- ALBERT, Bruce e GOMEZ, Gale Goodwin. *Saúde Yanomami: um manual etnolinguístico*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997.
- ALBERT, Bruce. O ouro canibal e a queda do céu. *Série Antropologia*, n. 174. Brasília: UnB, 1995.
- CARSTEN, Janet. *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- DESCOLA, Philippe. *As lanças do crepúsculo: relações jívaro na Alta Amazônia*. São Paulo: Cosac Naify, 2006.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luiza (org.). *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Brasília: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. pp. 129-148
- GASCHÉ, George e VELA, Napoleón. *Sociedad bosquesina: ensayo de antropología rural amazónica, acompañado de una crítica y propuesta alternativa de proyectos de desarrollo*. Tomo 1. Iquitos: Instituto de Investigación de la Amazonia Peruana, 2011.
- HERSKOVITS, Melville. *Antropologia cultural: man and his works*. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1963.
- KELLY, José Antônio. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In LANGDON, Esther Jean e CARDOSO, Marina (org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2015. pp. 279-306
- LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luiza (org.). *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Brasília: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. pp. 9-32.
- MENDES, Chirley. O consumo da telenovela brasileira em países africanos. *Revista Pós*, Brasília, v. 11, n. 1, 2012. pp. 132-159.
- OLIVEIRA, Leonor Valentino de. *O cristianismo evangélico entre os Waiwai: alteridade e transformações entre as décadas de 1950 e 1980*. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional/PPGAS, 2010.
- QUEIROZ, Ruben Caixeta de. A saga de Ewká: epidemias e evangelização entre os Waiwai. In WRIGHT, Robin (Org.). *Transformando os deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1999. pp. 255-284.
- SAHLINS, Marshall. *What Kinship Is – and Is Not*. Chicago: The University of Chicago Press, 2013.
- SCOPEL, Daniel. *Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis do autoatendimento*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: UFSC, 2007.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In SILVA, Tomaz Tadeu da. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2007. pp. 73-102.
- SOUZA, Maximiliano Ponte de. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *TEMPUS – actas de saúde coletiva*, n 9 (4). Dezembro de 2015. pp. 191-197.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac&Naif, 2002. pp. 345-400.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VI

MÉDICOS CUBANOS EM ÁREAS URBANAS PERIFÉRICAS: UMA ANÁLISE DE PROCESSOS INTEGRATIVOS INESPERADOS

Márcio de Oliveira¹ e Gabriella Barreto Soares²

Introdução

Entre fevereiro e julho do ano de 2016 foram entrevistados 48 médicos cubanos participantes do PMM, que atuaram nas periferias urbanas de 30 municípios localizados em 13 estados, em todas as regiões brasileiras, com as características pessoais mostradas abaixo:

Quadro 1. Características dos médicos cubanos entrevistados

MÉDICOS	IDADE MÉDIA (ANOS)	TEMPO MÉDIO DE PROFISSÃO (ANOS)	NÚMERO MÉDIO DE ESPECIALIDADES
16 Homens	44	20	Duas
32 Mulheres	43	19	Duas

Fonte: Pesquisa de campo

Uma primeira abordagem analisou a atuação desses profissionais, que foram designados para trabalhar em localidades com acentuada carência de médicos, em relação a seus perfis individuais, trajetórias, vivência no ambiente profissional, participação na vida comunitária e inserção na realidade sociocultural local. Como mostrado abaixo (Quadro 2), foram áreas apresentavam grande disparidade em relação a seu porte e ao número de médicos por mil habitantes, algumas delas até com indicadores acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO s/d).

¹ Professor Titular de Sociologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

² Pós-Doutora em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Quaro 2. Número de médicos entrevistados, população e número de médicos por 1.000 habitantes por região, estado e município.

REGIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ¹	MÉDICOS/ 1000 HABITANTES	MÉDICOS ENTREVISTADOS	IDHM 2010	FAIXA DO IDHM
Norte	Amapá	Macapá	437.256	1,42 ²	03	0,733	Alto
	Rondônia	Guajará-Mirim	45.761	0,22 ³	01	0,657	Médio
Nordeste	Bahia	Salvador	2.883.682	4,02 ²	02	0,759	Alto
		Feira de Santana	606.139	4,04 ³	01	0,712	Alto
		Santo Antônio de Jesus	99.407	0,46 ³	01	0,700	Alto
		Jequié	161.391	1,22 ³	01	0,665	Médio
	Maranhão	São Luís	1.053.922	3,16 ²	02	0,768	Alto
	Paraíba	Cabedelo	63.035	0,46 ³	01	0,748	Alto
		Caaporã	21.212	0,23 ³	01	0,602	Médio
	Pernambuco	São João	22.162	0,23 ³	01	0,570	Baixo
Recife		1.599.513	6,48 ²	01	0,772	Alto	
Centro-Oeste	Goiás	Goiânia	1.393.575	5,68 ²	01	0,799	Alto
		Brazabantes	3.444	0,3 ³	01	0,701	Alto
Sudeste	Espírito Santo	Domingos Martins	34.059	1,08 ³	01	0,669	Médio
		Iúna	29.258	1,08 ³	01	0,666	Médio
		Serra	467.318	2,31 ³	01	0,739	Alto
		Vitória	348.268	11,90 ²	01	0,845	Muito Alto
	Minas Gerais	Governador Valadares	275.568	2,31 ³	02	0,727	Alto
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	6.429.923	6,28 ²	03	0,799	Alto
		Maricá	139.552	2,31 ³	01	0,765	Alto
	São Paulo	Campinas	1.144.862	4,35 ³	02	0,805	Muito Alto
		Penápolis	61.371	1,77 ³	01	0,759	Alto
		São Paulo	11.821.873	4,65 ²	03	0,805	Muito Alto
Sul	Paraná	Curitiba	1.848.946	5,81 ²	03	0,823	Muito Alto
		Inajá	3.100	0,28 ³	01	0,705	Alto
		Ponta Grossa	331.084	2,33 ³	02	0,763	Alto
	Rio Grande do Sul	Guaíba	98.688	1,42 ³	01	0,730	Alto
		Novo Hamburgo	247.781	2,33 ³	01	0,747	Alto (0,799)
		Porto Alegre	1.467.816	8,9 ²	04	0,805	Muito alto
		São Leopoldo	225.520	2,33 ³	02	0,733	Alto

Fontes: 1. Estimativa da população dos municípios brasileiros (IBGE, 2013); 2. Distribuição de médicos, segundo capitais e grandes regiões – Brasil, 2014; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015; 3. Distribuição de médicos, segundo municípios, estratos populacionais e grandes regiões – Brasil, 2014; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015.

Destaque-se, em primeiro lugar, que 26,9% dos médicos brasileiros atuam na rede privada enquanto que apenas 21,6% atuam somente na rede pública. Além disso, mais da metade dos médicos que atua apenas no setor público (51,5% sobre 21,6% do total) trabalha somente em hospitais públicos e não nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em consequência, agrupando o número total de médicos das redes pública e privada, o indicador médico/mil habitantes não reflete a precariedade de médicos em certas áreas periféricas, nas quais a população depende quase que exclusivamente da rede pública. Isso posto, a análise dos depoimentos dos médicos aqui apresentada diz respeito somente à realidade das periferias urbanas pesquisadas.

Os depoimentos colhidos revelam que a atuação dos médicos cubanos não se limitou às práticas estritamente profissionais, mas apresentaram evidências de processos de integração social. Em termos puramente sociológicos, a integração é o processo no qual o indivíduo constrói e mantém laços sociais de interdependência, e participa ativamente do tecido social³. Isso permite dizer que não apenas os indivíduos estão integrados à sociedade, mas que a própria sociedade é integrada (SCHNAPPER, 1996; KHELLIL, 2008; PIRES, 2012). Contudo, os processos integrativos são desiguais e dependem muito dos capitais econômico e cultural de cada indivíduo. São exatamente esses capitais que podem faltar aos imigrantes (SIMON, 1999; SAYAD, 1999, 2006; WIEVIORKA, 2008). Em consequência, os processos de integração vêm sendo analisados como um fenômeno da segunda geração (PORTES & RUMBAUT, 2001; PORTES, 2008).

Por outro lado, os processos integrativos de imigrantes nos países de acolhimento são geralmente concebidos e formulados em termos nacionais. Governos e dirigentes estabelecem políticas de integração para indivíduos ou grupos migrantes com projetos de instalação definitiva (COHEN, 1999). No caso em tela, embora tendo chegado ao Brasil com razoável conhecimento da língua portuguesa e da sociedade, os médicos cubanos não tinham perspectiva de uma integração social duradoura⁴. Sua inserção socioprofissional foi regida por contratos de trabalho previamente estabelecidos e conhecidos, e seu tempo médio de permanência no país foi de apenas 27 meses⁵. Em resumo, portanto, não estamos (ou não deveríamos estar) diante de processos clássicos de integração social, nem de assimilação ou aculturação aos valores dominantes da sociedade de destino analisados nos trabalhos de Gordon (1964), Glazer & Moynihan (1970), Alba & Nee (1997) ou Todd (1994).

Não obstante os fatores reguladores de sua presença e atividade profissional no Brasil, as experiências vividas e depoimentos dos médicos cubanos mostraram uma variedade de processos de integração, desde a adaptação psicológica (WARD, 2001) até a interação cultural (ALAMINOS & SANTACREU, 2011), pouco comuns em populações de imigrantes. A hipótese é de que os médicos cubanos incorporaram o *habitus* e acumularam *capital*, no sentido que Bourdieu (1972, 2015, 2016) atribuiu a esses termos, específicos dos processos migratórios, uma vez que já na sua formação estava previsto o trabalho em outros países. Esse *habitus imigrante*, após realizarem experiências profissionais internacionais, lhes permitiria adquirir certo *capital de mobilidade*, que os levaria a integrarem-se melhor e mais rápido aos novos países, situação semelhante

³ Convém ressaltar, contudo, que a literatura sobre o conceito de integração no campo das Ciências Sociais é vasta e não necessariamente consensual (HAMMAR & LITHMAN, 1989).

⁴ Essa perspectiva implica no estabelecimento de contratos de acolhimento e de integração, como existe na França, por exemplo. Para maiores detalhes, ver Aloui (2014).

⁵ Os médicos cubanos passaram a residir no Brasil no quadro de uma migração temporal, qualificada e organizada pelos Estados de origem e de destino. Segundo a Lei 12.871 (23/10/2013), os médicos cubanos são classificados como "médicos intercambistas", com visto temporário de 3 anos, prorrogável por igual período, de aperfeiçoamento médico. Para maiores detalhes ver MORENO & VEDOVATO (2015).

àquela demonstrada por Oliveira & Kulaitis (2017) em análise sobre imigrantes brasileiros no Canadá e haitianos no Brasil.

Concretamente, os depoimentos colhidos fazem referência a uma plêiade de situações, das condições gerais de trabalho, passando por pequenas descobertas, aprendizados, dificuldades e surpresas positivas, até o estabelecimento de novas formas de sociabilidade que em muito ultrapassaram a relação profissional formal entre médico e paciente. Em consequência, verificam-se situações de interação, aprendizado e compartilhamento de experiências sócio-profissionais (em especial com as enfermeiras e os agentes comunitários de saúde), bem como de compartilhamento de valores sociais, práticas culturais e de interação⁶ socioafetiva, inclusive com estabelecimentos de laços amorosos e casamentos, além do desejo, tanto de alguns médicos, quanto de cidadãos comuns, de prorrogação do tempo de permanência no Brasil⁷. As situações verificadas desafiam a literatura corrente sobre estudos migratórios, sobretudo porque, como já dito, não se está diante de uma população imigrante no sentido estrito do termo, mas de migrantes qualificados⁸, em situação de vínculo de trabalho temporário.

No intuito de analisar o conjunto de processos integrativos percebidos, foram classificados⁹ os depoimentos e situações descritas pelos médicos em três eixos, a saber: a) processos de integração socioprofissional, ligados especificamente aos locais de trabalho; b) processos de integração comunitária, com participação na vida das comunidades e eventual estabelecimento de laços sócio afetivos e, finalmente, c) processos de integração sociocultural, onde evidenciou-se a partilha de valores e práticas culturais cubanas e brasileiras. Nesses eixos, buscou-se ressaltar eventuais semelhanças e diferenças em função do tamanho das áreas urbanas, da diversidade demográfica, econômico-cultural e de desenvolvimento humano (IDH-M). Enfim, tanto quanto possível, procurou-se verificar o impacto da experiência migratória e profissional anterior nos processos integrativos. Concluindo o presente capítulo, demonstram-se elementos que obstaram o processo integrativo, em especial a violência urbana, além de outros que os facilitaram, como é o caso da proximidade linguística e cultural entre Brasil e Cuba.

Processos de Integração em Periferias

Na origem dos processos de integração socioprofissional, comunitária e sociocultural estão a presença diária dos médicos cubanos nas Unidades Básicas de Saúde, a formação e prática médica deles, a semana de trabalho de 32 horas, bem como o grande número de pacientes atendidos diariamente e a necessidade de trabalho em equipe. As imagens negativas sobre a recepção dos mesmos no Brasil veiculadas por alguns órgãos de comunicação e a violência urbana agiram em sentido contrário dificultando esses processos.

⁶ Segundo Blumer (1937), as interações sociais são situações de contato onde os atos são comunicados quase instantaneamente. Esses atos são mediados por gestos e palavras cujos significados são interpretados por ambas as partes no momento mesmo da ação social. Por isso, utiliza-se também o termo de "interação simbólica", ou seja, uma interação que contém significado.

⁷ O país ainda não dispõe de uma política de integração dos imigrantes e só muito recentemente aprovou a nova Lei de Imigração (13.445, de 27/05/2017). Efetivamente, o CNIg é que tem gerido a questão migratória.

⁸ Não se trata de imigrantes espontâneos ou econômicos, mas de profissionais contratados pelo Estado brasileiro.

⁹ Essa classificação é o resultado da análise dos temas significativos (captados em forma de "nós" pelo software NVivo®) que surgiram das entrevistas realizadas durante o trabalho de campo.

Integração Socioprofissional

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o principal espaço em que os médicos cubanos interagiram com a parcela da sociedade brasileira formada por equipes de saúde e pacientes. Nela, o processo de interação esteve fortemente marcado pelos tipos de vínculos estabelecidos com a equipe de trabalho local, composta na maioria das vezes por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

A atividade profissional nas periferias urbanas variou em função de alguns fatores de aprendizado, como a familiarização com a Política Nacional de Atenção Básica, seus sistemas de referência e contra referência, prontuários das UBS e protocolos; com o processo de acolhimento, ambiente profissional (relação com as equipes de saúde) e cotidiano da prática médica. Além desses fatores, tiveram impacto também a infraestrutura das UBS, o porte do município e seu IDH-M.

Ao chegarem em seus locais de trabalho, os médicos cubanos foram, em geral, muito bem recebidos, tanto pelos secretários de saúde e gestores municipais, quanto pelos profissionais das equipes de trabalho. Nas pequenas e médias cidades, onde havia escassez de médicos da atenção básica, a acolhida foi mais calorosa e providencial, alguns gestores chegando mesmo a oferecer, como hospedagem, sua própria casa e a de familiares. Iniciavam-se, assim, interações sociais que, pouco a pouco, transformar-se-iam em verdadeiros processos integrativos, conforme os depoimentos a seguir.

Naquela época o primeiro contato foi com o secretário da saúde, uma pessoa muito humilde, muito hospitaleira, muito boa! Para mim uma maravilha! Ai a gente ficou como em casa, com o jeito que ele tinha, ai fiquei tranquilo, o acolhimento foi maravilhoso, não tinha momento fixo para eu falar com ele na hora que eu quisesse, no momento que eu quisesse, qualquer problema ele estava lá na hora, pronto para mim, e desse jeito foi acontecendo tudo (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Quando cheguei no Brasil me enviaram para Brazabantes e desde que cheguei aqui tive um ótimo acolhimento, muitas atenções, muito carinho, muita solidariedade. Então inicialmente fui morar com a mãe do secretário de saúde, e quando acharam uma casa para eu morar sozinho, decidi que gostaria de continuar vivendo com a mãe do meu secretário de saúde, que é uma pessoa de idade e vivi todo esse tempo lá (L.A.L, Brazabantes-GO, 2 anos e 5 meses de PMM).

O comportamento dos gestores e das equipes de saúde correspondeu ao tipo de relacionamento amistoso e acolhedor tradicional das pequenas cidades brasileiras. Já nas cidades mais populosas, o acolhimento e a convivência profissional dependeram mais fortemente das estruturas administrativas locais. Com efeito, alguns dos principais problemas encontrados aqui, como a falta de informação e de capacidade de gestão, além do baixo interesse na coisa pública, estão mais ligados à gestão do programa, como se pode ver nos depoimentos dos médicos que se instalaram em Santo Antônio de Jesus (BA) e Governador Valadares (MG):

Quando cheguei era muito tarde da noite, o que primeiro me chamou atenção foi a acolhida, quem me buscou em Salvador foi uma enfermeira da secretaria. A primeira

impressão não foi boa. Quando chegamos a Valência às dez e meia, onze da noite nos levaram para um hotel bonito, mas quando chegamos nos falaram que não era esse o lugar. Então outra vez voltamos com as malas, nos levaram para uma pousada na entrada do posto de combustível, e quando amanheceu eu vi onde estava. Isso me impactou muito. Não foi tanto a hospedagem, porque eu durmo em qualquer lugar, mas a Secretária de Saúde nos deu uma atenção muito ruim. A outra colega minha falou com Luís, que queria ir embora. Teve uma crise nervosa. Sete dias depois de ir a colega minha, mandaram do Ministério de Saúde me buscar. Não queriam as médicas cubanas, falaram que não haviam pedido tantos médicos (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 anos e 6 meses de PMM).

Aqui em Governador Valadares o contato foi péssimo, péssimo com a prefeitura. Ele ainda é ruim. Então, quando [chegamos], eles nos levaram para uma estalagem. Muito longe. Foi terrível, terrível. E eles disseram, “tem uma semana para encontrar aqui aluguel e deixar a pousada”. Era algo triste. A prefeita, por exemplo, vimos uma vez. Ao longo do tempo nunca vi! Ao Secretário de Saúde, pedimos um documento por escrito. Ele enrolou muito para se assentar com a gente (L.T.A, Governador Valadares-MG, 2 anos e 4 meses de PMM).

Alguns desses problemas de acolhimento e de convivência socioprofissional podem ser debitados da forma como alguns órgãos de comunicação (imprensa escrita e jornais televisivos) apresentaram o PMM, estimulando visões negativas e preconcebidas. Aqui e ali ocorreram insultos e algumas reservas aos médicos cubanos, particularmente em relação à sua capacidade profissional. Relatos sobre discriminação¹⁰, tanto por parte de profissionais de saúde, quanto por pacientes, foram também observados e noticiados em diversas cidades, independente do porte e da região.

[...] o que a mídia fala da gente, que não é médico. [...] nós somos formados. Outro dia, aqui chegou uma mulher a me insultar, muito, muito, muito me insultava, porque eu fiz um atestado para ela, e ela faz faxina para um casal de médicos. E ela falou que quando ela chegou lá com o atestado, começaram a falar “como você vai falar com quem não é médico? Começaram a falar que a gente não é médico, que não está autorizado para fazer isso, não queriam aceitar o atestado. A mulher estava com suspeita de dengue (F.A, Campinas-SP, 9 meses de PMM).

Uma parte triste vou falar como aconteceu, aqui temos um adversário que é médico. Ele, como adversário, esqueceu que eu sou um ser humano. Aí, ele postou no Facebook que a gente é um falso médico. Começou a falar mal da gente, sem conhecer a gente. Aí a população... O primeiro que escutei da população foi isso. Aí ficou complicado para mim (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Tu encaminhas um paciente para o hospital, o médico que recebeu o paciente no hospital, quando vê que é do Programa Mais Médicos, [encaminhado por] um médico

¹⁰ Ver, por exemplo, a reportagem no sítio <https://massanews.com/noticias/plantao/policia-investiga-preconceito-contramedicos-cubanos-em-pg-1qOOX.html>. Acessado em 12 de setembro de 2017.

cubano, começa a falar besteira dele. "Ah cubano não sabe nada. As enfermeiras sabem mais que ele". Tu tens que fazer por merecer. Deixa que ele fale. Fiz a coisa certa (R.A. São Leopoldo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Em termos específicos, a atividade profissional dependeu da familiarização com os protocolos e sistemas de referência e contra referência do SUS, além da adaptação à rotina da Atenção Básica brasileira.

Difícil, foi difícil começar em um sistema de saúde que é diferente do nosso, e a língua que é diferente também no começo; aqui tudo está muito documentado, muito protocolizado, é complicado fazer coisas que anteriormente não fazia, e dar atendimento [...] que anteriormente nós não fazíamos, doenças, acompanhamentos, determinadas coisas, porque lá em Cuba, nós temos o apoio de diferentes especialistas e essas consultas com os especialistas acontecem muito rápido e aqui às vezes demora muito tempo. Então nós temos que fazer coisas que lá faziam outros especialistas (O.L, Porto Alegre-RS, 2 anos e 8 meses de PMM).

Nas grandes cidades, a dificuldade de aprendizado foi em parte compensada pelo maior acesso à internet.

Eu entro na internet, eu estudo sobre algumas dúvidas que posso ter, sobre remédio que tenho dúvidas e não conheço (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 anos e 5 meses de PMM).

A superação dos obstáculos iniciais sugere a importância da experiência profissional, de 20 anos em média, do médico cubano. Contudo, os fatores que efetivamente favoreceram o processo de integração socioprofissional foram o acolhimento recebido por eles e o relacionamento entre os médicos cubanos e as equipes de saúde. Em todas as cidades pesquisadas, o relacionamento profissional foi facilitado tanto pela sua presença diária nas UBS, quanto pela necessidade de se trabalhar em conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS).

Algo que me faz sentir melhor aqui no Brasil é o trabalho [...] passamos mais horas no centro de saúde do que em casa, aqui é a nossa casa. Tenho boas relações com todos aqui. As melhores enfermeiras possíveis e os trabalhadores de saúde, você viu, todos nós compartilhamos tudo! Nós almoçamos quase sempre juntos (F.A.R.T, Campinas-SP, 1 ano e 7 meses de PMM).

A colaboração de um ou mais membros das equipes de saúde, em especial das enfermeiras, foi absolutamente necessária para o bom andamento das atividades profissionais, o que as tornam o primeiro indicador de integração socioprofissional:

No primeiro dia de trabalho, tinha que consultar a enfermeira, que me ajudou muito. No início, porque quando cheguei ela me falou que qualquer dúvida que tivesse, em relação ao trabalho, como era o procedimento. Ela me ajudou muito, porque eu perguntava tudo e ela me ajudava a preencher ficha, escrever tudo certo, onde colocava os dados, onde marcar. (A.V.C, Caaporã-PB, 7 meses de PMM).



Médica cubana com os ACS, membro da equipe da pesquisa, e o Supervisor da OPAS na Paraíba.

Quando eu cheguei aqui tinha outra enfermeira que estava grávida. Quando voltei de férias ela estava de licença então com esta menina senti uma afinidade, e pouco a pouco ela me ajudou pois é muito boa. Conheci a mãe, irmã, os filhos, o esposo, todos [da família] (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-Ba, 2 anos e 6 meses de PMM).

A minha introdução à sociedade brasileira foi com essa agente de saúde. Ela se ofereceu para o final de semana que eu poderia ir à casa dela para lavar a roupa. E assim foi como começou tudo. Ela faz comida cubana e me ensina fazer algumas coisas. Quando eu cheguei ela me apresentou à família dela, e no início meu apoio era a família dela. Antes de eu conhecer as outras pessoas, fazer amigos (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 anos e 5 meses de PMM).

Confirmando as principais teorias sobre o tema, a variável central na integração dos médicos cubanos foi o local de trabalho (PORTES, 1981, 1995; PAUGAM, 1996, 2014; DEWITTE, 1999). Porém, de forma inesperada, a necessidade de aprendizado da prática médica brasileira criou processos integrativos recíprocos, ou seja, que funcionaram para os profissionais de ambos países, fato pouco relatado pela literatura especializada, mas que talvez seja específico tanto das atividades profissionais em equipe quanto da natureza da atividade médica.

Os nossos médicos têm aprendido muito aqui; trouxe enfermeiras de Cuba para ver a experiência, como cuidados básicos de enfermagem. Aqui é excelente o trabalho. Experiência com os agentes comunitários de saúde é muito boa, porque em Cuba é diferente, tem outras coisas organizadas, [dá] um pouco mais de trabalho, mas, basicamente, temos de reconhecer que o trabalho da atenção básica, da equipe de saúde aqui no Brasil tem ajudado muito o médico para tomar uma experiência para Cuba (V.E.P, Curitiba-PR, 2 anos e 4 meses de PMM).

A interação com os membros das equipes de saúde facilitou o domínio de expressões regionais¹¹, obstáculo mais notado nas pequenas cidades e em relação aos estratos mais baixos da população.

¹¹ Para uma discussão sobre o aprendizado da língua como forma de conhecimento, ver ANÇA (2004), CABETE (2010) E BERNARDO (2016).

O pior era a linguagem! Porque você aprende um idioma, mas quando você vai ao povo muda um pouco as coisas. Você vai de uma cidade a outra e tudo vai mudando. Você escuta a palavra e se pergunta... o que é isso! Não entendi nada! Uns falam muito rápido, outros devagar, outros falam em dialeto, e aí você fica... repete de novo! Por isso pedia para a enfermeira ficar porque têm pacientes assim que você não entende nada! É o dialeto deles no qual eu sou ignorante (T.U.S, Iúna-ES, 2 anos de PMM).

No Espírito Santo, eu entendia tudo, mas aqui, claro não estou falando da população de classe alta, estou falando da comunidade, tem muitas palavras que eu não entendo, porque são próprias daqui mesmo da Bahia (L.C.K, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 anos e 6 meses de PMM).

Superados os problemas de comunicação, familiarizados com os protocolos de atendimento e iniciados os processos de interação com as equipes de saúde, os médicos cubanos afirmaram que a qualidade da infraestrutura das UBS acabou não sendo um empecilho. Ao contrário, em alguns casos, esse tipo de deficiência contribuiu positivamente para reforçar as interações profissionais.

Minha Unidade não é nova como a de Vera, mas tem boa condição. Cada equipe tem sua sala, minha equipe está completa, com uma equipe muito fechada, muito boa. Trabalhamos muito unidos. Os agentes comunitários são muito bons. Eu tenho seis micros áreas, com a enfermagem muito bem preparada. E lá eu gosto do trabalho, tenho muito boa relação com médico cubano, médico brasileiro, enfermagem, gerência (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 anos e 5 meses de PMM).



Unidade de Saúde no Rio de Janeiro

Não gosto da estrutura que eu trabalho... um bairro muito difícil, bairro Coronel Cláudio, um dos bairros mais difíceis daqui de Ponta Grossa, com certas características sociais, mas a gente encaixou muito bem dentro dessa equipe de trabalho (M.A.F, Ponta Grossa-PR, 2 anos e 4 meses de PMM).

Por outro lado, a violência em algumas periferias urbanas, em especial as situações de tiroteio ou “guerra”, impediu tanto a atividade profissional quanto os processos integrativos mais extensos, fato relatado nas cidades do Rio de Janeiro, São Luís do Maranhão e Vitória.

Trabalhar aqui foi uma experiência única, pois foi a primeira vez na vida que aconteceu isso comigo! Para mim é muito difícil até hoje. Quando escuto um tiro fico com as pernas bambas, as mãos começam a suar e não consigo me concentrar mais no que estou fazendo. A clínica está num lugar esquisito no alto do morro, na hora de pegar ônibus fico no fogo cruzado entre bandidos e a polícia (G.C.L, Rio de Janeiro-RJ (Complexo do Alemão), 4 meses de PMM)



Vista do Teleférico do Complexo do Alemão -percurso diário para o trabalho da médica cubana

No ano passado começou uma briga em região de perto daí, foi precisamente quando começou a Copa do Mundo e durou até o ano passado, justamente durou um ano, essa guerra. Eu nunca cheguei a ver nada, mas ouvia tiroteio. E aí era correndo para ir fechando a unidade, duas vezes chegaram baleados lá. Mas, ver, presenciar o ato, nunca (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 anos e 5 meses de PMM).

Por exemplo, em maio do ano passado, você não podia sair para visitar qualquer dia, fazer visitas domiciliares, porque havia um conflito entre as partes e tinham enviado [...] para expulsar [o pessoal de] um bairro, uma comunidade. E então a polícia estava aqui também e não se podia arriscar entrar no meio do conflito, poderia cair no fogo cruzado. Naquele mês, a produção caiu tanto que não vi mais de 120 pacientes. Eu sempre vejo 300 (J.L.C, São Luís do Maranhão MÁ, 2 anos e 8 meses de PMM).

Para superar alguns desses problemas, os médicos cubanos propuseram mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde das UBS, potencializando ainda mais a integração socioprofissional.

[...] eu mudei a reunião de equipe, porque a reunião de equipe sempre era só a parte administrativa (só para constar), para mudar esse conceito da reunião de equipe para uma reunião científica: falarmos de algum caso, discutimos algum caso de saú-

de, alguma família complexa. Eu falo sempre algum tema [...] falo com um agente comunitário [para expor] algum tema, atividade física [por exemplo], vamos capacitando a equipe. É bom! E a pediatra também fala alguma coisa (F.A.R.T, Campinas-SP, 1 ano e 7 meses de PMM).

É culpa do sistema, que sempre os forçou a fazê-lo. Porque eles estão acostumados [...] "Eu quero um exame ginecológico, eu quero ir ao ginecologista" [...] Posso, posso fazer, indicar o preventivo aqui, um ultrassom intravaginal e indicar os exames, avaliar e se houver algum problema que não consiga resolver, então encaminhar. Mas não estavam acostumados a isso. Estavam acostumados a chegar e ir lá [ver o especialista]. Estamos mudando isso (J.L.C, São Luís do Maranhão-MA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Vale assinalar finalmente duas outras situações. Primeiro, a experiência migratório-profissional dos médicos cubanos que são formados para trabalhar em qualquer país. Com efeito, muitos deles tinham passagens pela Venezuela e Bolívia (GOMBATA, 2016). Isso pode explicar a rápida adaptação e integração socioprofissional, confirmando a análise de Oliveira & Kulaitis (2017).

Cuba nos prepara para qualquer lugar do mundo que precise de atenção médica. Não apenas o Brasil ou qualquer outro país em particular. Nossa preparação nos habilita para ir a qualquer país do mundo (L.B.B.P, Maricá-RJ, 2 anos e 5 meses de PMM)

Não tem como não falar de que nós saímos de Cuba primeiro por convicção, porque somos assim desde que nos formamos. Temos essa coisa de ajudar o próximo, de sair e conhecer e levar a saúde a outros lugares, sabendo que é difícil ter um médico neles. Nós ficamos tranquilos, porque quando saímos de Cuba, saímos com a ideia de que tínhamos que trabalhar em lugares de difícil acesso, podíamos trabalhar em lugares assim de silêncio, como você fala, como o Amazonas, e tínhamos preparado o nosso cérebro para trabalhar nesses lugares (R.A, São Leopoldo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Em segundo lugar, os médicos cubanos puderam também contar com a presença e o apoio de outros médicos cubanos, o que aconteceu especialmente nos grandes centros urbanos.

Somos uma equipe de cinco médicos, mas todos cubanos. Dois que moram em Itaquera e outro que mora na Lapa. E o fim de semana quando os dois vêm para cá, ou nós vamos para lá e sempre saímos juntos os fins de semana (M.S, São Paulo-SP, 2 anos e 9 meses de PMM).

Aqui somos um pouco na Ilha (sic), tem a casa dos meninos aonde mora o Gabriel, são quatro. Somos no total em oito. Fazemos as coisas juntos, carnaval juntos, fim de ano juntos, dia 24 juntos, aniversário de alguém é junto (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 anos e 5 meses de PMM).



Médicos cubanos do Rio de Janeiro com um membro da equipe do projeto

Articulando-se e convivendo, comemorando juntos datas festivas cubanas, aniversários, festas de final de ano, etc., além de atividades cotidianas como fazer compras ou passear pela cidade, os cubanos encontraram no Brasil algumas de suas referências pessoais e culturais. Embora seja difícil afirmar com exatidão, pode-se estar diante aqui de um processo embrionário de formação de uma rede de médicos cubanos imigrantes, o que de maneira inversa também facilita a integração, e pode levar também à formação das chamadas cidadanias multiculturais (KLIMCKA, 2001; WEBER, 2004; DOYTCHIEVA, 2011).

Concluindo, os rápidos processos integrativos profissionais dos médicos cubanos com seus colegas brasileiros, independente do porte da cidade e mesmo dos índices de desenvolvimento humano, parecem decorrer das interações sociais que ocorreram devido a conjunção de três fatores: prática médica específica cubana, jornada de trabalho em tempo integral (32 horas semanais) e relacionamento intenso com a equipe de saúde local. Constituiu-se assim ambiente propício para a troca de experiências e aprendizado profissional, para a interação com a comunidade, e também para o desenvolvimento de laços afetivos (em especial com as enfermeiras e ACS), o que também foi facilitado pelas semelhanças socioculturais entre Brasil e Cuba, como se verá mais adiante¹².

Integração Comunitária

A integração comunitária foi analisada a partir do critério de aproximação dos pacientes e de participação dos médicos cubanos nas atividades de vizinhança, festividades e encontros domésticos, mas também em encontros sociais, festivos e religiosos de caráter geral. Essa integração nas atividades da comunidade parece ter sido, inicialmente, uma decorrência do tipo de prática médica (abordagem humanista, tempo amplo de consulta, atividades de promoção de saúde e visitas domiciliares) e da proximidade física, o que teria provocado contato frequente com os pacientes da comunidade.

A relação com a comunidade apresentou diferenças de acordo com o porte das cidades. Nas grandes cidades, onde a rotina diária é mais penosa e o estilo de vida mais individualizado, os relatos dos médicos revelaram menos contatos com a comunidade. Em contrapartida, nas pequenas e médias cidades, o estabeleci-

¹² Ver, por exemplo, o documentário: FACC e CUFA. Vida sem Fronteiras 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zDMB-8DAA1zc> Acessado em: 24 set. 2017

mento de relações com vizinhos ou no bairro das UBS foi mais imediato, próximo e frequente. Em qualquer das situações acima, o convívio social dependeu, no primeiro momento, do acolhimento e solidariedade da comunidade e, em seguida, dos laços de amizade e de afeto que eventualmente se estabeleceram.

A título de exemplo, em algumas cidades pequenas, a chegada dos cubanos transformou-se em um evento social, os médicos sendo objeto de recepções públicas e festivas, incluindo cortejos pela cidade. Isso fez com que todos os habitantes tomassem conhecimento de sua presença e passassem a reconhecê-los mesmo em atividades cotidianas não laborais. Em algumas localidades cidadãos comuns se ofereceram, de maneira espontânea, para auxiliar em pequenas atividades cotidianas. Em consequência, alguns médicos, novamente em pequenas cidades, acabariam por ser objeto de homenagens por parte das autoridades locais – com o título de cidadão honorário, por exemplo – em agradecimento pela qualidade dos serviços prestados.

Quando chegamos aqui a Porto Alegre, no aeroporto ... uma acolhida muito boa, com bandeira de Cuba e Brasil, rosas brancas e vermelhas e cantando Guantanamera, que é a música típica de Cuba. Foi muito lindo (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Eu virei cidadão honorário do município [...] a população toda gostou do meu jeito de trabalhar. Na realidade fico feliz porque, vou falar a verdade, não fiz nada extraordinário. Eu só fiz o que eu sempre fazia. E vou continuar fazendo, porque é o meu jeito de trabalhar. E, aí, na realidade, eu fiquei muito surpreso com uma coisa que enche o coração de alegria e dá uma energia a mais para continuar trabalhando, porque este reconhecimento para mim é o melhor que aconteceu na minha vida. Não tem retribuição de dinheiro, não tem aumento de salário, mas é reconhecido o trabalho da gente (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Eles são muito solidários, sim, como nós, eles gostam de ajudar, alguns fazem isso com lucro, mas eles são muito solidários, pelo menos com aqueles que eu vivi aqui, mesmo quando eu saía para comprar uma coisa, sempre tinha ajuda. Muito solidário, muito gentil. Lembro-me em Cuba quando tivemos uma reunião com um brasileiro, Marcelo, ele sempre disse isso, você vai ver como são os brasileiros. O brasileiro é assim e sempre me lembro dessas palavras, porque comigo foi. Sinto-me integrado, não senti rejeição, estou em minha casa quando estou assistindo televisão e eles me contam, vem para comer, venha aqui (L.A, Brazabantes-GO, 2 anos e 5 meses de PMM).

Após a recepção (festiva ou não) e instalação, os médicos entrevistados aproximaram-se fisicamente de seus pacientes e os ouviram, causando inicialmente certo estranhamento em relação a seu comportamento profissional.



Posicionamento da cadeira do paciente ao lado do médico. Está fixada nessa posição.

No começo eles ficavam apavorados, porque eles achavam que nós ficamos muito perto, porque eles estavam acostumados a que existisse uma barreira entre o médico [e eles]. Agora eles chegam e vêm direto pra cá, se sentam perto de mim (O.L., Porto Alegre-RS, 2 anos e 10 meses de PMM).

Antigamente, a cadeira do paciente se colocava na frente do médico e, no meu país, sempre colocamos ao lado praticamente, para ter o paciente mais perto. Para eles, foi muito bom isso. Até nos falavam da diferença que existia, quando eles comparavam com os médicos brasileiros (O.A.T, Porto Alegre-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Segundo depoimentos colhidos, em Cuba o relacionamento próximo entre os médicos cubanos e os pacientes é prática usual. Alguns médicos explicaram-na nesses termos:



Atendimento domiciliar na Comunidade do Complexo do Alemão-RJ

Temos uma formação de ajuda, humanitária, sempre desde a formação, já que os primeiros estudos sempre foram [...] e agora o que está sendo formado em Cuba é com essa missão (C.D.A, Jequié-BA, 2 anos e 4 meses de PMM).

Geralmente, a gente está aqui para aliviar a dor, seja física, seja espiritual. A gente não é Deus, a gente tem que ser boa pessoa. Se você não olha o outro como se fosse você, você não presta no que você está fazendo. Então se a pessoa chega com dor, você não sabe o que tem, mas você deve tentar descobrir o que é! A solução não é apagar a dor agora, é apagar a origem da dor. Não adianta eu passar um buscopan agora porque a pessoa vai voltar, eu tenho que saber por que está doendo (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Esse tipo de prática médica foi também explicado com base nos fundamentos da medicina cubana.

Você sabe, o atendimento nosso é um pouquinho diferente, gostamos mais de falar com os pacientes, de perguntar, de examinar, de escutar, então eles gostam disso. No início sentiram a diferença pois estavam acostumados com os médicos brasileiros. Nós gostamos de perguntar, quantos anos você tem, como você se chama, onde dói, dói aqui, não dói aqui, então estar perto, escutar, medir o pulso, a frequência

cardíaca, então eles começam a gostar (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 anos e 6 meses de PMM).

Assim, aos poucos, o cuidado (a escuta e o toque, por exemplo) e a atenção próxima e humanizada dos médicos cubanos foram avaliados muito positivamente, sobretudo em comparação com a prática clínica dos médicos brasileiros.

Como eles falam: a senhora trata a gente como gente. Todo mundo tem direito a isso, porque somos pessoas e ninguém é melhor do que ninguém (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM.)

A visita domiciliar foi outro momento crucial para a maior aproximação e interação dos médicos cubanos com os membros das comunidades. Alguns entrevistados afirmaram ter ouvido de seus pacientes que, pela primeira vez, tinham recebido em casa a visita de um médico, que inclusive lhes apertou a mão e ficou tão próximo. Essa interação, nova para alguns pacientes brasileiros, foi notada e explicada como exemplo de prática corrente e necessária da medicina cubana. O exemplo abaixo ilustra bem a questão:



Médico cubano chegando com sua equipe de saúde para visita domiciliar

Faço visita domiciliar. Algumas vezes a Secretaria ajuda com um carro, uma vez, duas vezes por mês. Então às vezes eu vou a pé, eu gosto de ir a pé caminhando, porque você vai interagindo com a comunidade, tá? E vai conhecendo coisas da comunidade que se está dentro do posto, não conhece. Onde tem um barzinho, onde se reúnem as pessoas, a beber desde muito cedo. Aquele que chega no posto e fala "Não, mas eu não bebo. Mas você vê ele todo dia ali no bar". E você vai conhecendo a cultura ... Interagir é muito bom. E visitar o paciente na própria casa ... quando o paciente está doente, não tem nada melhor para um paciente acamado, com uma incapacidade, que está doente, em casa, não tem nada melhor para esse próprio paciente, ou para a família dele (R.A. São Leopoldo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

O comportamento profissional aproximou os médicos da comunidade, mesmo nas condições mais adversas. Essa disposição não passou despercebida na comunidade.

Eu lembro que no ano passado, no final do ano passado aqui caiu muita chuva, e ficou todo alagado, uma enchente [...]. E aí eu fui lá, fiz uma visita, saí com o sapato todo sujo de barro. Quando eu fui lá até me falaram, "Doutor, o senhor vai passar por aí?", mas eu falei "Sim, vou passar por aí. Como é que eu não vou passar por aí? Ou tu vêes que as pessoas que moram aqui, que passam por aí, têm uma coisa que eu não tenho ou eu tenho uma coisa que eles não têm? Não, senhor, eu sou uma pessoa, um humano mesmo assim como todos aí. Se vocês passam por aí, eu também vou passar". E se precisarem que eu passar por outro lado fora necessário, eu vou passar. Todo mundo ficou assim [...] fiquei com o sapato cheio de barro, mas não tem problema (O.L, Porto Alegre-RS, 2 anos e 8 meses de PMM).

Desse momento em diante a aproximação produziu processos de integração pouco comuns.

Os pacientes falam sobre coisas sobre as quais ninguém já falou anteriormente; de coisas íntimas; da esfera sexual, se tiverem satisfação, se não tiverem satisfação. Você é capaz de falar sobre isso, não antes. Anteriormente, eu chegaria às vezes sem falar com eles, você disse papapapapa. Agora eles vêm lá para sentar e conversar (J.L.C, São Luís do Maranhão, 2 anos e 8 meses de PMM)



Paciente recebendo o médico cubano na visita domiciliar

Coerente com sua missão profissional e amparados pela legislação, os médicos cubanos desenvolveram ainda outras atividades, tais como a promoção e educação em saúde, voltadas especificamente para grupos de adolescentes, gestantes, tabagistas, hipertensos, diabéticos e idosos, entre outros. Essas atividades também contribuíram para integrá-los à comunidade.

A nossa equipe trabalha em conjunto segundo o protocolo. A gente tem consulta e acompanhamento para doença crônica, pré-natal, puericultura, livre demanda, visita domiciliar, palestras nas escolas, palestras ... segundo o programa, por exemplo, de saúde do homem, saúde da mulher. A gente faz palestras também fora do horário de trabalho. E, aí, por exemplo, agosto azul para os homens, setembro é rosa para as mulheres (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Basicamente é atendimento, mas a gente tenta fazer palestras, fazer a reunião de equipe, fazer aquela sala de espera, aproveitar e falar de alguma questão de educação em saúde. Mas é um processo que tem que ser cíclico, constante. Não adianta fazer hoje e amanhã não fazer (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

É importante insistir que o elemento desencadeador da integração comunitária é a prática médica de proximidade e a presença física na região. Como também analisado em relação aos processos integrativos sócio-profissionais, é a prática médica típica dos cubanos que desencadeia, sustenta e explica o êxito desses processos integrativos disseminados.

A gente bate papo com toda a população que está ali. Ali tem gente de [todas as] idades. Da minha idade, mais jovens, mais velhos. Os médicos, dentistas e que trabalham na prefeitura, que trabalham em um boteco (sic). Todo mundo ali junto. Aí a gente faz [...] na academia. A gente fica duas horas, duas horas e meia (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM)

Quando isso não aconteceu, quando um médico cubano não era social e profissionalmente reconhecido, tornando-se apenas mais um morador do bairro, os processos integrativos comunitários simplesmente não ocorriam.

Nunca me senti tão triste no mundo como no país, que é suposto ser o país mais feliz do mundo, o que é esse. Relacionamento com pessoas; você mora em um condomínio, ninguém fala, ninguém diz nada. Em Cuba você está a três quarteirões da sua casa e você me pede, as pessoas sabem quem eu sou, você me entende? Então é um impacto terrível. Você passa três anos vivendo em um lugar e o vizinho na frente não conhece você. Isso não (J.R São Luís do Maranhão-MA, 2 anos e 10 meses de PMM).

Só posso falar daqui ninguém se conhece, não se falam, você entra na sua casa por trás do portão e do muro e pronto tem a sua vida aí e ninguém se conhece! Isso me choca porque o cubano é receptivo demais, conhece todos os vizinhos do bairro. Chegam na casa de minha mãe e tomam um café e com o vizinho de frente. [Aqui] os vizinhos não me conhecem, pois durante a semana saio cedo para o trabalho o dia todo e no fim de semana saio para um rancho ou chácara (Y.A, Penápolis-SP, 2 anos de PMM).

Esse tipo de integração teria sido ainda mais intenso se o número de atendimentos clínicos fosse menor, os protocolos menos rígidos e a jornada de trabalho menos exaustiva.

Não sei porque, aqui é muito burocrático. A saúde da família tem vários seguimentos e aqui no posto de saúde não tem como fazer a promoção, prevenção. O programa de atendimento aqui não me permite isto. Não dá tempo! Eu atendo vinte pacientes de manhã e vinte pela tarde (Y.A, Penápolis-SP, 2 anos de PMM).

Apesar disso, as visitas e atividades de promoção de saúde produziram ainda novos desdobramentos como, por exemplo, a melhoria da qualidade do atendimento. Dito de outro modo, as relações pessoais que decorrem do tipo de prática médica cubana, propiciando maior interação, proporcionam também melhor atendimento.

A atenção que lhes damos, quando escutamos eles. Os pacientes precisam ser ouvidos e nós os escutamos, que não é apenas prescrever, mas nós ouvimos os problemas que eles têm, porque às vezes um problema social que tem com a família é o que afeta a doença. Esse é um dos nossos princípios, ouvir o paciente (Y.M.F, Goiânia-GO, 2 anos e 1 mês de PMM).

É difícil dizer se o comportamento profissional dos médicos cubanos e os processos integrativos relatados foram suficientes para romper as imagens negativas veiculadas por alguns órgãos de imprensa. É certo, porém, que o convívio cotidiano com a comunidade acabou por produzir situações surpreendentes de ajuda, amizade, incluindo até o desejo de pacientes na permanência definitiva dos médicos, em especial nas pequenas cidades.

Eu devo ir para Cuba em outubro e já lhe falei que têm pacientes que falaram que estão “rezando para Santo Antônio para a senhora ficar!” As vezes eles vêm aqui em casa se precisam de alguma coisa, mesmo em final de semana e se vai demorar... então eles têm essa possibilidade, eles ligam para a gente e a gente resolve. Não tem barreira (D.C.O, Macapá-AP, 2 anos e 11 meses de PMM).

Sim, eles levam para a gente galinhas porque eles sabem que fazemos o almoço lá. Eles dão para a gente abóbora, frutas, coisas. Fazem almoço ou levam para que a gente coma na Unidade (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Os variados tipos de convivência e os laços de amizade talvez estejam na origem da forma mais profunda de integração: o estabelecimento de laços afetivos duradouros.

Eles gostam muito de mim. Falam que sou muito querida e “Oh, Doutora. Falei com a minha sobrinha, com a minha vizinha. “Ah. Minha esposa gosta muito de você. Eu também vim para consultar com a senhora”. E já estão ficando muito tristes porque já sabem que eu vou embora (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Esse tipo de vínculo em período de tempo tão curto foi de fato a principal surpresa e a grande novidade no processo de vivência comunitária. Com efeito, os relacionamentos amorosos e casamentos são uma evidência da extensão da interação (BOZON & HÉRAN, 2006). Com efeito, foram verificados pelo menos cinco casos em que profissionais cubanos ou cubanas casaram com brasileiros ou brasileiras.

Minha amiga me apresentou o [aplicativo] Tinder. O atual namorado dela, ela conheceu pelo Tinder. Aí ela começou, e me interessei. Ah, que bom. Vamos conhecer alguém. Fazer amizade, quem sabe namorar? Tudo bem. Conheci o aplicativo, ela me explicou como é que funcionava, e nos primeiros dias que foi que aí conheci o Maurício (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 anos e 5 meses de PMM).

E daí para cá começamos um relacionamento, o relacionamento foi pegando força e força. Ela nas primeiras férias viajou comigo [para Cuba], aí eu não tinha uma carta de imigração, mas ela foi lá, gostou, a minha família interagiu bem com ela. Ela está entendendo, agora se comunica com minha família pela internet e com a minha filha por e-mail, por Facebook, e aprendeu espanhol (R.A, São Leopoldo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

A gente casou aqui, mas eu queria que a minha mãe e o meu pai ficassem juntos para as fotos, mas minha mãe e meu pai não estavam aqui. Então eu disse para o meu esposo, "Olha, a gente tem que casar aqui, e tem que legalizar também lá, mas a festa eu quero que seja em Cuba", e ele disse "Tudo bem, não tem problema, você é quem decide se você quer a festa lá, vai ser lá." Então aqui casamos, mas não foi a festa, a grande festa foi lá (A.V.I, Novo Hamburgo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM)

Em síntese, pode-se afirmar que a conjunção de uma prática médica de proximidade e humanista com atividades de promoção de saúde e visitas domiciliares estão na origem da integração comunitária. Porém, os fatores que explicam a profundidade alcançada em muitos desses relacionamentos são também de ordem sociocultural, como se verá a seguir.

Integração Sociocultural

As atividades profissionais dos médicos cubanos em nas localidades brasileiras foram intensas, demandas variadas, como aprendizado de protocolos e sistemas de referência, longas jornadas de trabalho com grande número de atendimentos, atividades de promoção de saúde, além de visitas domiciliares.

A combinação de todas essas tarefas explica a grande aproximação dos médicos cubanos com as equipes de saúde, com os pacientes e com a comunidade. Amparados por essa rotina e pela natureza da atividade médica, as interações sociais produziram desde trocas profissionais até convites pessoais para encontros diversos e festividades. As imagens negativas sobre o PMM e as situações de violência vividas em algumas grandes cidades prejudicaram a integração dos médicos à sociedade brasileira. Contudo, a intensidade das relações profissionais e comunitárias, a afetividade e o surgimento de relacionamentos amorosos surpreenderam, sobretudo quando se leva em consideração o tempo de permanência nas diversas localidades. Como explicar essa variedade de processos de integração?

A sociabilidade caribenha foi evocada como fator de integração sociocultural. Assim, seriam os médicos assim tão abertos e sociáveis, a ponto de explicar alguns dos processos integrativos? Os depoimentos abaixo apontam nessa direção.

O cubano gosta mais de se socializar, não que o brasileiro seja fechado, mas o cubano é mais aberto (M.B.T, Cabedelo-PB, 1 ano e 5 meses de PMM).

Nós, os cubanos, somos mais sociáveis, visitamos mais, nos inter-relacionamos mais com os outros. Um problema de cubano é o problema de todos, mas não aqui (Y.M.F, Goiânia-GO, 2 anos e 1 mês de PMM).

Se tenho um convite para ir na cachoeira, no restaurante para almoçar ou jantar, eu vou e levo meus colegas. Tenho tantas amigadas que às vezes não sei como me dividir. Aceito qualquer convite, de chá, de casamento, da igreja também (T.U.S, Iúna-ES, 2 anos de PMM).

Essa sociabilidade contou com dois fatores prévios, o sentimento latino-americano de proximidade entre Cuba e Brasil e o conhecimento que os médicos cubanos tinham da cultura brasileira, em especial da música.

Acho que a única coisa que muda é o idioma. Mas a origem é a mesma, foram colônias portuguesas e espanholas, mas os dois países são europeus. Depois fomos misturados, em Cuba não ficaram indígenas, mas trouxeram africanos do mesmo jeito que aqui. A religião de vocês é uma mistura como a da gente. É católica [de mistura] com a religião africana. A corrente espírita, o candomblé que a gente também tem. Pelo menos na Bahia é mais assim. O baiano é ótimo, é para frente. É diferente (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Aqueles cantores populares brasileiros que em Cuba foram muito queridos, muito famosos, ainda são Roberto Carlos, o falecido Nelson Ned. Mas já visitaram Cuba também Caetano Veloso, Chico Buarque. Em Cuba pegou muito o Michel Teló com aquele "Ai, se eu te pego". Alexandre Pires também, gostaram muito. O Alexandre Pires vende muito CD e DVD em espanhol (R.A, São Leopoldo-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

É ressaltada também a importância e o tempo dedicados à televisão e às novelas que, além de formas de lazer, revelaram-se fundamentais para o conhecimento e para a adaptação sociocultural.

Eu sou muito caseira, adoro ver tv, adoro a novela Regras do Jogo. Império também foi espetacular. Adoro as novelas brasileiras. Assisto todo o dia (L.B.B.P, Maricá-RJ, 2 anos e 5 meses de PMM)

Dada a diversidade histórica e cultural do Brasil, a proximidade se fez mais em certas regiões, caso da Bahia, e as diferenças foram ressaltadas em outras, caso do Paraná.

Baianos e cubanos são muitos parecidos. Só diferenciam no idioma. Moro em Cuba, na parte oriental do país. Na parte oriental de Cuba, é muito parecido com Bahia, porque foi onde mais entraram os escravos. Então a população tem uma miscigenação maior, tem uma mistura entre branco, preto. Então é muito parecida com a Bahia. A única diferença é o idioma, mas o cubano oriental e o baiano são iguais, assim alegres, festivos; para adaptar é melhor neste meio do que talvez no Sul, lá é diferente, tem outras misturas (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 anos e 6 meses de PMM).

Aqui, a cultura é diferente [...], por exemplo, o jeito das festas. A cultura é diferente. Por exemplo, aqui tem cavalgadas, [...] festas nas igrejas. É uma cidade muito religiosa.

É muita igreja. Então, o jeito das festas é diferente, nesse sentido. Porque segundo a tradição regional, assim é a festa. Essa diversidade cultural é nova para a gente, porque lá em Cuba é quase tudo igual. O pessoal curte as mesmas festas, curte a mesma religião. Quase. Mas não tem essa diversidade como tem aqui. Aí, a gente se adapta rapidinho também porque são os mesmos pacientes, a mesma comunidade. Não tem problema nenhum. E, aí, dá para conhecer também outra cultura. Para mim, foi uma maravilha. Foi como nas novelas. A novela fala tudo (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Os depoimentos colhidos indicam que as semelhanças culturais entre Brasil e Cuba se sobrepuseram às diferenças, fazendo com que a integração sociocultural não variasse muito de uma para outra região.



E a comida... fora do churrasco o tempero muito parecido com tempero de Cuba. Tem várias receitas que são diferentes, mas por exemplo peixe é igual, Cuba é uma ilha, tem muitos frutos do mar. Os temperos da região são muito parecidos com os de lá. Então das vezes que a gente comeu aqui [...] como falei, é muito parecido. Algumas receitas, como comida japonesa, mineira é muito boa, tutu de feijão. Eu adoro a feijoada, caipirinha, cerveja (O.R.M, Serra-ES, 2 anos e 11 meses de PMM).

A forma de fazer [churrasco] no espeto. Também uma vez me levaram a um churrasco na Festa Gaúcha, na Semana Farroupilha. Então foi um churrasco próprio da terra, assim com a carne muito diferente, própria do gaúcho. E gostamos. Gostei também dos doces, dos bolos. Muito bom (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 anos e 7 meses de PMM).

Os processos integrativos evidenciam-se de fato e tendem a se consolidar quando o migrante vivencia e adota práticas culturais da sociedade de acolhimento.

Eu já estou querendo fazer acarajé em Cuba. Tenho uma colega que gosta, ama a cozinha, a gente a chama de Dona Benta e ela quer que eu leve todos os pratos da

Bahia. Ela fala para montar um restaurante “Bahianês” lá [...] Mas eu me seguro, porque eu fiquei um período viciada na farofa! Eu ficava com fome e saía da sala e fazia uma farofa de ovo. Farofa de ovo só para fazer uma boquinha antes do almoço (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Os processos integrativos socioculturais podem explicar também o apreço que os médicos cubanos acabaram por demonstrar pelas atividades corriqueiras das comunidades em que se instalaram. Muitos médicos participaram de festas populares, como São João, Festa Junina, Carnaval, Festas Gaúchas, além de confraternizações, churrascos, bares e espaços populares da periferia urbana, em grandes ou pequenas cidades, de Norte a Sul do país.

Eu participei no corrado de corradinho (sic), que eles fazem no Natal. Estive no São João duas vezes, ano passado e este ano também. No carnaval. Carnaval e o São João (J.L.C, São Luís do Maranhão-MA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Aqui na praça tem dança também. Dança folclórica alemã. Participei das festas folclóricas. E tenho foto em todas elas vestida assim, de dança. Tem muitas festas aqui. Festival das Flores, Festival de Inverno, várias festas alemãs [...]. Ficam nas ruas com as carretas, com a cultura deles, a forma de vestir deles, com um pau arastando no meio das ruas, com as pessoas trabalhando a roça. É muito engraçado isso (D.O.B, Domingos Martins-ES, 2 anos e 1 mês de PMM).

A inserção nos espaços urbanos, a participação e o envolvimento dos médicos em atividades sociais e culturais não foram mais intensos em algumas cidades devido a um fator próprio da realidade brasileira: a violência urbana.

Eu não, fico com receio de ir porque Feira de Santana é uma cidade bem violenta. Chiquaro é um lugar tranquilo, mas eu fico em casa ou venho para cá (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Fico com medo de sair na rua, acho o Rio muito perigoso! Demais e conhecendo a realidade daqui que a qualquer momento pode acontecer um tiroteio e ter uma bala perdida, acho melhor evitar a multidão. Fiquei em Bonsucesso mesmo, no dia seis teve o desfile de um bloco que assisti tranquila (G.C.L, Rio de Janeiro-RJ, 4 meses de PMM).

Eu, eu tenho má impressão do Carnaval do Rio pela insegurança. Eu não saio à noite por segurança. Carnaval é festa todo dia [...] (R.B.A, Salvador-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Porém, em situações nas quais a violência não foi tão sentida, alguns médicos chegaram a sentir-se “brasileiros”.

Então quando fomos na festa passaram outros cantores, a Bahia tem a melhor música do Brasil. Bom quando o Canário (sic) começou, falaram que era piada, ele pediu que quem fosse da periferia era para tirar a camisa. Eu tirei minha camisa e fiquei parecendo mais com um brasileiro. Falaram que não precisava fazer que era coisa de brasileiro e fomos descer a ladeira para ir embora. Você já pensou estar rodeado por quase um milhão de pessoas? Mais de um milhão de pessoas! Mas foi proibido pela prefeitura porque incitava a violência (R.B.A, Salvador-BA, 2 anos e 8 meses de PMM).

Atividades corriqueiras de lazer, partilhadas com amigos da comunidade, são também importantes exemplos de integração sociocultural. Houve quem participou de centros de treinamento esportivo e outras atividades ao ar livre.

Caminhada faço na praia. Tem uma das meninas da atenção básica que mora perto da minha casa e que me convida para caminhar, pois tenho preguiça de ir sozinha, mas nos reunimos e vamos (M.B.T, Cabedelo-PB, 1 ano e 5 meses de PMM).

Parte do tempo livre. Jogo basquete durante a semana, temos horários combinados (O.R.M, Serra-ES, 2 anos e 11 meses de PMM)

Às vezes eu fazia uma academia, fazia alguma coisa, mas em minha vida de antes, sim, praticava esportes. (O.L.D, Porto Alegre-RS, 2 anos e 8 meses de PMM).

Nessas atividades de lazer, nota-se inclusive a utilização de expressões regionais, como “gurias” abaixo, o que também revela a força do processo de integração.

Em tempo livre eu vou visitar colegas em Porto Alegre ou aqui com asurias, vamos para um shopping. Ou gostamos muito de ir às lojas, ao cinema (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 anos e 7 meses de)

Outras práticas que demonstram a forte integração sociocultural foram a participação em espaços mais reservados aos brasileiros, como os cultos religiosos.

Geralmente eu vou na igreja domingo. Eu gosto do pessoal da igreja só que eu sou muito curiosa e já visitei várias igrejas. Por conta da esposa do Dr. Carlos eu visitei a Igreja Mundial. Eu gostei do Pastor Pedro, mas agora trocaram o pastor e esse só pede dinheiro (risos) (T.U.S, Iúna-ES, 2 anos de PMM).

Eu gosto de ir na igreja. Eu sou católico. Aí eu vou na igreja católica também. Mas também tem vezes que vou em outras igrejas também fazer visita (A.G.D, Inajá-PR, 2 anos e 8 meses de PMM).

Todas essas práticas encaixam-se na definição de integração em contextos migratórios, ou seja, processo por meio do qual os migrantes inserem-se em parte do tecido social, cultural e institucional da sociedade receptora, de forma recíproca e multidimensional (SCHOORI, 2005; IBÁÑEZ, 2009).

Em conclusão, os depoimentos colhidos indicam que as relações sócio-profissionais e comunitárias foram amparadas por grande conjunto de referências culturais comuns às culturas cubana e brasileira, da música aos hábitos culinários. Essas semelhanças amenizaram problemas cotidianos (em alguns casos, a violência) e reforçaram laços sociais e afetivos estabelecidos, criando ambiente propício para os processos integrativos socioculturais, como fazer amigos e sair com eles, participar de atividades sociais, religiosas, esportivas e festivas, com pequenas diferenças em cada uma das regiões estudadas em todo o país.

Elementos viabilizadores e obstaculizadores da atuação dos médicos cubanos

Diversos elementos viabilizaram ou dificultaram a atuação dos médicos e os processos integrativos. Foi possível observar que quanto melhor acolhidos, quanto maior o número de espaços de interação social, mais os médicos conseguiram se integrar, desenvolvendo desejos de permanecer no Brasil. Como se observou, os processos integrativos não esperados explicam-se por vários fatores, desde a formação e prática médica cubana até os contatos e semelhanças culturais entre Brasil e Cuba.

- **Elementos viabilizadores**

A conjunção entre o tipo de formação e de prática do médico cubano e a colaboração no seio das equipes de saúde foi sem dúvida o principal elemento viabilizador da atuação profissional. Neste espaço, onde a confiança parece desempenhar um papel central, o êxito do PMM manifestou-se nos processos integrativos sócio-profissionais, comunitários e socioculturais já referidos.

Inicialmente, cabe lembrar o fator da carência de médicos, fazendo com que os profissionais chegassem onde realmente eram necessários e esperados, o que explica, em parte pelo menos, o caloroso acolhimento que tiveram. Em seguida, a influência da rotina de trabalho intensa e laboriosa, junto com a necessidade de aprender junto às equipes de saúde. “No primeiro dia de trabalho, tinha que consultar a enfermeira, que me ajudou muito”, comentou um médico instalado em Caaporã (PB). Aqui, uma constatação, qual seja a de que o aprendizado foi recíproco, levando a elogios à atenção básica praticada no Brasil, o que reforçou ainda mais os laços profissionais: “Os nossos médicos têm aprendido muito aqui; trouxe enfermeiras de Cuba para ver a experiência, como cuidados básicos de enfermagem. Aqui é excelente trabalho”, comentou um médico instalado em Curitiba.

No mesmo registro, percebe-se a autoimagem e a disposição dos profissionais cubanos em estabelecer relações de proximidade com seus pacientes, o que é fruto de sua formação humanista e não mercantilista, e da disposição de agir como missionários da causa da saúde pública e da medicina social. “É que em países capitalistas o atendimento não é como o nosso, a forma que a gente trabalha com a comunidade, por isso que os médicos cubanos têm tanta relação com o paciente, com a população”, comentou um médico instalado em Maricá (RJ). Enfim, temos as visitas domiciliares, como naquele caso já comentando em que o médico não se importou em sujar os sapatos para chegar à casa do paciente, além das atividades de promoção de saúde.

É em tal contexto que surgiram convites, encontros sociais e festivos, enfim a inserção nas atividades comunitárias, aspectos amparados pela proximidade sociocultural (culinária e musical, sobretudo) entre Cuba e Brasil. Embora alguns tenham se sentido mais próximos da população baiana do que da população do interior do Paraná, por exemplo, o churrasco gaúcho e o peixe capixaba foram igualmente apreciados. Todos esses pequenos elementos sustentaram tanto o desejo de permanecer no Brasil quanto os relacionamentos afetivos e o expressivo número de cinco casamentos verificados.

Finalmente, nos grandes centros, onde a violência e o anonimato são maiores, tanto a experiência migratória, com passagem pela Venezuela e países africanos, quanto as embrionárias redes formadas pelos médicos cubanos, podem ter desempenhado papel socializador e acolhedor. Como declarou uma médica cubana no Paraná, “Sim, a gente comemora os aniversários e as datas comemorativas lá de Cuba”.

Elementos obstaculizadores

Os casos de acolhimento em moradias precárias, a infraestrutura deficiente nas UBS ou a falta de interesse no PMM demonstrada por algumas autoridades municipais, são dos poucos elementos que dificultaram a atuação dos médicos do PMM. As imagens negativas sobre o PMM ou algumas situações de discriminação existiram e, por razões fáceis de se entender, estão provavelmente subestimadas nos depoimentos colhidos. Já o domínio da língua, o aprendizado dos protocolos e dos sistemas de referência e contra referência, nem sempre fáceis, foram obstáculos que puderam ser superados com o tempo.

Em termos específicos, a rigidez dos protocolos da prática médica e a falta de tempo para realização de atividades de promoção, prevenção de saúde e visitas domiciliares, impediram melhor atuação dos médicos, sobretudo porque restringiram a interação e os consequentes processos integrativos. Acostumados a ouvir e se aproximar dos pacientes como forma de melhor tratá-los, os médicos cubanos viram-se assim privados de instrumentos básicos de sua prática.

O anonimato e, sobretudo, a violência em algumas grandes cidades (especialmente no Rio de Janeiro e em Vitória) também causaram enorme surpresa e dificuldade. “Nunca tinha ouvido tiro” ou “roubaram meu celular” foram alguns dos depoimentos de assustados médicos. A violência urbana impediu, não necessariamente a atividade médica propriamente dita, mas os processos integrativos a que os médicos cubanos parecem estar acostumados.

Em resumo, entre os elementos que obstaram, não estavam apenas a dificuldade de comunicação, a necessidade aprender protocolos ou o aprendizado de como referenciar pacientes. Esses obstáculos eram esperados. O que não era esperado foi a dificuldade em realizar visitas domiciliares ou atividades de promoção de saúde, devido ao excesso de trabalho e à violência urbana.

Considerações Finais

Os processos integrativos múltiplos e variados em espaço tão curto de tempo constituem a surpreendente constatação que emerge dos depoimentos colhidos. Os médicos cubanos interagiram com equipes de saúde e não se limitaram a tratar de pacientes, mas criaram vínculos pessoais e afetivos com eles, e com a comunidade na qual se estabeleceram, por vezes de maneira intensa e duradoura. Numa palavra, foram verificados

processos de quase completa integração na vida das comunidades. Como explicá-los? A literatura corrente oscila entre dois tipos de respostas. De um lado, fala-se em assimilação segmentada, quando a inserção na sociedade de acolhimento é exitosa, porém incompleta. Na prática, adotam-se alguns comportamentos e participa-se de espaços sociais escolhidos, não de todos (PORTES, 2001, 2008). Por outro lado, fala-se em integração exitosa quando ao lado do trabalho ocorrem inserções em outros espaços sociais, como os espaços educativos e culturais (TUCCI, 2014; ALOUIS, 2014).

O vínculo empregatício não era, no caso em tela, o resultado do processo migratório, mas sua causa. Contudo, o emprego foi pensado de forma provisória. Assim, não havia que se pensar em integração, mas apenas em bom desempenho profissional. Surpreende, portanto, as situações de integração encontradas de fato, não apenas porque elas não tenderiam a acontecer, mas sobretudo porque a partir delas, o desempenho profissional foi potencializado.

Os processos integrativos não estavam previstos no desenho da política brasileira, ou talvez nem talvez estivessem presentes nas preocupações das autoridades municipais e equipes de saúde que acolheram os médicos. Mas a integração de fato aconteceu. De certa forma, pode-se dizer que tanto a integração socioprofissional quanto a integração comunitária fazem parte do *habitus imigrante* da prática médica dos profissionais cubanos. Para eles foi como se a integração fosse parte essencial de sua prática médica¹³. Além disso, os médicos cubanos parecem realmente possuir certo *capital de mobilidade* (adquirido em experiências no estrangeiro) que se traduz pela capacidade de entender, conviver e respeitar diferenças sociais e pessoais, explicando assim a velocidade e a intensidade dos processos integrativos.

Paralelo a esse *habitus* e a esse capital, vale ressaltar a importância das semelhanças entre as culturas cubana e brasileira. O que parecia óbvio foi decisivo. Músicas, temperos, danças: há muitas coisas a aproximar cubanos e brasileiros. Esse caldo histórico-cultural sustentou, em níveis variados, o apreço mútuo que se estabeleceu entre os cidadãos desses dois países ou, simplesmente, entre indivíduos culturalmente próximos que se afeiçoaram e partiram para relacionamentos maduros e duradouros. No início de tudo, a carência médica e a filosofia humanista da medicina cubana. Ao longo do tempo, processos integrativos baseados no afeto, duradouros e intensos.

Referências

- MEYER, Jean-Baptiste & WATTIAUX, Jean, Paul. (2006). Diaspora knowledge networks: vanishing doubts and increasing evidence. *International Journal on Multicultural Societies*. Vol. 8. n. 1, pp. 4-24.
- ALAMINOS, Antonio Chica; SANTACREU, Óscar Fernández. (2011). "La interacción cultural y social en las migraciones intraeuropeas". *Migraciones*. N. 30, pp.13-42.
- ALBA, Richard & NEE, Victor. (1997). Rethinking assimilation theory for a new Era of immigration. *International Migration Review*, Vol. 31, n. 4, pp. 826-74.
- ALOUIS, Myriam Hachimi. (2014). Intégration et lien de cytoyenneté. Le cas du contrat d'accueil et d'intégration. In PAUGAM, Serge. *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris: PUF, pp. 429-444.
- ALMEIDA, Paulo. (2012). La política de migraciones brasileña y la migración haitiana a Brasil. In *Migration Policy Practice* oct-nov. Genebra: OIM.

¹³ Lembre-se, porém, que este comportamento profissional também é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

- ANÇÃ, Maria Helena. (2004). À volta da língua de acolhimento. *Encontro Regional da Associação Portuguesa de Linguística*, Setúbal.
- BANTING, Keith & KLIMCKA, Will. (2006). *Multiculturalism and Welfare State. Recognition and Redistribution in Contemporary Democracies*. Oxford: Oxford Press University.
- BOURDIEU, Pierre. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de Trois Études d'Éthnologie Kabyle*. Genève: Librairie Droz.
- _____. (1994). *Raisons pratiques*. Sur la théorie de l'action. Paris: Éditions du Seuil.
- _____. (2015). *Sociologie Générale. Les concepts élémentaires de la sociologie. 1. Habitus – Champ*. Cours au Collège de France (1981-1983). Edition établie par Patrick Champagne, Julien Duval, Franck Poupeau et Maris-Christine Rivière. Paris: Raisons d'Agir/Seuil.
- _____. (2016). *Sociologie Générale. Les concepts élémentaires de la sociologie. 2. Capital*. Cours au Collège de France (1983-1986). Edition établie par Patrick Champagne, Julien Duval, Franck Poupeau et Maris-Christine Rivière. Paris: Raisons d'Agir/Seuil.
- BOZON, Michel & HÉRAN, François. (2006). *La formation du couple*. Paris: La Découverte.
- CABETE, Marta. (2010). *O Processo de Ensino-Aprendizagem do Português enquanto Língua de Acolhimento*. Dissertação (Mestrado em Língua e Cultura Portuguesa). Universidade de Lisboa.
- COHEN, James. (1999). In DEWITTE, Philippe. *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte, pp. 32-42.
- DEWITTE, Philippe. (1999). *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte.
- DOYTCHEVA, Milena. (2011). *Le Multiculturalisme*. Paris: La Découverte. Collc. Repères.
- GLAZER, Nathan & Moynihan, Daniel. (1970). *Beyond the melting pot: the negroes, Puerto Ricans, Jews, Italians and Irish of New York City*. Massachusetts: MIT Press, 2ª ed.
- GOMBATA, Marsílea. (2016). *Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- GORDON, Milton (1964). *Assimilation in America Life*. New York: Oxford University Press.
- GREEN, Nancy. (2009). Tempo e estudo da Assimilação. *Antropolítica. Revista Contemporânea de Antropologia*. Dossiê Estudos de imigração (org. por Márcio de Oliveira e Jair de Souza Ramos). N. 25, pp.23-47.
- HAMMAR, Thomas; LITHMAN, Y. (1987). The integration of migrants, experientes, concepts and policies. In *The future of migration*. Paris: OCDE, pp. 234-56.
- IBAÑEZ ANGULO, Monica. (2009). Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*. N. 84, pp. 105-152.
- KHELLIL, Mohand. (2008). *Sociologie de l'intégration*. Paris: Puf, 2ª ed.
- KLIMCKA, Will. (2001). *La citoyenneté multiculturelle*. Paris/Montréal: La Découverte/ Ed du Boréal.
- MORENO, Luiza & VEDOCATO, Luís. (2015). Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*. Vol. 1, n 1. Disponível em <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/50>. Acessado em 10 de setembro de 2017.
- OLIVEIRA, Márcio de. (2016b). Immigrants Haitiens au Brésil: du multiculturalisme à l'oeuvre? *Revista de Ciências Humanas y Sociales. Al Irfan*, Instituto de Estudios Hispano-Lusos, Universidade Mohammed V de Rabat. N. 2, pp. 73-89.
- OLIVEIRA, Márcio de; KULAITIS, Fernando. (2017). Habitus imigrante e capital de mobilidade: A teoria de Pierre Bourdieu aplicada aos estudos migratórios. *Revista Mediações*, VoL. 22, n 1, pp. 15-47.

- PAUGAM, Serge (1996). *L'exclusion, l'état de savoir*. Paris: La Découverte.
- _____. (2014). *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris: PUF.
- PEIXOTO, João (2004). As teorias explicativas das migrações: teorias micro e macro sociológicas. *SOCIUS Working Papers*, ISEG. N. 11.
- _____. (2012). O problema da integração. *Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Vol. XXIV, pp. 55-87.
- PONTIEUX, Sohie. (2006). *Le Capital Social*. Paris: La Découverte. Coll. Répères.
- _____. (1981). Modes of structural incorporation and present theories of labor immigration. In KRITZ, Mary M. t al. (Ed.). *Global Trends in Migration - Theory and Research on International Population Movements*. New York: Center for Migration Studies, pp. 279-297
- _____. (1995). Economic sociology and the sociology of immigration: a conceptual overview. In: PORTES, Alejandro (Ed.). *The Economic Sociology of Immigration. Essays on Networks, Ethnicity and Entrepreneurship*. New York: Russel Sage Foundation, pp. 1-41.
- PORTES, Alejandro & RUMBAUT, Rubén (2001). *Legacies: the story of immigrant second generation*. Berkeley: University of California Press/Russel Sage Foundation.
- PORTES, Alejandro et al. (2008). Filhos de imigrantes nos EUA hoje. *Tempo Social*. Vol. 20, pp.13-50.
- SAYAD, Abdelmalek. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Éditions du Seuil.
- _____. (2006). *L'immigration ou les paradoxes de l'alterité. L'illusion du provisoire*. Paris: Éditions Raisons d'Agir. Vol. 1.
- SCHNAPPER, Dominique (2007). *Qu'est-ce l'intégration*. Paris; Gallimard.
- SCHOORL, Jeannette. (2005). Information needs on stocks of migrants for research on integration. *UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics*. Working Paper. N. 5. Rev. 1.
- SIMON, Patrick (1999). L'immigration et l'intégration dans les sciences sociales en France depuis 1945. In DEWITTE, Philippe (sous la dir.). *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte, pp. 82-95.
- SOARES, Weber. (2004). Análise de redes e os fundamentos teóricos da migração internacional. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Vol. 21, n.1, pp.101-116.
- STARK, Oded. (1991). *The Migration of Labour*. New York: Cambridge University Press.
- TODD, Emmanuel (1994). *Le destin des immigrés. Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales*. Paris: Éditions du Seuil.
- WARD, Colleen (2001). The A, B, Cs of acculturation. In MATSUMOTO, David. (Ed. by). *The Handbook of Culture and Psychology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 411-446.
- WHO s/d. http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/-http://www.who.int/hrh/workforce1_es.pdf?ua=1
- WIEVIORKA, Michel. (2008). Intégration, un concept en difficulté. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. Vol. 2, n. 125, pp. 221-240.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VI

INTERAÇÃO SOCIAL, INSERÇÃO COMUNITÁRIA E INTERAÇÃO SÓCIO-CULTURAL DOS MÉDICOS CUBANOS NO INTERIOR E EM ÁREAS QUILOMBOLAS DO BRASIL

Fanor Julian Solano Cardenas¹

Introdução

Neste capítulo se descrevem e se analisam formas de inserção comunitária e interação social dos médicos cubanos, intercambistas do PMM no Brasil, com foco especial nos profissionais que trabalharam em pequenas comunidades do interior e também nas chamadas comunidades quilombolas², buscando estabelecer como foi seu processo de interação sociocultural. Trata-se de conhecer, a partir das próprias narrativas, significados e experiência dos referidos médicos, como foi sua dinâmica de inserção, participação, adaptação e ajuste à nova realidade social. O processo de interação sociocultural se analisa a partir de três espaços sócio simbólicos: campo profissional, campo cultural e campo sócio comunitário.

Nos estudos migratórios, o tema da interação tem uma longa tradição, na medida que todo deslocamento obriga as pessoas a se confrontar com os novos universos sociais, culturais e institucionais, nos quais, de qualquer forma, deve participar e tornar-se parte. De acordo com Pires (1999), o conceito de interação tem sido usado na literatura sociológica, no plano micro, para conhecer “como os atores são incorporados num espaço social comum” e no plano macro, “o modo como são compatibilizados diferentes subsistemas sociais” (PIRES, 1999: 9). A perspectiva de Herrera (1994), também foi aqui utilizada para explorar “a interação das práticas individuais dos sujeitos e das medidas tomadas ao mesmo tempo pelo país receptor e de partida” (p. 75).

No contexto migratório a interação se refere ao processo por meio do qual os imigrantes se convertem em parte do tecido social, cultural e institucional da sociedade receptora (SCHOORL, 2005). Neste sentido é um

¹ Doutorando em Estudos Latino-Americanos no Departamento de Estudos Latino-Americanos (ELA) na Universidade de Brasília (UnB).

² O termo população quilombola, no Brasil, diz respeito aos habitantes de Quilombos, considerado fenômeno típico das Américas. No período da escravidão, este termo se referia a escravos africanos e afrodescendentes que fugiram dos engenhos de cana-de-açúcar, fazendas e pequenas propriedades para formar pequenos vilarejos chamados *quilombos*, originária do idioma africano quimbundo, que significa “sociedade formada por jovens guerreiros que pertenciam a grupos étnicos desenraizados de suas comunidades”. Contemporaneamente se refere aos descendentes desses escravos, que ainda vivem em comunidades rurais, suburbanas ou urbanas, caracterizadas pela agricultura de subsistência e por manifestações culturais que têm forte vínculo com o passado africano. Mais de duas mil dessas comunidades estão espalhadas pelo território brasileiro e se mantêm vivas e atuantes, lutando pelo direito de propriedade de suas terras consagrado pela Constituição Federal desde 1988. Elas estão presentes nos estados brasileiros de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Bahia, Maranhão, Amapá, Mato Grosso do Sul, Goiás, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

processo recíproco, multidimensional e de dupla mão, no qual participam de modo ativo tanto os imigrantes como os diferentes atores da sociedade receptora e suas instituições (IBÁÑEZ, 2009).

Os estudos clássicos têm analisado habitualmente o processo de interação social a partir da segunda ou terceira geração de imigrantes, tendo como objetivo estabelecer como ocorreu a inserção social destes nas sociedades receptoras (HAMMAR & LITHMAN, 1989; PORTES & RUMBAUT, 2001; FELDMAN, 2009; FREEMAN, 1986; BOSSWICK & HECKMANN, 2006). A experiência dos médicos cubanos revela, entretanto, que não seria este um caso típico de interação social de longo prazo, no qual os indivíduos vivenciam ou são submetidos a processos de assimilação/aculturação ou interação binacional depois de morar várias décadas nas sociedades receptoras (HOFSTEDE, 2003; ZARZA & SOBRINO, 2007; ALAMINOS & SANTACREU, 2011; Berry, 2003).

Os médicos cubanos não são uma população imigrante no sentido clássico do termo, sendo classificados como intercambistas, residindo no Brasil no âmbito de uma migração temporal e regida por contratos de trabalho previamente estabelecidos. Isso exige analisar a vivência e a participação deste grupo a partir de um esquema diferenciado, levando em consideração que, pela natureza do seu trabalho e sua formação médica, tais profissionais deveriam se inserir na vida social de forma rápida, ampla e intensa, em especial, nas relações comunitárias e no contexto sociocultural. Como já referido antes, a inserção dos médicos cubanos na sociedade brasileira ultrapassou a relação profissional médico-paciente e as atividades laborais, pois os mesmos conseguiram estabelecer novas formas de sociabilidade e laços sociais, dentro de um processo dinâmico e intenso de interação na vida comunitária.

Neste capítulo estão descritos os resultados do processo de interação sociocultural dos médicos cubanos em comunidades do interior do Brasil e em áreas quilombolas, de forma articulada a três dimensões sociais. Na primeira parte descrevem-se as relações sócio-profissionais estabelecidas entre os médicos cubanos e os membros da equipe de saúde composta por enfermeiras, técnicos e médicos brasileiros.

A segunda parte está centrada em uma dimensão mais simbólica da interação social relacionada com a apropriação das expressões culturais, a participação em festejos e festas tradicionais do Brasil e o diálogo como as práticas médicas das comunidades negras e urbano-periféricas. A última parte analisa a interação sócio-comunitária, com destaque para a construção de laços de amizade e relações afetivas, relações com a vizinhança, uso do tempo livre e o sentimento de interação propriamente dito.

Foram 17 médicos entrevistados, oito homens e nove mulheres, que trabalhavam em quatro estados do Brasil onde existem comunidades quilombolas: Maranhão, Bahia, Goiás e Mato Grosso. As idades dos entrevistados variaram entre 34 e 52 anos, com formação em medicina geral integral e outras especialidades. Também tinham experiência de cooperação médica internacional em países da América do Sul, Ásia, Centro América e África.

Foram visitadas 13 localidades: duas capitais de estado (São Luís e Goiânia) e 11 municípios interioranos (Brazabantes, Cavalcante e Britânia- Goiás; Juscimeira-Mato Grosso; Vitória da Conquista, Malhada, Santa Maria da Vitória, Ibotirama e Jequié-Bahia; Alcântara e Itapecuru Mirim-Maranhão).

Os médicos entrevistados foram escolhidos, inicialmente, em função de uma matriz tipológica com foco na região e estado onde trabalhavam. Em segunda instância, foram consideradas duas variáveis de diferencia-

ção social, sexo e estado civil, como possíveis chaves para conhecer experiências realmente diferenciadas. Em terceiro lugar, foi considerada a disponibilidade dos profissionais, sendo a comunicação mediada pelos assessores estaduais. A maior parte das entrevistas foi realizada nos locais de trabalho e ao final da jornada de atenção.

Relações socioprofissionais: fraternidade, acolhimento, encontros e desencontros no espaço profissional

Um dos principais cenários de interação e participação dos médicos cubanos na sociedade brasileira foi o espaço de trabalho. Diferente de outros coletivos, os médicos chegaram ao Brasil no âmbito de uma migração temporal, com vínculo empregatício por três anos, prorrogável por igual período. Esta situação permitiu que estes se vinculassem rapidamente ao mercado de trabalho em condições muito favoráveis, alcançando dessa forma um dos objetivos principais de todo migrante: garantir suas condições materiais de existência. Além disso, os médicos eram efetivamente aguardados nas unidades de atenção primária, onde cumpriram etapa de treinamento prático e “real” em relação ao funcionamento das mesmas. Nesse processo os médicos também começaram a aperfeiçoar o português formal que aprenderam em Cuba e mesmo no Brasil, captando as diferenças em relação à linguagem usada pela população em sua vida cotidiana.

No espaço de trabalho os médicos fizeram amizades e puderam integrar na cultura brasileira, para muitos enigmática e só conhecida através das novelas retransmitidas em sua terra, como também por meio do futebol. Assim, pode-se afirmar que o processo de inserção e imersão social dos profissionais cubanos na sociedade brasileira esteve fortemente marcado pelas interações sociais e vínculos que construíram através da sua participação no mundo laboral.

O espaço de trabalho, porém, constituiu um microcosmos social específico, onde apareceram tanto a fraternidade, o acolhimento e a parceria profissional, como as rejeições, preconceitos e rivalidades ancoradas na identidade nacional e profissional, dentro do que Bourdieu (1979) chamou de *habitus de classe*. Assim, encontros e desencontros, no âmbito laboral e pessoal, marcaram a passagem dos médicos cubanos pelas unidades de saúde onde prestaram serviço. As diferenças não estavam centradas na novidade de serem “pessoal novo”, mas sim com o incômodo, por parte de alguns profissionais, de terem que interagir com outro sistema de ideias, outra visão de sociedade, outra noção de medicina, outro modelo de saúde e mesmo com a preocupação de “deixar os médicos brasileiros sem emprego”, como era comum escutar nas falas de alguns médicos brasileiros e de políticos, bem como nos comentários da mídia e das pessoas comuns. A rejeição dos médicos cubanos esteve relacionada a um jogo de poderes no campo saúde entre agentes públicos e privados que operam o SUS.

Como ponto de referência, é importante lembrar que os médicos cubanos começaram seu trabalho em alguns lugares sob um ambiente hostil e desfavorável, por conta da rejeição que receberam das corporações médicas brasileiras quando se informou que os cubanos iriam se incorporar ao Sistema Único de Saúde, mesmo com foco restrito a áreas indígenas, comunidades quilombolas e áreas urbanas periféricas (BEZERRA, 2016).

As tensões certamente derivavam dos desafios do Programa Mais Médicos apresentava em relação ao modelo liberal e privatista na área da saúde (CEBES, 1984; CAMPOS, 2007; PAIM, 2013), que vinha sendo implantado no Brasil ao longo de muitas décadas, aspecto agravado pelo fato de que diferentes países da região

passaram por uma série de reformas estruturais, no período final do século XX, que acarretaram grandes cortes no gasto público, entre eles, no setor saúde (SANTOS, 2002; DIAS DO SANTOS, 2014; PRECIADO, 2014; AHUMADA, 1995; SARMIENTO, 1998).

Como afirmam CAMPOS (2007) e PAIM (2013), o SUS funciona em meio das contradições e limitações de articular os princípios do Estado de Bem-Estar e os fundamentos do estado liberal, exemplificados nos grandes investimentos privados e subsídios estatais aos seguros de saúde. Embora o Estado brasileiro reconheça a saúde como um direito da cidadania a ser garantido para todos no território nacional, o SUS não confronta a estrutura híbrida público-privada, pois o Estado tem se transformado num comprador ou prestador de subsídios a instituições produtoras de serviços, configurando um modelo assistencial que aponta para a privatização (PAIM, 2008).

O PMM foi criado como parte de uma estratégia para fortalecer a saúde pública e garantir os direitos sociais das populações mais pobres do Brasil que, historicamente, têm tido grandes dificuldades para acessar os serviços do SUS. Em muitas áreas do Brasil havia menos de um médico por cada mil habitantes e em algumas localidades nunca houve a presença de um médico do SUS. Para os habitantes desses municípios, o contato com o médico cubano foi o primeiro encontro com um médico em suas vidas, o que representou a possibilidade de tomarem conhecimento e consciência de serem portadores de doenças diversas.

Inseridos nessa realidade, os médicos cubanos terminaram sendo alvo de lutas internas entre os agentes do Estado e as corporações médicas, cada um tentando impor seus interesses a partir de defesa de determinadas práticas no campo da saúde e de discursos midiáticos. Nesse cenário social de tensões e contradições, de encontros e desencontros entre forças públicas e privadas, é que os médicos do PMM chegaram a seus locais de trabalho. Assim, não só nas comunidades quilombolas, mas em outros locais, foi possível identificar se os profissionais cubanos estabeleceram relações próximas, fraternas e de parceria com os demais profissionais da equipe e com a comunidade.

Sim, todas as reuniões mensais são realizadas [...] sempre no final do mês. [para ver a] produtividade, estatísticas do mês. [Sempre se faz] um almoço quando não se está na unidade na casa de um agente comunitário ou de alguém da equipe. E fazem aniversários coletivos; em um mural, [anúncios de] aniversários são colocados (Federico, dois anos de PMM, Maranhão).

Eu tenho boas relações com todos os meus colegas de trabalho. Felizmente desde que cheguei tem sido bom. Com o coletivo, eu também dei confiança, se tivessem problemas poderiam me abordar, não apenas em saúde, qualquer problema. Tento participar das atividades que organizamos. Às vezes, pela unidade organizamos atividades entre nós, por exemplo, celebramos aniversários de todos. Todos nós participamos e eu lhes dei confiança para isso (Eduardo, dois anos no PMM, Mato Grosso)

Em alguns casos, não representativos do todo, a relação entre o médico cubano e a equipe de saúde, ao contrário da tranquilidade encontrada, esteve marcada por conflitos derivados da desarticulação e pelo de-

sentendimento acerca da forma como se deveria realizar o trabalho na atenção primária, especialmente no que diz respeito ao planejamento das visitas domiciliares:

Olha, como eu disse à agente de saúde, ela acostumada a uma [outra] coisa [...] ela sempre concordou, mas chegou uma hora que ela queria impor o trabalho. Sim, impor como seriam feitas, por exemplo, as visitas domiciliares ... e eu disse "com lógica, se eu visitei os mesmos pacientes quatro semanas atrás, estão com remédios e prescrições atualizados, não têm novas queixas, nenhuma urgência apareceu por que se deveria voltar em tão curto espaço de tempo?" E ela não entendia, fazia visitas apenas por fazer... [E eu disse] "Olha, eu estou aqui para fazer visitas, me fale de outros casos e vamos visitá-los" (Sonia, dois anos no PMM, Bahia).

Sabe-se que os médicos cubanos têm uma concepção da relação médico-paciente, da medicina e da saúde pública significativamente diferente daquela vigente no modelo liberal-privatista ou fármaco-curativo dos países onde a saúde não é direito garantido para todos (MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MONJE, 2014). Isso pode constituir um problema para a intervenção médica cubana em países nos quais as corporações médicas e mesmo os agentes individuais da saúde não têm abertura para novas práticas e ideias (FEINSILVER, 2008).

No caso aqui analisado observou-se que as relações de trabalho se sustentaram sobre a base de acordos e regras informais estabelecidas entre os médicos cubanos e sua equipe de saúde brasileira, baseados no respeito ao sistema de ideias que orienta cada sistema de saúde, tendo a cooperação como princípio básico. A atuação dos profissionais cubanos no Brasil encontra-se em consonância com os princípios que orientam a cooperação médica internacional por parte de Cuba, na qual se destaca o propósito de fortalecer as capacidades nacionais a partir da soma das potencialidades entre o país cooperante e o país receptor da ajuda (GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MARTÍNEZ REINOSA, 2008).

O ambiente de trabalho aqui é muito cordial, muito bom desde o início. Não tive nenhum problema a qualquer momento. [...] desde o início nos sentamos, conversamos sobre o sistema de saúde cubano, que é de um jeito; o sistema de saúde brasileiro é de outro [...] E como costumamos fazer em todos os países em que chegamos, não viemos para mudar nada, mas sim prestar ajuda. Vocês fazem isso de uma forma, nós nos adaptaremos ao que vocês fazem. Não mudaremos o sistema de trabalho (Pedro, dois anos no PMM, Bahia).

A construção deste tipo de regras foi fundamental na medida que se tratava não apenas da interação de profissionais de nacionalidades diferentes, mas sim de formas de trabalho e de concepções da saúde e doença notavelmente distintas. O Sistema Nacional de Saúde de Cuba, da mesma forma que seus programas de cooperação médica internacional, está fundamentado na promoção da saúde e na prevenção da doença, ou seja, é um sistema preventivo e curativo, que busca fortalecer a atenção primária como a base de toda a estrutura de saúde pública (SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONJE, 2014; FEINSILVER, 2008).

Ao contrário do acontecido com as equipes de saúde, as relações entre os médicos cubanos e os médicos brasileiros, em geral, foram mais distantes, conflitivas e marcadas pela rivalidade. Alguns profissionais cubanos manifestaram, inclusive, que as relações com seus colegas brasileiros foram meramente protocolares e até marcadas pela apatia, sem maior troca de saberes. Dessa forma, não foi alcançado de modo satisfatório um dos objetivos da Lei 12.871 que era promover o intercâmbio de conhecimento entre profissionais brasileiros e os médicos formados no exterior.

Trabalhei com quatro médicos em momentos diferentes. [...] com o único com quem tive relacionamento foi com o último [deles]. E é um relacionamento tipo "o que há, como é, tudo bem, eu não sei o que..." (Federico, dois anos no PMM, Maranhão).

As relações sócio-profissionais entre os médicos se fragmentaram desta forma devido às lutas induzidas pelas corporações médicas e por outras razões relacionadas com a representação social que os médicos brasileiros construíram a respeito dos médicos cubanos. Em poucos casos a distância se explicaria pelo fato de que o médico cubano era o único profissional que sempre estava no posto de saúde, enquanto alguns médicos brasileiros trabalhavam por tempo mais reduzido, o que pode ter impossibilitado o estabelecimento de laços fortes, consistentes e de longo prazo.

Sem dúvida, além de tais situações conjunturais e localizadas, na base desta diferença também estaria uma possível hierarquia estabelecida e construída pelos próprios médicos brasileiros, através da qual eles se viam como tendo status mais elevado do que os cubanos, por sua ascendência de classe e condições de vida. Isso, na perspectiva de Basabe, Zlobina & Paez (2004), parece indicar que as relações médicas estiveram medidas pelo status que o grupo nacional outorgou ao grupo estrangeiro. Também tiveram influência, certamente, os estigmas, preconceitos e representações que os médicos brasileiros tinham dos médicos cubanos. Deve ressaltar-se, porém, que em algumas localidades os médicos cubanos declararam ter boas relações e haver estabelecido trocas de saberes científicos com seus homólogos brasileiros:

Na unidade básica, sim, compartilhamos. E todos os meses fazemos uma reunião onde todos nós falamos de questões médicas. Com três médicos brasileiros que estão aqui [...] todos os meses e com um supervisor que também é brasileiro. Todos nos encontramos, quatro cubanos e três brasileiros e mais o supervisor brasileiro e falamos sobre questões de saúde, levantamos coisas para ver como resolver, falamos sobre medicina [...] compartilhamos experiências que cada um teve naquele mês. E ideias também. Temos até um grupo de WhatsApp [...] (Federico, dois anos no PMM, Maranhão).

Tendo como base esta situação, em alguns casos houve desqualificação dos médicos cubanos por parte de médicos brasileiros, no que tange ao saber específico, expressada através de questionamento e invalidação de seus diagnósticos e tratamentos, além da negação de referências para a realização de exames complementares e especializados. Um exemplo crítico de tal situação observou-se, especialmente, com os níveis mais especializados do sistema de saúde, com relações marcadas por tensão, conflito e até desqualificação, fato que teria até mesmo levado a situações de infortúnio, com a morte de pacientes. Tais dificuldades, todavia, podem não ser decorrentes diretamente da chegada dos médicos cubanos, nem seria própria das interações entre médicos nacionais e estrangeiros, mas pelo contrário refletiriam uma tendência de desarticulação

já existente entre os diferentes níveis do SUS no Brasil, que sem dúvida afeta seriamente a segurança dos pacientes.

Nós fazemos intercâmbio de [ações]. Quando ela [uma colega] vai atender um paciente que já foi cuidado por mim, ela me pergunta [sobre a situação]. Assim, como ela faz comigo, eu faço com ela também. Aqui não vi resistência por parte de qualquer um dos médicos. A maior resistência foi dos médicos do hospital. [...] E não foi porque eles falam direto comigo, mas pelo que têm falado os pacientes. Mas nem presto atenção, isso não me interessa, porque estou ciente do meu conhecimento. Meu estudo [...] foi real para ser médico. Na Venezuela falaram que a gente era como jardineiros, motoristas, todas essas coisas. Cuba não faz isso. Cuba envia só gente qualificada. Todos somos médicos, temos qualificação (Miguel, dois anos no PMM, Maranhão).

A parte operativa ainda tem dificuldades. [...] Eu diagnostiquei um câncer de cérebro em uma menina de 16 anos de idade e fiz todo o encaminhamento para outro médico que deveria atendê-la e em três meses a mãe veio e perguntei [pela menina] e ela disse-me “morreu”. Mas o que você quer dizer – eu falei – como ela morreu se eu mandei fazer uma ressonância magnética e marcar com um neurologista para descobrir se havia alguma chance de cirurgia? “Eu não consegui marcar...”. Isso nunca aconteceria em Cuba, porque lá, se o caso é meu, eu vou com ele para o hospital até ver ressonância feita e conversar com o doutor sobre a conduta (Darío, dois anos no PMM, Maranhão).

Levando em consideração a tendência central das relações sócio-profissionais, é razoável supor que os preconceitos e estigmas que os médicos brasileiros tinham sobre os médicos cubanos se atenuaram, mas não desapareceram. Esta situação acarretou certo distanciamento social e profissional que gerou tensão e conflito em vez de enriquecimento científico. Na perspectiva dos médicos cubanos, seus homólogos brasileiros se consideravam de melhor status em razão de sua maior capacidade aquisitiva, salário, inserção no sistema político e econômico, além da própria formação médica. Também se observou o estabelecimento de certa hierarquia sócio profissional em função da nacionalidade, que funcionou paralela à tradicional hierarquia existente entre especialidades médicas, com a medicina geral frequentemente possuindo status mais baixo e de menor reconhecimento entre as especialidades médicas.

Interação social e apropriação de expressões culturais: “morando numa cidade de novela” – formas de socialização com a cultura brasileira

Tanto as teorias clássicas que falam de assimilacionismo e multiculturalismo (GODENAU ET, AL, 2014; RETORTILLO, et al. 2006), como as teorias críticas mais recentes que falam de assimilação segmentada (PORTES, 1989), inserção desagregada (FREEMAN, 1986) e interação multicultural (BOSSWICK & HECKMANN, 2006), que em geral, analisam processos de interação de longo prazo, têm tentado estabelecer se o migrante perde, mantém ou enriquece sua identidade cultural/étnica a partir da convivência permanente nas sociedades de destino. Na perspectiva de Berry (2003), o contato do migrante com a cultura da sociedade receptora pode derivar em quatro possíveis formas de interação: assimilação, interação, segregação e marginalização:

A assimilação é o caso em que se responde negativamente ao desejo de manter a identidade cultural e afirmativamente ao contato intercultural. A interação é o caso em que se a resposta é positiva ao desejo de manter a identidade cultural e também afirmativamente ao contato intercultural. Esta estratégia está associada a uma identidade bi cultural. A segregação ocorre quando a manutenção da identidade cultural é afirmada, sendo negativa ao contato intercultural. A última estratégia é a da marginalização, que resulta na rejeição da identidade cultural de origem e também ao contato com a cultura anfitriã (Basabe, Zlobina & Paez).

A transformação ou afirmação da identidade cultural se dá como uma resposta adaptativa do migrante, tanto no nível psicológico como social, diante do processo de se inserir e participar da nova sociedade (ALAMINOS & SANTACREU, 2011). Assumir atitudes bi culturais é a estratégia que gera maior grau de adaptação, do ponto de vista psicológico, mas não é sempre aquela que os indivíduos escolhem (BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004). As teorias mencionadas, contudo, servem para analisar o processo de interação ao longo de várias décadas, conforme protagonizado pela segunda ou terceira geração de migrantes, mas não resultam muito adequadas para fazer uma leitura da situação de pessoas que estão inseridas no quadro de uma migração temporal ou de curto prazo, como é o caso dos médicos cubanos intercambistas. A situação institucional, social e psicológica em que se encontram estes profissionais não os obriga a escolher entre a cultura de origem e a cultura de destino, como acontece com as pessoas que vivem indefinidamente nas sociedades receptoras.

Assim, migrantes temporários, como os médicos cubanos, não podem ser colocados diante da dicotomia aculturação/interação, embora de forma diferente de outros grupamentos, sejam induzidos a participar de forma mais intensa nas sociedades de destino. Como alternativa, se sugere que o contato dos profissionais cubanos com a cultura brasileira pode ser interpretada a partir da interação na perspectiva clássica do termo, mas sim a partir dos níveis de interação e socialização que estes tiveram com os símbolos, signos, costumes, práticas, normas e valores do Brasil, um país-continente, cuja cultura não tem como ser homogeneizada, dadas as notórias diferenças encontradas entre suas regiões.

Para realizar esta tarefa, na presente pesquisa foi analisada a interação dos profissionais cubanos alocados nas comunidades quilombolas com a cultura brasileira, a partir de três grandes dimensões: 1) o consumo cultural; 2) a participação direta em festejos e celebrações tradicionais do Brasil e 3) o diálogo que os médicos estabeleceram com as medicinas tradicionais da população negra e as práticas de cura das comunidades mestiças urbanas periféricas. Partindo dos pressupostos apresentados, percebeu-se que os médicos cubanos interagiram de forma ampla e intensa com a cultura brasileira, sendo uma interação em graus diversificados, em função da expressão simbólica em questão e da área de residência do médico, o que tem a ver, por sua vez, com os laços sociais e as relações comunitárias existentes nessas áreas. As formas de interação também estiveram mediadas pelo grau de contato que os cubanos, como povo, tinham com a cultura brasileira, em outras palavras, com a distância ou a proximidade cultural entre o país de origem e o país de destino (SMITH & BOND, 1999; WARD, BOCHNER & FURNHAM, 2001; MOGHADDAM, TAYLOR & WRIGTH, 1993). Também tiveram um papel importante as características da cultura cubana e suas variações históricas.

Em relação à primeira dimensão, observou-se conhecimento e interação com algumas expressões culturais relacionadas com a música, o futebol, os programas de televisão, o jornal escrito e audiovisual e a gastronomia, mas foi pequeno o contato com a cultura escrita de ordem literária e acadêmica não relacionada com o saber médico. O consumo de tais expressões culturais apresentou variações relacionadas com as características da cultura cubana. Por exemplo, na ilha não se pratica futebol, esporte que historicamente não penetrou nos costumes recreativos locais, sendo o beisebol o esporte nacional com maior tradição. Portanto, muitos médicos cubanos não viam partidas de futebol e os que o faziam não seguiam com fervor o campeonato brasileiro. Alguns, inclusive, não conheciam as equipes do “Brasileirão”, mas sim equipes internacionais como o Real Madrid, o Barcelona, o Manchester United, entre outros, reconhecidos por seu prestígio a nível internacional.

Às vezes assisto a algumas partidas de futebol. Não sou muito de [assistir] jogos de campeonatos de província, em Cuba, a não ser quando minha província joga. Igual aqui quando no Brasil se disputa o campeonato nacional, tem que ter gosto por equipes específicas [...]. Eu gosto de ver mais o futebol internacional, quando o Brasil vai jogar com outro país (Eduardo, dois anos no PMM, Mato Grosso).

Outros tipos de consumo, como as novelas, também apresentaram variações relacionadas com o grau de introdução da cultura brasileira em Cuba. Há várias décadas as novelas brasileiras têm sido transmitidas na ilha e assim a maioria dos médicos afirmou que continuavam vendo tais atrações no Brasil, como parte de uma prática já incorporada. Em alguns casos o médico foi mesmo residir em uma dessas “cidades de novela”, ou seja, numa das localidades que tinham servido de cenário para as novelas brasileiras que se assistia em Cuba, o que gerou maior grau de empatia com essa modalidade de expressão cultural. Este fato é significativo no campo das discussões contemporâneas da interação cultural, porque mostra que as culturas não são fechadas e os migrantes não chegam às sociedades de destino como tabula rasa. Não é um problema de distância ou proximidade cultural, como afirmam Smith & Bond (1999) e também Ward, Bochner & Furnham (2001), mas sim de conhecimento e contato intercultural prévio, dentro de um contexto transnacional e globalizado, como é o caso da contemporaneidade. Os universos culturais que fazem contato podem ser diferentes, embora próximos, pelo fato de a circulação internacional de símbolos e conteúdos ser impulsionada pela abrangência transnacional das empresas do capitalismo audiovisual.

Por muito tempo as novelas brasileiras ocuparam um espaço importante na televisão cubana. As pessoas as veem muito lá, há muito tempo [...] Às vezes vejo o noticiário e vejo uma ou outra novela, quando tenho tempo, porque o treinamento que estamos fazendo exige tempo, então quando estou fazendo trabalhos [do curso] ligo a TV e vejo uma novela. Comecei a ver “Império”, que já estava passando há algum tempo e, quando saí de férias para Cuba, eles a finalizaram por aqui. Quando voltei, outra novela tinha começado. E então, quando voltei para Cuba, eles estavam dando o fim e então eu disse que não iria vê-lo, porque isso não me daria tempo para vê-la completamente. Agora assisto mais filmes e shows cubanos (Eduardo, dois anos no PMM, Mato Grosso).

No caso da música também se observou uma situação similar, pois alguns cantores, especialmente de bossa nova ou outros, como Roberto Carlos, já são escutados há algum tempo em Cuba. Assim, não foi difícil para os cubanos se abrirem para este tipo de música.

Outros gêneros como forró ou sertanejo não eram conhecidos pelos cubanos, o que não foi impedimento para entrarem em contato com esta expressão artística. O samba e o pagode também foram bem recebidos pelos médicos cubanos, por serem músicas amplamente conhecidas nos demais países da região e inclusive em outros continentes, a ponto de serem considerados gêneros emblemáticos da cultura brasileira. Este é um fato interessante, na medida em que, pelas diferenças idiomáticas, as músicas em língua portuguesa não circulam muito no mundo hispano-falante e vice-versa. Também não deixa de ser notável que as músicas brasileiras que os cubanos mais conhecem são expressões artísticas de classes médias altas, com maior capacidade de difusão internacional.

As diferenças entre as músicas escutadas no exterior e variedade de músicas escutadas no interior do Brasil revela, como assinala Portes (1989), que as sociedades onde se inserem as pessoas não são homogêneas, senão segmentadas e diversas. Ignorar essa realidade é um viés que possuem os modelos e políticas assimilacionistas, ao partir do pressuposto de que as sociedades receptoras são culturalmente homogêneas e, portanto, a tarefa do migrante é a de adotar as formas de vida e costumes da cultura majoritária (GODENAU et al, 2014; RETORTILLO, et al. 2006). Reconhecendo que os migrantes chegam às sociedades diferentes da sua, destaca-se a abertura do cubano, fato que sem dúvida facilitou a interação com a multiplicidade da música brasileira, em especial aquela preferida nas camadas populares, que não são muito difundidas nos países da região, atitude necessária para participar de festejos e celebrações, como discutido mais adiante.

Eu ouço muita música antiga, de Reginaldo Rossi, Roberta Miranda, Aguinaldo Timóteo, mas também ouço Alexandre Pires, Roberto Carlos, José Augusto. O resto das pessoas não. E todos esses que estão aparecendo: Luan Santana [...] Luciano Camargo. De forró não gosto muito [mas] ouço o Aviões do Forró um pouquinho. Aqui vejo muitos programas de TV. daqueles participativos, Caldeirão do Huck, Faustão, Silvio Santos, Eliana, Roberto Caprini[...] (Darío, dois anos no PMM, Maranhão).

Em relação à gastronomia, a maioria dos médicos que trabalham nas comunidades quilombolas manifestaram que as diferenças entre a culinária do Brasil e Cuba eram poucas, o que levava a não terem dificuldade em manter seus hábitos de alimentação. Somente alguns apontaram desconforto com alguns alimentos como o piqui, não conhecido na ilha, ou com as farinhas, conhecidas, mas não muito consumidas na região do Caribe. Aqueles que não tiveram muita empatia com a comida brasileira optaram, como estratégia, por preparar os alimentos em casa e com isso ainda economizavam dinheiro. Tal prática foi observada sobretudo entre aqueles que decidiram viver em companhia de outros, pois oferecia maior eficiência na realização das tarefas do lar, além de economia doméstica. A menor distancia cultural, identificada como fator facilitador de interação social (SMITH & BOND, 1999; WARD, BOCHNER & FURNHAM, 2001), evidenciada nos consumos alimentícios do Brasil e Cuba, facilitou o processo de adaptação dos médicos às comidas do novo entorno. Produtos similares com formas de preparo similares são atribuídos pelos entrevistados à influência da culinária e cultura africana em ambos países.

Eu não gosto de farinha, mas de tudo [o mais] eu gosto. O sabor é muito semelhante ao de Cuba. A única diferença é a farinha, a farofa, essas coisas. Só que, em Cuba, você não come isso, mas come, por exemplo, arroz, feijão, carnes em suas variedades. A mesma coisa. E o mesmo gosto (Enrique, dois anos no PMM, Maranhão).

Participar da cultura do país de destino é um tema complexo na medida em que não se trata somente de realizar algum tipo de prática, mas sim entrar em contato e aceitar um novo universo simbólico e cultural, com seus significados, signos, idiosincrasias, imaginários sociais e representações. Estar aberto a uma nova cultura implica colocar em tensão a sua própria identidade cultural, porque o indivíduo migrante deve adequar seu estilo de viver aos novos costumes, valores, regras e tradições da cultura receptora (ALAMINOS & SANTACREU, 2011; BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004). Embora muitos dos médicos assistissem televisão brasileira e o torneio de futebol “Brasileirão,” escutassem canções típicas do país, lessem jornais nacionais, eles continuaram reproduzindo os gostos e práticas culturais cubanas. Assim pode-se dizer que a inserção dos cubanos na cultura brasileira não colocou em tensão sua identidade étnica nem exigiu um processo de aculturação/assimilação no sentido clássico do termo (HOFSTEDE, 2003; BERRY, 2003; GODENAU et al, 2014; RETORTILLO, et al. 2006).

Os médicos que trabalharam nas zonas rurais e pequenos centros urbanos conheceram e participaram das festas tradicionais do Brasil, o que facilitou sua socialização com a cultura nacional e a interação com as comunidades em que atendiam, sendo elas os atores principais de tais festejos. Alguns médicos chegaram, inclusive, a assumir a participação nas festas típicas do Brasil como parte de seus costumes e assim planejavam suas atividades durante o ano, encarando a possibilidade de poder participar de todos os eventos. Tal participação foi mais clara nos casos em que os profissionais cubanos passaram o Natal e Ano Novo no Brasil e naqueles em que estabeleceram laços afetivos com cidadãos brasileiros. Foi evidenciado que alguns médicos chegaram a conhecer em detalhes os rituais e significados das festas tradicionais não só porque participam habitualmente destas, mas também porque conseguiram assumir papel protagonista nas mesmas.

Vale salientar que foi a comunidade que atribuiu tal protagonismo aos médicos, como possível forma de expressar reconhecimento pelo trabalho realizado. Sem dúvida, a participação nas festas tradicionais levou os médicos a interagir de forma mais profunda e intensa com a cultura brasileira. Através dessa interação cultural os profissionais cubanos foram integrados no tecido social das comunidades onde trabalhavam, penetrando assim nas fibras mais finas da cultura. Em contraste, os profissionais que atenderam a população nas zonas urbanas periféricas de grandes conglomerados urbanos não chegaram a ter tanta proximidade com as festas tradicionais brasileiras. A distância social observada neste caso se deu, por um lado, porque nas cidades com maior densidade populacional não se atribui o mesmo valor aos festejos, e por outro lado, porque os médicos não tinham a mesma facilidade para participar desses eventos, seja por razões logísticas ou financeiras. Assim, as características físicas, sociais e culturais do local de residência repercutiram nas chances de participação e proximidade dos médicos com a cultura nacional. Por sua vez, essa questão facilitou ou obstaculizou a densidade das relações e interações dos médicos com as comunidades que atendiam.

As festividades do Divino acabam de acontecer. [...] Vão de sexta-feira, sábado, domingo até segunda-feira. E eles esperam por essas festas porque acontecem uma vez por ano e é a maior diversão que têm. Eles esperam pela gente com muito amor.

Todos se preparando para essas festas. Eu tenho um vídeo [mostrando isso]. [...] Eu já tinha participado no ano passado, mas apenas um pouco; para este ano eu tive um pouco mais de tempo para ver como acontece. Foi a melhor coisa. Nós provamos da comida, divina! Então, enquanto isso está acontecendo por aqui, as pessoas passam [...] e pegam a comida (Rosário, dois anos no PMM, Bahia).

Bem, aqui eles têm várias festas por ano. Vamos começar com as festas do final do ano [nas quais] há sempre um show [...] carnaval, festa, show, música eletrônica. Então vem a Semana Santa, que é mais ou menos a mesma, a mesma festa, com show, muitos turistas. Daí vem a festa do produtor rural, com procissão típica da região, cavalgada. Uma celebração [...] vêm as pessoas de todas as fazendas da região; uma exposição de gado é feita. Então vem a temporada, que é o mês inteiro de julho, que geralmente tem shows. A partir daí a temporada termina, e em setembro vem a Festa do Peão, a mais importante da região. Eu participo de tudo, absolutamente tudo. Primeiro com os meus amigos e às vezes eu sou convidada pelo Prefeito. Como é pequena a cidade, somos convidados e para eles, como nos dizem, é uma honra estarmos participando nesses festivais (Mable, dois anos no PMM, Goiás).

Finalmente, os médicos cubanos tiveram contato e interagiram com práticas e conhecimentos médicos tradicionais, tanto da população negra, como das comunidades mestiças, comuns no Brasil. Não foi um encontro inesperado e incômodo, pois a medicina cubana há muito tempo tem considerado o uso da medicina natural ou tradicional em seus tratamentos como um exercício de valorização da sabedoria ancestral. Em Cuba se trabalha a partir do enfoque da interculturalidade para agir de forma integral na promoção da saúde, mediante um modelo de prática médica que mistura os conhecimentos da medicina alopática convencional com a herança africana e a acupuntura da China (MONJE, 2014). O uso das medicinas não convencionais está regulamentado em Cuba desde 1995 quando se criou a Comissão Nacional de Medicina Natural e Tradicional (MNT), impulsionando em todo o país uma rede serviços e centros de MNT. Em 1997, o Estado cubano também criou um programa nacional para o desenvolvimento e generalização das MNT, compreendendo também a formação e a capacitação de recursos humanos (Monje, 2014: 22).

Tal perspectiva mais holística permitiu aos profissionais cubanos estabelecer um diálogo horizontal e livre de preconceitos com as medicinas e práticas de cura tradicionais das comunidades, pertencentes a diferentes níveis de abordagem e guardando relação com elementos diversos da cultura brasileira.

Em primeiro lugar, estão as medicinas tradicionais ligadas ao saber indígena e à utilização de plantas como instrumento para equilibrar o estado de saúde das pessoas, situação em que não houve muita dificuldade porque, ainda que os médicos de Cuba não conhecessem algumas das plantas utilizadas pelos indígenas no Brasil, já estavam sensibilizados para o uso destas como parte dos tratamentos médicos. Alguns desses médicos afirmaram, inclusive, que já possuíam formação especializada em medicina homeopática em Cuba e que com frequência formulavam medicamentos naturais para seus pacientes, entre outras razões, porque as plantas se ajustam perfeitamente ao modelo baseado na prevenção.

Em segundo lugar estão as práticas das comunidades negras, especialmente os conhecimentos vinculados aos cultos africanos. Neste caso, as plantas não tinham a mesma importância, ainda que sejam utilizadas, prevalecendo as rezas e a adoração de imagens como elemento base para se obter a cura das doenças.

Os espíritos e todas essas coisas [...]também fazem parte da cultura. Com orações, eles poderiam diminuir a pressão, ou algo assim. Na comunidade temos, como um candomblé espírita, uma senhora na cidade, que reza, remove mau olhado, essas coisas... Rezam, e usam folhas e tal [...] mas não sei o nome. Mas ela mesmo envia os pacientes para o Posto (Rosário, dois anos no PMM, Bahia).

Lá, como atendo a quatro áreas diferentes, próximas, mas diferentes, havia mais de um [curador tradicional] em cada área, há sempre uma pessoa que se dedica a fazer este tipo de oração e cura e também na minha comunidade há muita fé também na igreja, muitas pessoas com doenças se tratam rezando e indo à Igreja. [os curandeiros] dizem que são católicos, mas há também candomblé, mas todos eles frequentam a igreja à sua maneira (Stella, dois anos no PMM, Bahia).

Interação social e apropriações culturais (formação de laços sociais, solidão e interação funcional)

Os estudos clássicos de interação no contexto migratório têm considerado a construção de laços e redes de amizade ao longo da experiência migratória como um dos fatores mais importantes para alcançar inserção social propriamente dita, na medida em que facilita a participação e conhecimento da cultura nacional e o desenvolvimento da competência linguística e intercultural (PADILLA, 1980; ALAMINOS E SANTACREU, 2011).

Quando o migrante está isolado na sociedade receptora, tem mais dificuldade para ampliar seu círculo de relações sociais e participar em espaços diversos. A solidão também incrementa o sentimento de nostalgia ou saudade do país de origem, o que impossibilita o processo de adaptação psicológica e social do migrante (BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004; WARD, 1996). No caso dos médicos cubanos, houve facilidade para criar redes de amizade pelo fato de que, à diferença de outros coletivos de migrantes, seu trabalho consistia em interagir com pessoas todo o tempo e de forma íntima e profunda.

Assim, como a medicina geral integral de Cuba adota um enfoque biopsicossocial, os médicos cubanos terminaram criando uma relação estreita com seus pacientes e com as comunidades nas quais estes moram.

Os laços de amizade construídos pelos profissionais cubanos que trabalharam nas áreas quilombolas foram diversos. Em primeiro lugar, os médicos cubanos fortaleceram e ampliaram os vínculos com seus colegas da mesma nacionalidade. Em segundo lugar, criaram uma relação de amizade relativamente forte com técnicos, enfermeiras e outros funcionários que trabalhavam nas UBS

Por outro lado, foram fracas as relações com médicos brasileiros nas mesmas unidades. Conseguiram também estabelecer relações e fortes laços de amizade com membros das comunidades onde trabalharam, vínculos que merecem destaque particular, porque tal contato dos profissionais cubanos com as comunidades foi de tal forma intenso que alguns deles estabeleceram laços amorosos e afetivos com brasileiro(a)s, o que

demonstra por si só o nível de profundidade que alcançaram as interações em alguns casos. Os diferentes laços e redes sociais construídas facilitaram tanto a inserção e participação do médico na sociedade brasileira, quanto seu trabalho profissional nas localidades e comunidades do país.

O primeiro espaço que os médicos tiveram para interagir e criar laços de amizade foram os cursos de português, as palestras médicas e as oficinas sobre o funcionamento do SUS. Essas palestras foram organizadas pela OPAS/OMS no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, como estratégia para que profissionais cubanos se socializassem com o país, com a língua, com a realidade do sistema nacional de saúde e com as características epidemiológicas do Brasil.

Nesse espaço conheceram outros cubanos, com quem tiveram os primeiros contatos sociais. Este contato inicial, além de que foram enviados em grupos para certas localidades, criou as condições para que os profissionais cubanos constituíssem novas redes de amizade com seus compatriotas. Através dessas redes eles sem dúvida se apoiaram mutuamente e construíram uma rede de suporte emocional.

Assim, a construção desses laços foi favorecida nos casos em que vários médicos cubanos decidiram viver juntos para reduzir gastos, para benefícios emocionais e empatia mútua ou ainda quando havia vários médicos na mesma cidade ou localidade, quando se articularam e fortaleceram suas redes na celebração de aniversários, festas nacionais cubanas, festas de final de ano ou atividades cotidianas, como fazer compras ou passear pela cidade e atrações locais.

Os nichos de sociabilidade construídos por eles facilitaram que se divertissem e reproduzissem seus costumes e estilos de vida, constituindo também um mecanismo para reduzir ou atenuar a saudade que sentiam da terra natal. As interações dos médicos cubanos entre si fortaleceram a sua identidade étnico/cultural e sentido de pertencimento nacional.

Sem qualquer problema, tanto no município como fora do município, porque somos irmãos. Está tudo bem [...] nos damos muito bem. A dor de alguém é a dor de todos; quando temos um aniversário nos unimos, celebramos juntos. E as datas, acima de tudo as datas de Cuba, não esquecemos, por exemplo o 14 de fevereiro, Dia dos Namorados. Em 26 de julho, Dia da Rebelião, uma data muito importante em Cuba é celebrada entre nós. Dia das mães, dia das mulheres, sempre celebramos (Rosário, dois anos no PMM, Bahia).

Nos visitamos entre nós, os médicos cubanos. Aqui em Goiânia há 16 médicos cubanos, [os quais] visitamos, vamos à feira, às compras, ao cinema (Núbia, dois anos no PMM, Goiás).

Quando os cubanos chegaram às unidades de saúde onde estavam alocados encontraram um segundo núcleo de sociabilidade, composto por duas classes de atores sociais. De um lado, estavam os médicos, claramente no topo da pirâmide, e de outro os técnicos, enfermeiros, agentes comunitários e pessoal de limpeza, localizados em um nível mais baixo da estratificação sócio profissional. Os médicos brasileiros, como já foi dito, não viam os médicos cubanos como pares, pois achavam que estes eram uma espécie de médicos de segunda categoria, devido às características de sua formação. Como resultado, os níveis hierárquicos se

ampliaram ainda mais e levaram às relações diferenciadas em função da posição relativa dos profissionais brasileiros e cubanos na pirâmide social.

A estrutura de diferenciação social assim construída fez com que os vínculos entre os médicos cubanos e seus colegas brasileiros fossem fracos e suas interações tensas. Em certas localidades os médicos cubanos manifestaram ter relações cordiais com seus colegas brasileiros e mesmo terem construído laços de amizade, se destacando, entretanto, que isso foi mediado por interesses comuns, porém com relações superficiais e meramente instrumentais, limitadas basicamente ao espaço de trabalho. Não obstante, houve casos em que os médicos cubanos foram chamados, da parte dos médicos brasileiros e suas famílias, para participar de aniversários, casamentos ou saídas recreativas.

Por outro lado, houve a formação de laços sólidos com os membros de suas equipes de trabalho, similares aos estabelecidos com os membros de sua comunidade. Esta forma de relacionamento guarda estreita relação com o modo com que o médico cubano se auto percebe, ou seja, como uma pessoa do mesmo status social que um enfermeiro, faxineiro ou vigilante. O fato de ser médico não o coloca em status superior em relação aos membros de sua equipe de trabalho ou aos membros da comunidade. Tal percepção dos médicos cubanos deriva tanto dos princípios e valores que regulam as relações e interações sociais na sociedade onde vive (CAÑIZARES, 2016; SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010), bem como das características da cooperação médica internacional cubana (CABRERA, 2014; MONJE, 2014; ALVES SMC et al. 2017).

Quando chegamos aqui, nosso supervisor era um médico um cara muito legal. Mas não tivemos oportunidade de participar com ele em eventos familiares e tais coisas, mas a relação até hoje é boa. E Severino também é um outro médico muito legal, e aqui eu não tenho nada [de mal] a dizer sobre eles. Nada negativo (Stella, dois anos no PMM, Bahia).

Bom com os colegas de trabalho, no início estávamos todos solteiros, tínhamos chegado recentemente na cidade, todos praticamente ao mesmo tempo e então fizemos reuniões semanais na casa dos colegas de trabalho, todos solteiros, médicos, enfermeiros, farmacêutico, todos. Apenas dois deles se juntaram e o resto procurou relacionamento nem outra parte. Foi engraçado, porque um monte de casados ou namorados que chegaram aqui se separaram. Então todas as semanas ou a cada 15 dias programávamos uma reunião, mesmo que no final fosse para discutir problemas de trabalho (Mabel, dois anos no PMM, Goiás).

De todos os laços sociais, talvez o que foi construído com mais solidez e profundidade foi o estabelecido entre os médicos e os membros da comunidade em que atendiam. Ficou evidente a construção de relações de amizade fortes entre os médicos cubanos e as pessoas, materializadas na visita dos médicos às casas delas, além da participação em eventos como batizados, casamentos, aniversários e lazer. As redes de amizade construídas pelos médicos serviram como suporte emocional e social para eles, em especial naquelas áreas onde não contavam com apoio de outro médico cubano.

Eles me fazem convites para um almoço aqui, outro lá, e nós vamos, é claro. Muitos casamentos e me convidam para quase todos. Em nem todos posso ir. Mas se convidam... Vou a casamentos, a aniversários de crianças. Vou sim, como não? (Carmen, dois anos no PMM, Bahia).

Não aconteceu a mesma coisa com o meio de convivência imediato, ou seja, com as pessoas da vizinhança da Unidade de Saúde ou do bairro, o que teria favorecido muito o processo de integração dos cubanos na sociedade em geral. A relação com os vizinhos e membros do bairro, não foi destacada pelos profissionais cubanos que trabalharam nas comunidades quilombolas, pelo menos. Nos casos em que mencionaram essas relações, afirmaram que os contatos foram mais superficiais e distantes, em comparação com as experiências prévias em outros países e em Cuba. Os médicos atribuíram essa ausência de contatos aos valores e à idiosincrasia do povo brasileiro, que na percepção deles mantém relações diplomáticas e amáveis, porém superficiais com estrangeiros como eles.

Por exemplo, eu moro em um condomínio há dois anos e pouco e não conheço ninguém lá. Em Cuba não é assim. Lá você mora em um edifício e conhece todo mundo, todos se relacionando e se falando. Não aqui, às vezes passam de seu lado e cumprimentam, às vezes não. Cada um no seu pedacinho, trancado. Isso me choca. Eu nunca tinha me sentido tão triste como no país que é supostamente o mais alegre do mundo. [...] Em Cuba você está a três quarteirões de sua casa e se você perguntar por mim, as pessoas sabem quem eu sou, entende? É capaz de dizerem até o que comi no café da manhã, porque todos se conhecem. Então foi um impacto terrível. Você acaba encontrando uma pessoa aqui, você acaba fazendo sua vida com uma pessoa, mas não que você tenha se apaixonado pelo país ou pela cultura, pela convivência. [...] porque a cultura brasileira é muito linda, estou falando é da convivência com as pessoas. Você passa três anos morando em um lugar sem conhecer o vizinho da frente. Eu em três anos aqui posso contar com uma mão as casas que visitei (Miguel, dois anos no PMM, Maranhão).

Esta situação foi diferente nas pequenas localidades e áreas rurais, onde os vizinhos e membros dos bairros eram também pacientes, o que facilitou a construção de laços sociais e de amizade. No entanto, os profissionais que trabalharam em zonas rurais, mas viveram no centro urbano da localidade, não desenvolveram as mesmas relações vicinais, pois durante a semana trabalhavam com uma comunidade e no fim de semana moravam em outra. Assim, a fragmentação dos espaços de interação dificultou a consolidação de laços sociais fortes no entorno imediato do médico.

Alguns médicos foram além da criação de vínculos e redes sociais de amizade e optaram por estabelecer laços amorosos e afetivos com nativos. Esse foi o caso de dois dos 17 profissionais entrevistados nas comunidades quilombolas. Sem dúvida, essa foi uma forma importante de interação social, pois através da formação de laço afetivo o médico conseguiu aproximar-se um pouco mais da cultura brasileira, ampliou as redes e os laços de amizade e se integrou com as expressões culturais brasileiras. Chama a atenção o fato de que não necessariamente se estabeleceu vínculo amoroso com pessoa de mesmo nível profissional ou status social, confirmando a ideia de identidade social horizontal que o cubano compartilha, visão de mundo na qual todas as pessoas são iguais independentemente de sua profissão ou renda.

Essa forma de pensar se constituiu no seio de uma sociedade que, ao menos em sua proposta ideológica, promove a ideia de igualdade social e tenta limitar a criação de hierarquias sociais.

Conheci meu marido em uma viagem que fiz como turista a Barra do Garças, Mato Grosso. Eu o conheci lá e logo trocamos números de telefone e a relação começou a fluir. Ele trabalha de taxista e me acompanhou durante toda a viagem. Tem um ano que a gente se conhece e passamos a viver juntos há quatro meses (Mabel, dois anos no PMM, Goiás).

Em relação à participação dos médicos em grupos, coletivos e organizações da sociedade civil, os depoimentos indicaram baixo nível de inserção nestes espaços. Quase a totalidade dos cubanos se negou a frequentar cultos religiosos e todos eram proibidos de participar de organizações políticas. Alguns se inscreveram em centros de treinamento esportivo e outros se vincularam à organização de atividades culturais relacionadas com as festas tradicionais do Brasil. Alguns afirmaram que não participavam de grupos esportivos e culturais por razões como falta de tempo, temor pela situação de violência nos locais onde residiam, sedentarismo e problemas de saúde. No caso de participação em cultos religiosos, não o fizeram porque a mentalidade dos cubanos é de natureza secular, devido ao sistema social em que vivem e o nível educativo que têm.

Ele e eu estávamos caminhando. Nós caminhamos todos os dias por uma hora, às seis da tarde. [...]depois comecei com uma dor na perna, tive que avaliar com ortopedista, fiquei um pouco assustada. Ele continuou a fazer seus exercícios, mas fiquei um pouco preguiçosa [...] estamos fazendo dieta. Na verdade, quando voltamos do trabalho, a vida está um pouco mais sedentária (Rosário, dois anos no PMM, Bahia).

Eu nunca assisti um culto religioso ou algo assim. Assisti um casamento numa Igreja, mas foi uma vez só (Carmen, dois anos no PMM, Bahia).

Eu faço Academia, treino todos os dias depois que ele chegou [...] depende do cronograma e do dia [...] chegar em casa, descansar um pouco, diminuir o stress, organizar as coisas, adiantar a comida. Para a [Igreja] católica nem sempre (Mabel, 2 anos no PMM. Goiás).

Pode-se concluir sobre os laços e as interações socioculturais que os médicos cubanos perceberam que existem pontos de encontro entre a cultura brasileira e a cubana, facilitadores das relações sociais e do contato intercultural. Esses pontos de encontro têm origem na herança africana comum e no compartilhamento de certa *latinidade* formada a partir da mistura inter-étnica.

Nos termos de Smith e Bond (1999) e Ward, Bochner & Furnham (2001), a distância cultural entre ambas sociedades não seria muito grande. Porém, os médicos também perceberam que as interações entre o brasileiro e o cubano careciam de profundidade apesar de cordiais e amáveis. Eles não se sentiram excluídos, mas sentiram solidão em muitos momentos, pela superficialidade dessas interações sociais. Para amenizar tal sensação alguns decidiram viver com nativos brasileiros, porque assim passaram a ter suporte afetivo e emocional. Outros buscaram apoio em outros médicos cubanos, com os quais formaram uma rede de amizade e solidariedade mútua. A superficialidade das relações sociais pode ter influenciado na adaptação psico-

lógica (ALAMINOS & SANTACREU, 2011; MOGHADDAM, TAYLOR & WRIGTH, 1993) e no grau de satisfação (WARD, 1996) que os cubanos tiveram com a vida no Brasil.

Sim, totalmente solitária. E me perguntei muitas vezes o que fazia eu aqui (Mabel, 2 anos no PMM, Goiás).

Sim, muitas vezes. Em diferentes momentos durante todo este tempo me senti só, com desejos de voltar para Cuba (Enrique, dois anos no PMM, Médico Maranhão).

Não. Eu não me sentia sozinho, porque aqui somos nove cubanos no município. Sempre que alguém tem dificuldade, estamos presentes. Além disso, há brasileiros que oferecem ajuda incondicional, que nos deram seus números de telefone e mesmo disseram que em caso de qualquer dificuldade que podemos chamar, a qualquer momento [...] um deles era o motorista que trabalhava comigo. E mais algumas pessoas que se ofereceram tão incondicionalmente para qualquer ajuda e também a senhora de quem alugo [o apartamento], que está sempre atenta se já levantei, se saí, se o cadeado está fechado ou aberto, se há algum problema (Darío, dois anos no PMM, Maranhão).

Embora os médicos estivessem no Brasil em migração apenas temporária, alguns se sentiram integrados, embora considerassem que sua adaptação à sociedade brasileira esteve ligada a interesses específicos, instrumentais ou laborais. Em outras palavras, foi uma *interação funcional*. Eles se sentiram integrados enquanto participaram como profissionais de saúde e pagaram impostos sobre consumo, mas não porque sua cultura foi aceita e recriada no Brasil. Pode-se dizer que a orientação cultural do cubano é bi cultural nos termos definidos por Alaminos & Santacreu (2011), mas, sua estratégia de aculturação no Brasil foi do tipo definido por Berry (2003) como resposta afirmativa ao desejo de manter a identidade cultural e o contato intercultural.

Entretanto, dado o cenário apresentado, foi uma interação limitada que não colocou em questão a identidade étnica do cubano. As variações observadas no nível de interação guardam muita relação com o espaço geográfico de residência. Nos pequenos centros urbanos o médico participou das festas tradicionais, foi convidado a eventos familiares e saídas recreativas e foi reconhecido por toda a população, que o admirou e apreciou sua contribuição à sociedade.

Nas grandes cidades, por outro lado, imperou a impessoalidade dos contatos e os vínculos se estabeleceram por interesses específicos, o que levou os médicos a se sentirem virtualmente excluídos, ainda que os brasileiros não expressassem um desprezo explícito. Nessas cidades maiores os profissionais cubanos foram invisíveis socialmente e seu trabalho passou despercebido para uma população que não encontrou novidade na atenção médica. Além disto, é necessário dizer que houve casos de discriminação racial, pelo menos na região Nordeste.

Eu acho que sim, estou integrada como profissional pela participação que tenho aqui, com o meu trabalho, mas acho que não mais do que isso. As pessoas fazem uma contribuição para a sociedade brasileira por meio de impostos [...] nós somos e não somos, estamos fisicamente, virtualmente não somos nada, estamos aqui ape-

nas com um objetivo: melhorar a saúde do povo brasileiro e tentar oferecer bons cuidados médicos para eles (Stella, dois anos no PMM, Bahia).

Bem, você pode dizer que sim, embora eu não possa dizer que a interação é total pelos costumes, nós temos costumes diferente. Não me sinto excluído. Eu participo de muitas atividades sociais, a que me convidam alguns amigos, algumas famílias [...] eventos municipais, por exemplo, as feiras. Mas não posso dizer que estou integrado cem por cento na comunidade, não posso dizer que sou um brasileiro (Eduardo, dois anos no PMM, Mato Grosso).

Veja, eu não fui discriminado. Mas eu senti o peso da melanina. Eu senti. Fui a uma loja e o vigia imediatamente ficou atento em mim, nos meus movimentos [...] você percebe que é por isso, outra coisa não é. Eu senti... Não me manifestaram [diretamente], mas tenho notado (Enrique, dois anos no PMM, Maranhão).

Considerações Finais

O caso do coletivo de médicos intercambistas cubanos que vieram ao Brasil para apoiar a expansão do SUS em regiões específicas onde havia escassez de médicos é particular no contexto dos estudos migratórios. A situação dos profissionais da saúde de Cuba, que já contam com uma experiência de prestação internacional de serviços por mais de 50 anos ao redor do mundo, não pode ser lida a partir das teorias clássicas da migração internacional qualificada, porque as mesmas são limitadas e insuficientes para compreender os fluxos Sul-Sul no âmbito de programas de cooperação solidária e contra hegemônica.

Tampouco tal movimento se encaixa perfeitamente no campo dos estudos clássicos da interação social migratória de longo prazo, porque a migração cubana é temporária e organizada pelo Estado. A singularidade desse fluxo migratório leva então a refletir sobre a experiência cubana desde uma perspectiva teórica que leve em consideração suas particularidades.

Uma proposta viável é entender a participação e inserção dos médicos cubanos na sociedade brasileira fora da dicotomia assimilação-aculturação/interação binacional, na qual as pessoas são obrigadas a escolher entre afirmar ou rejeitar sua identidade étnica. Em contraposição, o processo migratório dos médicos cubanos pode ser entendido a partir do grau e níveis de interação e socialização com a cultura do país de destino. Não obstante os médicos estarem no âmbito de uma migração de curto prazo, foram induzidos a interagir de forma intensa com a sociedade brasileira, sua cultura e particularmente com as populações marginalizadas, alcançando um nível de inserção social e participação comunitária muito maior do que o experimentado por outros coletivos de migrantes que se deslocam para trabalhos internacionais temporários. A maior intensidade das interações com tais populações resulta da especificidade do trabalho médico, da especialidade clínica dos profissionais e do modelo de saúde de Cuba.

Os médicos cubanos estabeleceram laços e vínculos sociais próximos com membros da comunidade que atendiam e com o pessoal técnico das UBS; embora mais distantes e frágeis, também com os médicos brasileiros e ainda com os vizinhos de moradia. A profundidade e o tipo de interações foram influenciadas por fatores macroestruturais, tais como as disputas entre agentes públicos e particulares no SUS; as trans-

formações dos estilos de vida e as consequentes subjetividades advindas da modernidade; as diferenças em valores e princípios sociais ancoradas em sistemas econômicos e políticos diferentes, bem como as tensões e contradições que traz todo contato intercultural, embora o Brasil seja uma nação com longa experiência imigratória.

A identidade étnica dos cubanos não foi afirmada no Brasil, mas tampouco foi colocada em tensão, por uma sociedade que em aparência é cordial e acolhedora. Além de tudo, os médicos fizeram amizades, trocaram experiências; alguns conseguiram parceiros afetivos e se socializaram com muitas expressões da cultura brasileira das pequenas comunidades do interior, inclusive quilombolas; participaram das festas e festejos tradicionais no Brasil, além dos múltiplos benefícios que sua presença deixou em centenas de comunidades que nunca tiveram a oportunidade de ver um médico em suas vidas.

Referências

- AHUMADA, CONSUELO. (1995). El modelo neoliberal y su impacto en la economía colombiana. Bogotá. Ancora Ediciones.
- ALAMINOS, C. A & SANTACREU F. OSCAR. (2011). La interacción cultural y social en las migraciones intraeuropeas. Revista Migraciones (30) Págs. 13-42.
- ALVES, SMC et al. (2017). Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2223-2235.
- BASABE, N., ZLOBINA, A. & PAEZ D. (2004). Interacción socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el país Vasco. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- BERRY, J. W. (2003): «Conceptual approaches to acculturation», em K. M. CHUN, P. BALLS-ORGANISTA, y G. MARIN (eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 17-34.
- BEZERRA, G. L (2016). A atual configuração política dos médicos brasileiros. Uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Universidade Federal Do Rio de Janeiro.
- BOSSWICK, W.Y HECKMANN, F. (2006). Integration of migrants: contribution of local and regional authorities. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions. En línea (consulta: 2016, 01 de noviembre). Disponible en <http://www.eurofoundeuropa.eu>
- BOURDIEU, PIERRE. (1979). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid. Editorial Taurus.
- CABRERA, P. VIVIAN. (2014). La cooperación internacional para el desarrollo en Cuba. Un estudio de caso. Madrid. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM. Series documentos de trabajo. Documento de trabajo número 29.
- CAMPOS, G.W.S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1865-74.
- CAÑIZARES, J. La solidaridad y el internacionalismo en Cuba. Ponencia presentada en la III Conferencia Internacional la obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. Consultado el 20 de noviembre de 2016. Documento disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_canizares.pdf
- CEBES. (1984). Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES.
- DIAS DOS SANTOS, AILTON. (2014). A interação da infraestrutura sul-americana e as dinâmicas do Sistema-Mundo capitalista: Análise comparada das relações entre governos e bancos de desenvolvimento no Brasil, Peru e Bolívia. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais -ICS-. Centro de Pesquisa e Pós- graduação Sobre as Américas – CEPPAC-. Tese Doutoral.
- FEINSILVER, JULIE. M. (2008). Médicos por petróleo. La diplomacia médica cubana. *Revista Nueva Sociedad*. Número 216. Julio-agosto de 2008.
- FELDMAN, B. B (2009). Reinventando a localidade: globalização heterogênea, escala da cidade e a incorporação desigual de migrantes transnacionais. *Porto Alegre. Horizontes Antropológicos*. Ano 15, n 31, p 19-50. Jan-jun.
- FREEMAN, G (1986). Migration and the Political Economy of the Welfare State. *Annals of the American Academy of Political and Science*. 485. 51-63.

- GARCÍA A. C. ANICIA & ANAYA. C. BETSY. (2009). La política social cubana: derrame hacia otras regiones. En: Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur. Madrid-España. Editorial SODEPAZ-Editorial Atrapasueños.
- GODENAU D. et al. (2014). Interacción de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional. España. Observatorio permanente de la inmigración-Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- HAMMAR, T. & LITHMAN Y. (1989). La interacción de los migrantes: Experiencias, conceptos y políticas. En: OCDE. El futuro de las migraciones. Madrid. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 347-385.
- HERRERA, E. (1994). Reflexiones en torno al concepto de interacción en la sociología de la inmigración. Revista Papers, 43. Págs. 71-76
- HOFSTEDE, G. (2003): Cultures and Organizations: Software of the Mind: intercultural Cooperation and Its Importance for Survival. New York: Mc-Graw-Hill.
- IBAÑEZ, M. (2009): Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral. Revista CIDOB d'afers internacionals 84, 105-152.
- MARIMÓN T. NESTOR & MARTÍNEZ C. EVELYN. (2011). Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. Revista Cubana de Salud Pública. 37 (4): 380-393.
- MARTÍNEZ REINOSA, MILAGROS ELENA. (2008). "Las relaciones entre Cuba y Haití: un modelo ejemplar de cooperación Sur-Sur" en OSAL (Buenos Aires: CLACSO) Año VIII, N° 23, abril.
- MEJÍAS S. YOERQUIS, DUANY M. ORGEL. J, TOLEDO F. ANA. M. (2010). Cuba y la cooperación Solidaria en la formación de médicos del Mundo. Revista Educación Médica Superior. 24 (1) 76-84.
- MOGHADDAM, F.M., TAYLOR, D.M. & WRIGHT, S. C. (1993). Social Psychology in cross-cultural perspective. New York: W.H. Freeman and Co. Pub.
- MONJE VARGAS, JOSÉ ANTONIO. (2014). Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Buenos Aires. CLACSO.
- PADILLA A. M. (ed.) (1980): Acculturation: Theory, models and some new findings. Boulder, CO: Westview.
- PAIM, J.S. (2013). *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cadernos de Saúde Pública, 29 (10): 1927-1953.
- PIRES, Rui Pena. (1999). "Uma teoria dos processos de interação". Sociologia, Problemas e Práticas. Lisboa. ISSN 0873-6529. 30. Pág. 9-54.
- PORTES, A & RUMBAUT. (2001). Legacies: The story of immigrant second generation. University of California Press.
- PORTES, A. (1995). Children of Immigrants: Segmented Assimilation and its determinants. En: Alejandro Portes (Ed): The economic Sociology of immigrants. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- PRECIADO CORONADO, JAIME ANTÔNIO. (2014). "La nueva gramática democrática frente a la interacción autónoma latinoamericana y caribeña". In: MESSNERBERG, Débora; BARRÓS, Flávia Lessa de; PINTO, Júlio (Orgs.). Dossiê Desafios da consolidação democrática na América Latina. Revista Sociedade e Estado. Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.
- RETORTILLO, Et, Al. (2006). *Inmigración y modelos de interacción: entre la asimilación y el multiculturalismo*. Revista universitaria de ciencias del trabajo, ISSN 1576-2904, N° 7. (Ejemplar dedicado a: Inmigración, mujer y mercado de trabajo), págs. 123-139.
- SANTANA I. MICHELE & MARTÍNEZ C. EVELYN. La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010. Documento on line. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi032013.htm. 2017.
- SANTOS, TEOTÔNIO DOS. (2002). "América Latina: democratização e ajuste estrutural". Grupo de Estudo sobre Economia Mundial, Interação Regional & Mercado de Trabalho. Textos para Discussão, Série 1 N° 23.
- SARMIENTO, EDUARDO. (1998). Alternativas ante la encrucijada neoliberal. Editorial Ecoe. Bogotá.
- SCHOORL, J. (2005): Information needs on stocks of migrants for research on integration. UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics. Working Paper n.º 5 Rev. 1.
- SMITH, P.B. & BOND, M.H. (1999). Social Psychology across cultures. London: Prentice Hall.
- WARD, C. (1996): Acculturation, en D. LANDIS y R. BHAGAT (eds.), Handbook
- WARD, C., BOCHNER, S., & FURNHAM, A. (2001). The psychology of Culture Chock. East Sussex: Routledge.
- ZARZA, M. J., & SOBRINO, M. I. (2007): Estrés de adaptación sociocultural em inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. Anales de Psicología 23 (1), 72-84.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VIII

SUGESTÕES E CRÍTICAS DOS MÉDICOS INTERCAMBISTAS CUBANOS AO PMM

Carlos Eduardo Gomes Siqueira¹ e Gabriella Barreto Soares²

Introdução

Os três grupos focais realizados, as entrevistas com os médicos cubanos, além de várias conversas com supervisores estaduais da OPAS/OMS, conforme descrito no Capítulo IV, levantaram uma série de questões relacionadas ao aprimoramento do Programa Mais Médicos. Em geral, os médicos cubanos apreciaram muito participar do PMM, desde o processo de seleção, passando pelos cursos de português em Cuba, até a capacitação continuada e o trabalho propriamente dito no Brasil. Afirmaram que dentre as Missões Internacionais de que já participaram, a brasileira foi a mais bem remunerada e estruturada. No entanto, suas críticas e sugestões foram realizadas com o objetivo de melhorar a participação dos intercambistas e o próprio desempenho do PMM.

A seguir apresenta-se uma síntese dos depoimentos recolhidos nas três grandes áreas em que atuaram, dentro da diversidade das experiências vividas em cada uma delas. Algumas dessas opiniões a respeito do PMM, entretanto, não são específicas de uma determinada área, mas dizem respeito a aspectos gerais do Programa.

Áreas Indígenas

Os médicos cubanos admiraram o desenho e a proposta do SUS, embora tenham criticado a sua pouca efetividade. A razão disso, segundo eles, reside na distância entre a realidade do planejamento nacional definido nos escritórios centrais do Ministério da Saúde em Brasília e as realidades ribeirinhas e bosquímanas da Amazônia.

Irmão, a gente às vezes tem que baixar de onde eles ficam, tem que sair do escritório legal, top, com uma cadeira boa, com ar condicionado e tem que ir para terra. É muito simples desenhar um programa para a gente fazer, mas você não conhece como é a estrutura do seu próprio país (Cayetano del Espírito Santo, Amazonas).

¹ Professor da Universidade de Massachusetts Boston (UMass Boston).

² Pós-Doutora em saúde coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Os cubanos entrevistados na Amazônia mencionaram repetidamente a ausência de informações prévias e mais precisas sobre as condições de trabalho na região. Segundo eles, é necessária mais qualidade nas informações passadas, sobretudo informações antropológicas sobre os povos indígenas e informações sobre as condições ecológicas de vida nas localidades. Sugeriram a oferta de cursos sobre esses conteúdos logo na chegada ou mesmo antes da viagem ao Brasil:

Não pensei que fosse dormir na aldeia, eu não sei nem nadar! Eu fico todo tempo no rio. Eu acho que a pessoa tem que perguntar, explicar as condições que a pessoa vai enfrentar (Alonso Quijano, Pará).

...Mas eu acho que quando falam 'trabalhar na área indígena', alguém pensa que é uma fantasia, um filme. Alguns querem conhecer essa vida [...]. Mas são coisas diferentes, uma é conhecer área indígena, outra é morar e trabalhar três anos nela (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

A elaboração de material bilíngue (português e língua indígena) facilitaria bastante o entendimento entre médicos e pacientes.

"Sim, sim, algo com os sintomas gerais, como fazer as perguntas. Isso é bom (Alonso Quijano, Pará).

Outros queixaram-se da indefinição sobre as funções e responsabilidades de cada órgão nacional, estadual ou municipal na acolhida aos recém-chegados, deixando claro que há necessidade de se estabelecer regras mais precisas sobre o papel das instituições de gestão da saúde pública, em especial a saúde indígena. Em alguns casos, reclamaram também da falta de suporte oficial dos Distritos de Saúde Especial Indígena (DSEI) para facilitar moradia ou estadia nas cidades. A título de exemplo, os depoimentos a seguir revelam falta de entendimento entre os níveis nacional, estadual e municipal da gestão do PMM.

[Em Roraima] alguns municípios que tiveram dificuldade foram na parte do acolhimento. Quando o médico chegava no município, ninguém estava aguardando por eles. Não tinham onde morar. Não... Foi bastante difícil... foi uma dificuldade para os médicos (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

Quando chegamos aqui, descendo do avião, a primeira coisa que a gente perguntou para a funcionária [do DSEI] que foi receber a gente foi: "Em qual hotel a gente vai ficar?" Ela falou: "Não, vou levar vocês para um hotel, mas vocês têm que pagar o hotel." A gente perguntou: "Mas como pagar se Brasília falou que tudo isso era pelo Distrito de Saúde Indígena e que a gente não tinha que pagar nada. E ela falou: "Não, não, não, aqui vocês têm que pagar tudo!" Aí eu falei para ela: "mas a gente não recebeu ainda o primeiro pagamento, o primeiro salário, como vamos pagar? (Amadis de Gaula, Amapá).

Eles sabiam que estavam chegando dois médicos e nem liderança, nem equipe de saúde, ninguém [para receber] aí te falo, o global foi bom, o regional foi melhor ainda, mas o local foi péssimo! (Cayetano del Espírito Santo, Amazonas).

O descompasso entre as diretrizes nacionais e aquilo que os municípios foram realmente capazes de prover dificultou bastante a atuação dos intercambistas. Os médicos que trabalharam em localidades de difícil acesso acabaram menos atendidos por gestores cubanos e brasileiros.

Você imagina eu para viajar para Roraima tenho que pegar quatro aviões. Macapá-Belém, Belém-Brasília, Brasília-Manaus, Manaus-Roraima? A gente passa vinte e sete horas em viagem... E os estados estão pertinho aqui ao lado, mas não tem comunicação um com o outro... (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

No município de Bonfim [fronteira de Roraima com a Guiana], por exemplo, foram seis meses sem receber ajuda de custo porque a prefeitura estava com dificuldade financeira [...] então, fica o trabalho de saúde do mesmo jeito, sem dar o apoio tanto para os médicos como para população... Então cria uma... como posso chamar? Uma barreira entre o que o Programa Mais Médicos quer fazer e o que no município consegue fazer (Aureliano Buendía, Amapá e Roraima).

Uma resolução para esse problema seria dar maior autonomia para os gestores e facilitar a movimentação de recursos para atender necessidades dos médicos nas áreas isoladas, porque a distância impõe severos desafios. Talvez devido a isso, os cubanos elogiaram e mostraram gratidão com os funcionários das unidades que, ultrapassando suas atribuições funcionais, se esforçaram em recebê-los.

Essa menina teve que pagar os três primeiros dias do hotel. Ela ajudou bastante a gente! Ajudou bastante, mas... foi pessoal, porque ela não tinha que fazer isso. A missão dela era deixar a gente no hotel e a gente tinha que se virar, entendeu? (Amadis de Gaula, Amapá).

Vale observar que profissionais atuando em áreas isoladas têm necessidade de maior assistência em muitos aspectos, tais como deslocamento, abastecimento, segurança, apoio em conflitos e comunicação com os poderes locais, dentre outros. Um intercambista do Acre recomendou o rodízio entre médicos lotados em áreas isoladas e aqueles ocupados em centros urbanos mais confortáveis. Outro, de Rondônia, levantou a possibilidade de estabelecer seguro de vida para os médicos do PMM.

A gente está trabalhando sem seguro de vida e em umas condições que você não sabe se vai amanhecer no outro dia, se você vai voltar para sua família (Diego Armando, Rondônia).

Um dos intercambistas do Amazonas, referiu-se ao alto o custo do deslocamento para os centros urbanos regionais nos dias de folga.

Eu tinha que pagar quinhentos e cinquenta reais para poder vir de Pauini até aqui [Rio Branco] [...]. Muito caro, muito difícil. Só de avião. De outro jeito não pode sair (Sancho Panza, sul do Amazonas).

Além das questões acima comentadas, houve riscos não computados na prestação do serviço médico nas áreas indígenas. Vários médicos encontraram dificuldade em dar continuidade aos projetos sociais iniciados com as comunidades. Um intercambista do Amapá advertiu que seria bom que se facilitasse a realização de parcerias institucionais com órgãos de pesquisa, organizações não governamentais, fundações públicas, entre outras, para manter a cooperação, mesmo à distância. Ademais, enfatizou a necessidade de estabelecer relações de longo prazo para que pesquisas iniciadas não fossem interrompidas.

Fazer em todo o Oiapoque, visitar todas as aldeias, fazer esse projeto, não me liberaram. Eu queria isso, que me liberassem para isso. Eu ia usar até a minha folga para isso, mas queria liberação e apoio. Onde está se não me liberaram? Então como você vai apresentar esse projeto lá? [...] A gente pode conhecer muitas plantas que ainda não foram descobertas, que ainda não são descobertas pelo homem branco, não foram conhecidas pelo homem branco, não foram estudadas ainda.... Então não é só deixar uma lembrança. É também obter a possibilidade de encontrar novos medicamentos que podem ser a cura de muitas doenças ainda sem cura (Amadis de Gaula, Amapá).

Registraram-se, ainda, reclamações sobre subaproveitamento dos médicos pelo PMM. Apesar de especialidades como oftalmologia e ortopedia deveriam fazer parte da atenção secundária, profissionais cubanos não puderam exercer suas especialidades no Brasil, deixando a população sem o devido atendimento. Muitos médicos se sentiram desvalorizados por serem tratados como estudantes nos cursos de especialização. No interior do Pará, um médico relatou o desejo de retomar discussões sobre o processo de revalidação dos títulos para facilitar a incorporação das especializações dos cubanos no atendimento das populações indígenas.

Tem cubanos com especialização em ultrassonografia e tem paciente que precisa ultrassom e não pode fazer porque ele não pode fazer, entendeu? Tem dois doutores que são oftalmologistas e você passa por meses aguardando uma consulta de oftalmologia. E você tem no distrito um oftalmologista. Estão na área na área de saúde indígena, mas só pode fazer saúde preventiva... Revalida não é um exame para alguém aprovar, não para reprovar. Tem outros países que têm [este tipo de exame também], mas ajudam, entendeu? Ajudam a fazer. Não sei... Como nós que estamos no curso, o curso poderia bem ser um curso que preste depois para fazer Revalida... É difícil para o Brasil me dar um curso assim, sabe, de saúde da família, por que, com todo o respeito, não tem saúde da família aqui, não tem (Manolo Ortiga, Pará).

Outra crítica sobre o PMM diz respeito à concepção de atenção básica no Brasil, porque o sistema de saúde não valoriza informações sobre pessoas saudáveis, sendo voltado para o tratamento de doenças e menos na prevenção. A falta de equipamento nas unidades de saúde foi outro problema apontado na saúde primária. Como alternativa, em particular para a saúde indígena, afirmaram que é preciso capacitar melhor os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para que informem seus parentes sobre a prevenção de doenças, além de investir mais nas unidades de atenção primária, visando reduzir o fluxo de pacientes que procuram os hospitais:

Por que temos sistema, a informação, o requisito, os dados que você tem que entrar no sistema, quase tudo é secundária, entendeu? O atendimento de hipertenso... Não é o atendimento de pessoa sã [...]. Trabalhar com pessoas que tem risco de hipertensão. Pessoas com mãe, pai hipertenso, obeso, sedentário. Aí você trabalha com o risco. Não aguardar ele ficar hipertenso pra você fazer [alguma coisa] ... (Manolo Ortiga, Pará).

Eu acho que falta ainda no programa Mais Médicos um pouco mais de equipamento nas UBS. Facilitaria mais as coisas. Para se trabalhar mais [...] aqui tem criança que tem asma, pessoa grande também. Eu posso ter o soro, mas não tenho nem oxigênio e nem os aparelhos. Tá aí na parede, mas não funciona. Se eu tivesse, [o paciente] não ficaria no hospital ocupando leito (Cayetano del Espírito Santo, Amazonas).

Por fim, entrevistados salientaram que remessas monetárias à Cuba foram calculadas em dólar e sofreram impacto com a desvalorização do Real frente ao dólar. Em novembro de 2013, cada R\$1.000 comprava US\$ 450; em setembro de 2015 apenas US\$240. Portanto, fica claro que contratos em dólar, e não em moeda nacional, protegeriam o planejamento econômico dos médicos e de suas famílias.

Áreas quilombolas

Nas áreas quilombolas, foi recomendado melhorar a comunicação entre a OPAS/OMS e os médicos, pois em algumas situações houve muita incerteza sobre o funcionamento e continuidade do PMM. Por exemplo, uma vez que o governo brasileiro abriu a possibilidade de dar continuidade ao PMM, os médicos não sabiam se o contrato seria ou não renovado. Além disso, não existia clareza sobre a data em que terminaria o contrato e quando seria a viagem de regresso. A incerteza a respeito deste e outros assuntos não permitiu que os médicos planejassem suas atividades no curto prazo.

Aqui, no geral[...] na maioria das coisas estamos desinformados. Então é uma coisa que pelos meios sociais dão informações que não sabemos se são verdadeiras. Ao final a OPAS diz "só tem que ignorar o que eles dizem," mas é uma incerteza que não deixa nada claro pela situação que provocam as redes sociais. Então, estamos assim. Nós vamos em agosto, mas a Missão renovou o contrato. Mas o que vai acontecer com aqueles que queriam continuar o contrato por três anos ou um ano, dois, ou os que realmente vão [ficar até o fim] da Missão (F. Rodriguez, Maranhão).

A importância do estabelecimento de mecanismos que facilitem a transferência de dinheiro do Brasil para Cuba foi abordada pelos médicos, que se queixaram do alto valor das taxas cobradas para remessas. Segundo alguns dos entrevistados, o governo cubano podia ter estabelecido um convênio com o Banco do Brasil, de forma que as transferências tivessem baixo custo. Os entrevistados também relataram a importância de fixar o salário de forma que não seja afetado pelas variações do preço do dólar.

Estamos perdendo porque nós fizemos um contrato de mil dólares mensais e se falou que o dólar ia estar a dois e vinte e tanto, mas esse valor só subiu. E resultou que neste momento o que estão nos pagando são 600 e poucos dólares, não chega aos

mil dólares, porque o problema é que o dólar agora está 3 e oitenta e pouco. Chegou a estar 4 e tanto. Então, não chegava o valor que estava programado e já depois Cuba fez outro contrato, que era 1245 (dólares) fixos todo mês. Se variava, se subia, se baixava, nós ganhamos 2976 reais e 26 centavos todos os meses. Agora, se você leva esse valor todos os meses ao valor do dólar, nesse momento estaríamos ganhando 600, quase 700 dólares (Rosa León, Goiás).

Por outro lado, os médicos indicaram que o governo cubano poderia enviar diretamente parte do dinheiro para Cuba e fazer a entrega do restante aqui, pois isso diminuiria os impostos pagos pelas transferências.

O problema é que a ideia não era transferir dinheiro para Cuba. A ideia era que nós fizemos um contrato, ou seja, o nosso país fez um contrato com a OPAS de dez mil Reais. Desses dez mil reais, nós íamos ficar com mil dólares, sendo que 600 iam ficar em Cuba e 400 nós íamos manipular aqui para as nossas necessidades, além do dinheiro que a prefeitura nos dá para pagar as coisas, que isso foi outra situação. O problema é que [...] o banco para fazer um contrato com a gente, há uma taxa, por mínima que seja, é uma taxa. Mas é que em Cuba tem que pagar outra taxa quando você faz a transferência. E o câmbio do dinheiro para dinheiro cubano também se perde. Estamos perdendo (F. Espinosa, Maranhão).

Nas áreas mais isoladas, a questão da administração dos recursos para moradia, alimentação e transporte foi particularmente evocada. Alguns médicos comentaram a necessidade de se ter diretrizes nacionais, porque a administração desses recursos se fez em função de preferências e interesses de cada prefeitura. Eles se sentiram prejudicados em muitos casos, já que o dinheiro atrasava, não era suficiente, não era entregue diretamente aos médicos e seu uso era limitado pelas prefeituras. Em várias localidades foram alugadas casas que estavam distantes das Unidades de Saúde, não tinham condições mínimas de moradia, ou eram muitos caras.

No início nós só recebíamos 670, que era da alimentação. Isso era o que nós recebíamos aqui no município todo o tempo. Ai eles se encarregaram de pagar o aluguel, energia e outros serviços. Mas é que eles pagavam um preço muito alto, porque não queriam dar esse dinheiro para nós administrarmos. Porque se você administra não precisa pagar um preço exagerado pelo aluguel, porque não quero um aluguel de mil reais quando eu quero arrumar um de 200 reais, por exemplo. Eu não quero viver em uma casa... em uma casa grande quando eu tenho uma cozinha, um quarto e um banheiro. Se eu não tenho mais família aqui (F. Espinosa, Maranhão).

Os médicos teceram comentários sobre o monitoramento e a eficiência do trabalho. Em cada localidade, isso teria que ser feita de forma longitudinal e transversal, de modo que se possa verificar a evolução das taxas de incidência, prevalência e as mudanças epidemiológicas. Muitos médicos nunca tiveram um balanço ou retorno estatístico do seu trabalho, para que pudessem planejar estratégias focadas na melhoria dos programas de promoção e prevenção de saúde.

Nunca nos deram respostas. Olha, nós desde que chegamos aqui estamos adaptados, que em Cuba temos muita informação de nossos resultados de trabalho. Vocês se reúnem cada três ou quatro meses e dizem “estamos com tanto por cento de mortalidade infantil.” Conhecemos toda a estatística. Aqui desde que chegamos nós temos estatísticas mensais e pedimos cada dois ou três meses para se reunirem com nós e informar ao DSEI que tem diminuído a mortalidade infantil. Todas essas coisas queríamos saber e nunca essa informação chega à nós. Agora na especialização tivemos que fazer um trabalho de investigação e eu fui diretamente e quase que aconteceu um caos porque este país é muito burocrático. Eu fui pedindo dados do ano anterior e não tinham nada porque eles não retroalimentavam e não guardavam a informação que mandam para Brasília (Luisa, Mato Grosso).

Áreas Urbanas Periféricas

Os depoimentos com críticas e sugestões dos médicos cubanos foram agrupados em três momentos: a preparação antes de emigrar de Cuba; a chegada e permanência no PMM e as sugestões sobre o retorno a Cuba.

Em relação a preparação em Cuba, os médicos cubanos em geral se concentraram no período dos cursos preparatórios, que duraram em média 15 dias em Cuba e 30 dias no Brasil, tempo esse muito curto para aprender e dominar a língua portuguesa, e para se sentirem aptos a realizar, além do atendimento médico, atividades de prevenção e promoção de saúde, que incluem palestras, rodas de conversa, entrevistas com a comunidade, entre outros. Portanto, ficou claro que é necessário aumentar a duração do curso preparatório de português, tanto em Cuba quanto no Brasil.

É complicado, porque fazemos promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e em outro idioma significa, por exemplo, fazer grupos, fazer palestras, fazer entrevista com a comunidade, fazer reunião de diagnóstico com a comunidade, que é brasileira e você sozinha como estrangeira, como cubana, falando outra língua [...] falando português para toda essa quantidade de pessoas e isso teria sido muito melhor se houvesse mais tempo para aprender um pouco mais do português (Aline, Rio de Janeiro).

Além de prolongar o tempo de aprendizagem do idioma ainda em Cuba, discutiu-se que é fundamental abordar a história do Brasil nos cursos preparatórios e expandir o conteúdo sobre a cultura regional brasileira, com destaque para a música e culinária locais. Os participantes salientaram a relevância de um curso intensivo sobre a cultura regional após a divisão dos médicos por estados:

Eu penso também que se pode dar aula sobre história do Brasil, ou sobre a cultura brasileira. Seria fenomenal, porque o que acontece, por exemplo, o Rio Grande do Sul que nós já conhecemos, é belíssimo, nos encantou. Bem, é outra cultura também e tem uma história magnífica, quase um outro país e eu não conhecia. Só fiquei sabendo quando cheguei aqui no PMM. Eu não soube em Cuba (Aline, Rio de Janeiro).

Realmente, como uma crítica construtiva, seria melhor falar mais sobre a cultura do Brasil, sobre as regiões e falar da comida e parte da cultura. É verdade que deveria, depois, quando estava com grupo fechado para cada estado, antes de chegar ao estado, ter um curso intensivo (Marcel, Rio de Janeiro).

Além de intensificar o aprendizado do idioma e de aspectos históricos e culturais do Brasil, vários médicos comentaram que a experiência da Missão teria sido mais proveitosa se soubessem, ainda em Cuba, em que lugar iriam trabalhar no Brasil:

Talvez saber para onde vai. Porque sai de Cuba e vai para Brasil, não sabe para onde vai e o Brasil é praticamente um continente, não é um país. E tem lugares onde nunca faz frio, e lugares que cai neve. Então, deveríamos saber lá que eu vou a tal lugar e as características étnicas desse lugar são essas, e essas e essas (Ingrid, São Paulo).

Ajudaria bastante a personalizar mais a preparação, saber desde que está em Cuba pelo menos o estado que se vai. Porque, digo, muda a preparação. Não diria que está escutando, que vai fazer falta o arco e flecha se vai para Amazonas, que não tem que ter se vai para São Paulo, ou seja, é para... mudar. A preparação não teria que ser tão geral. Talvez o idioma sim, mas do ponto de vista profissional, creio que aqui cada um de nós temos visto enfermidades que, graças a Deus, não estamos acostumados de ver no cotidiano em Cuba. Uma tuberculose, uma hanseníase. No nível primário de saúde praticamente não atendemos nenhum enfermo tuberculoso, por exemplo (José António, São Paulo).

Quanto à chegada e a permanência no Brasil, vários médicos relataram dificuldades em relação à moradia e deslocamento. Segundo eles, em muitas das cidades ficaram em hotéis enquanto buscavam casa para alugar. Porém, em alguns casos, tiveram que procurar sozinhos por casas, o que gerou certo desconforto porque muitas vezes ainda não tinham segurança com a língua portuguesa, nem com os contratos de locação, para fazer tais negociações. Por falta de conhecimento dos bairros das cidades, muitas vezes alugaram casas em lugares perigosos, ou muito distantes do centro de saúde. Recomendaram que existisse um mediador para ajudá-los a providenciar moradia assim que cheguem no Brasil.

O curso de especialização realizado pelos médicos no PMM foi muito questionado; primeiro porque foi iniciado assim que chegaram ao país. De acordo com os médicos, inicialmente deveriam conhecer a população onde prestariam atendimento, para realizar um diagnóstico da saúde. Em seguida proporia um projeto de intervenção e o apresentariam posteriormente como trabalho de conclusão de curso. Muitos indagaram sobre o conteúdo das aulas ministradas, pois a maioria dos médicos tinha especializações, pós-graduações e alguns eram inclusive professores universitários em Cuba, com ampla experiência na Medicina de Família. Assim, deveria ocorrer uma avaliação sobre a organização do curso de especialização e revisão do conteúdo das aulas ministradas. A proposta do projeto de intervenção deveria ser apresentada apenas no final da Missão:

No primeiro ano, o Programa Mais Médicos tem que ser direcionado ao aprendizado dos protocolos, do sistema de atendimento. Aqui foi o contrário. Você chegou, fez um curso de especialização, que na verdade não faz sentido

porque você não conhece a população. O nível de população que tem é muito difícil de você fazer um diagnóstico integral da comunidade. Você primeiro tem que conhecer como você vai fazer a intervenção, pelo protocolo, para conhecer a população, o sistema de trabalho, integrar-se e depois fazer outro (Juan, Minas Gerais).

Para as próximas turmas seria bom chegar conhecendo sua população, conhecendo os protocolos de atendimento, porque cada município tem o seu. O Ministério tem o seu, beleza. Então, você consegue fazer conforme o protocolo estabelecido. Aí você acrescenta mais, no estudo, no projeto de intervenção que você iria fazer depois no TCC. E trabalho de conclusão de curso devia ser no final porque no final você já tem mais familiaridade com a língua ... E em relação ao curso de especialização, queria registrar também que eu acho que a maioria concorda, se não todos, é o seguinte: a gente fez um curso de especialização, tudo bem. Mas todos temos experiência em pós-graduação, todos... sem dúvida. Nós fizemos um curso de especialização com normas brasileiras impostas (Amanda, Minas Gerais).

O trabalho no SUS foi considerado muito intenso devido ao grande número de pacientes atendidos diariamente nas UBS, e conseqüentemente o curto tempo gasto em cada consulta. Os médicos lamentaram não conseguir praticar a Medicina Geral Integral, que inclui atividades de promoção e prevenção de saúde, pois eram poucos médicos para atender a um grande número de usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Manifestaram desejo que fosse feita uma avaliação sobre o número de usuários cadastrados em cada equipe de saúde em que os médicos sejam alocados e o seguimento dos protocolos propostos pelos municípios:

Minha equipe de saúde tem quase seis mil pessoas; então quando você vai começar a fazer um trabalho, vai querer fazer um trabalho de prevenção e promoção, que você tem que dedicar tempo para isso. É bem difícil, porque quando você vai olhar a mobilidade que tem uma população de seis mil pessoas, é difícil para você acompanhar todos aqueles pacientes. Tem oitocentos pacientes com hipertensão arterial, tem quinhentos pacientes com diabetes e uns quantos pacientes com asma. Então, fazer um controle é desejado (Bianca, Minas Gerais).

Cada área tem sua característica. Na minha área [prevalece] o tempo da consulta. Penso que isso é uma dificuldade no Programa e que devia ser analisado nos outros níveis de trabalho. Estou em São Paulo, onde a população é muito grande. O bairro tem muitas carências, para poder atender os pacientes como atende um médico de família, numa abordagem psicossocial, em 15 minutos não se consegue, com todos os documentos que tem que preencher. Eu penso que isso conste em algum lugar, deve ser levado às pessoas que decidem isso. Por favor, para que sentem em um consultório com um médico para ver se é possível atender a um ser humano em 15 minutos (Glauca, São Paulo).

Ainda em relação ao trabalho no PMM, alguns médicos argumentaram que tiveram muita dificuldade para que suas sugestões fossem acatadas. Segundo eles, poderia ter sido mais frutífero se tivessem sido ouvidos pelos gestores do PMM durante o desenvolvimento do Programa, ou se tivessem contribuído em sua elaboração e não apenas na execução. Comentaram que a estrutura do sistema de saúde brasileiro é muito boa, mas que,

de acordo com as experiências que possuíam, existem vários aspectos que precisam ser amadurecidos para melhoria do SUS. Entre eles, destacaram a descontinuidade entre a atenção primária e a secundária:

Aqui no PMM a gente chegou, ou seja, o programa era novidade, mas a saúde, o SUS não, né? Já estava implantado o SUS. A gente veio para acrescentar, não veio para mudar nada (Amanda, Minas Gerais).

Entramos em um programa que já estava implantado. Tem seu consultório no posto de saúde e nos adaptamos aos protocolos deles, às características de trabalho. A intenção é ajudar. Atender o paciente que precisa de médico... (Marcel, Rio de Janeiro).

Eu acho que é um dos melhores sistemas de saúde desenhados no mundo. Porque tem em outros lugares, tem no Canadá, Estados Unidos, Europa, Cuba, também na Inglaterra... Mas [...] as pautas dele não estão feitas do jeito que tem que fazer. E outra coisa que não permite a solução dos problemas de saúde dos pacientes é o problema do relacionamento com a atenção secundária, ou seja, a continuidade da solução dos problemas de saúde dos pacientes é muito difícil (Mônica, Minas Gerais).

Nas experiências anteriores, em especial na Venezuela, os médicos moraram na comunidade onde prestaram atendimento médico, e isso facilitou a interação com a sociedade e até o cuidado com a população assistida. Levando esta experiência prévia em consideração, sugeriram que devesse avaliar a possibilidade dos médicos residirem na comunidade onde prestarão atendimento. No entanto, vários deles apontaram as dificuldades de viver próximo ao local de trabalho, tanto por causa da violência como pela precariedade desses locais:

..., mas, no caso específico do Programa, eu penso que se o profissional de saúde vivesse no lugar onde trabalha, estou falando dos médicos, teriam muito mais relações sociais (José Antônio, São Paulo).

Lá [na Venezuela] vivíamos dentro do consultório, tínhamos equipamento para atender um paciente. Aqui não, aqui o consultório fecha às 5 da tarde e todo mundo tem que ir para sua casa (Hugo, Rio de Janeiro).

Por exemplo, em Cuba temos a casa consultório, mas o médico vive na comunidade. Que acontece que diante a violência eu penso que vai impedir, o trabalho vai ser, vai causar um aspecto negativo no médico porque não vai conseguir trabalhar nessa comunidade. (...) todos trabalhamos em zonas perigosas e penso [que o problema] não é que você se levanta às 3 da manhã para atender um paciente. Estamos acostumados a isso porque somos um corpo de guarda. O problema é que o paciente vai tocar às 3 da manhã e, por exemplo, se te colocam uma pistola na cabeça todos os dias às 3 da manhã (Aline, Rio de Janeiro).

Quanto ao retorno a Cuba, os intercambistas entrevistados demonstraram preocupação com o que acontecerá com a população que foi atendida por eles, se continuarão a dispor de médicos que ocupem esses lugares. Tendo em vista que havia fila de pacientes, que a agenda dos médicos estava lotada até o final do ano, ficou a incerteza de saber se haveria novos médicos para atender a demanda.

Vamos embora, pode ser que fique um médico no nosso lugar. Meus pacientes, desde agora estou pensando o que vai acontecer com eles agora, quem vai ficar com eles quando a gente for embora. E que médico vai ficar com sua equipe (Aline, Minas Gerais).

Destaca-se, também, a ênfase que deram à sua capacidade de adaptação a sociedades diferentes, porque acreditam que ela resulta tanto de aspectos culturais quanto da formação médica dada em Cuba.

Isso depende também da formação, nós, os cubanos, por hábito, pela formação que temos, creio que nos adaptamos, já estamos formados em como adaptarmos ao meio, como uma formação que já temos durante a carreira (Ilza, Rio de Janeiro).

A gente quando casa é um só. Daí eu penso em voltar para cá, então se Deus me der oportunidade de continuar no programa mais médicos para mim seria tudo de bom. Senão, teria que estudar e fazer a revalidação, para continuar trabalhando como médico e estudaria para atingir o meu objetivo (Arlenys, Rio Grande do Sul).

Considerações Finais

As vozes dos médicos cubanos intercambistas apresentadas neste capítulo resumem aspectos importantes da avaliação crítica que fizeram do PMM, do SUS e das experiências que tiveram nas diversas regiões do Brasil.

A maioria dos médicos entrevistados avaliou como muito proveitosa profissional e pessoalmente a participação no PMM; porém, segundo eles, houve diversos problemas. Se, por um, lado sentiram grande satisfação com o trabalho realizado, com a acolhida amigável por parte da população e com a sua contribuição para melhorar as condições de saúde de brasileiros carentes de atenção médica, por outro teceram diversas críticas e sugestões para melhorar o PMM e o SUS.

Considerando a larga experiência internacional dos intercambistas, não há como duvidar da sua credibilidade e expertise na comparação da Atenção Básica do SUS com a de outros países onde atuaram, em particular Cuba. Mesmo que alguns relatos não tenham caráter explicitamente comparativo, pode-se se depreender deles que a fonte de referência para suas opiniões é o sistema de saúde cubano. Sem embargo, a maior parte do que observaram e entenderam como debilidades do SUS confirma as análises de estudiosos de políticas de saúde no Brasil, como a falta de recursos financeiros, as grandes dificuldades administrativas e gerenciais, a pouca interação da atenção primária com a secundária e a falta de recursos humanos qualificados.

Em resumo, trata-se do hiato entre o que o SUS propõe em seu desenho no papel e o que de fato consegue oferecer às comunidades carentes, conforme autores brasileiros como Paim (2011) e Santos (2009, 2013) vêm salientando.

Faz bastante sentido apreciar as propostas e alternativas ao PMM identificadas, como por exemplo: (a) expandir e particularizar o conteúdo cultural e histórico sobre o Brasil no treinamento oferecido antes do embarque para o Brasil; (b) melhorar os aspectos logísticos relativos à recepção e permanência nas diferentes regiões do país; (c) facilitar a transferência de remessas monetárias para Cuba, além de (d) aproveitar melhor

as habilidades prévias dos médicos cubanos para que possam utilizar todo o seu potencial técnico, adaptando o programa de treinamento e supervisão original.

Por fim, o contínuo aperfeiçoamento do desenho e da gestão da participação dos intercambistas cubanos do PMM são necessários para alcançar as profundas e desejadas transformações na Atenção Básica brasileira, como deve suceder em todo programa de governo de larga escala.

Referências

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.





Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo IX

EPÍLOGO

Joaquín Molina¹ e Carlos Rosales²

A reforma sanitária brasileira foi um marco na evolução do pensamento em saúde e no desenvolvimento da saúde pública na região das Américas. Originou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito social universal e determinou que o Estado fosse responsável por garantir as condições para o seu pleno exercício.

Os trinta anos de vida do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil transcorreram dentro de vários contextos políticos, econômicos e sociais, que não foram barreiras intransponíveis para se colher importantes avanços no acesso, na cobertura, na integralidade da atenção e na participação social na gestão da saúde pública. Ao mesmo tempo, muitos outros desafios persistiram na saúde coletiva e na gestão das redes de serviços de saúde que, juntamente com novos desafios de saúde e as restrições financeiras impostas à administração pública, devem ser equacionados para atingir os mais altos objetivos relativos ao acesso e à cobertura universal em saúde, com qualidade na atenção.

Um importante avanço tem sido a melhoria da atenção básica à saúde, denominação utilizada no Brasil para a atenção primária. Após a implantação do SUS, os cuidados básicos de saúde foram descentralizados, a partir de 1990, para mais de 5,5 mil municípios, onde existem cerca de 38 mil unidades básicas de saúde instaladas.

Ao final dos anos 90, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família como estratégia para reorientar a atenção básica em todo o país, fortalecendo a concepção e a prática da atenção primária à saúde, definindo-a como o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Esta Estratégia organiza-se por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), com a possibilidade de interagir com outros profissionais como dentistas, psicólogos e médicos especialistas, com ações voltadas para o cuidado e o acompanhamento sanitário da população residente em uma área delimitada geograficamente com cerca de três mil pessoas.

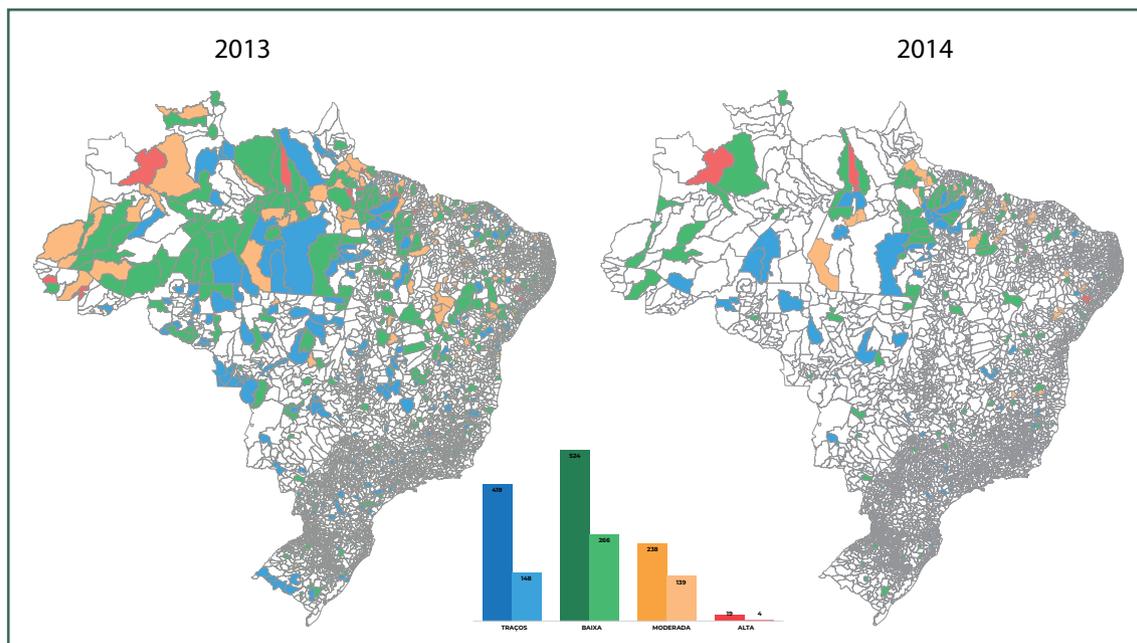
Em um país com a dimensão territorial e a população do Brasil, a implementação do modelo de medicina familiar está sendo progressiva e atualmente estima-se que cerca de 70% da população já esteja coberta por

¹ Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

² Assessor Internacional da OPAS/OMS no Brasil.

ela, conforme as estatísticas oficiais do Ministério da Saúde. No entanto, uma notável limitação evidenciada nos últimos anos tem sido o déficit de médicos que atuam na atenção básica, o que acrescenta problemas na distribuição nacional e no preparo adequado dos profissionais para tal nível de cuidado.

Gráfico 1. Municípios com escassez de médicos na Atenção Básica segundo graus de escassez em 2013 e 2014



Fonte: EPSM/UFMG

Esta carência de médicos foi denunciada tanto por movimentos sociais quanto por grande parte dos gestores municipais, na Frente Nacional de Prefeitos (FNP), que reivindicaram apoio para a contratação de médicos, utilizando o lema “cadê o médico³”. Este movimento favoreceu a organização de uma petição pública sobre tal assunto e o *lobby* no Congresso Nacional para a aprovação de lei de aprovação do Programa Mais Médicos.

Na época, os prefeitos argumentaram sobre a importância de se ressaltar que a FNP é favorável a critérios rigorosos para a escolha desses médicos, por exemplo, a experiência na atuação em atenção básica e a necessidade de fixação em áreas com maior carência de profissionais. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para 58,1% dos usuários do SUS, a escassez de médicos é o principal problema a ser enfrentado. Dados oficiais indicam a existência de 1,8 médicos por 1.000 habitantes no Brasil, enquanto em outros países, como Argentina e Uruguai, essa proporção ultrapassa três médicos por mil habitantes.

Como resultado desses movimentos e da ação decisiva das autoridades federais o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentado

³ <http://cadeomedico.blogspot.com/p/peticao.html>.

em outubro do mesmo ano, pela Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional. Foi uma iniciativa que em princípio teve muita oposição por parte de vários atores políticos e corporativos no setor da saúde.

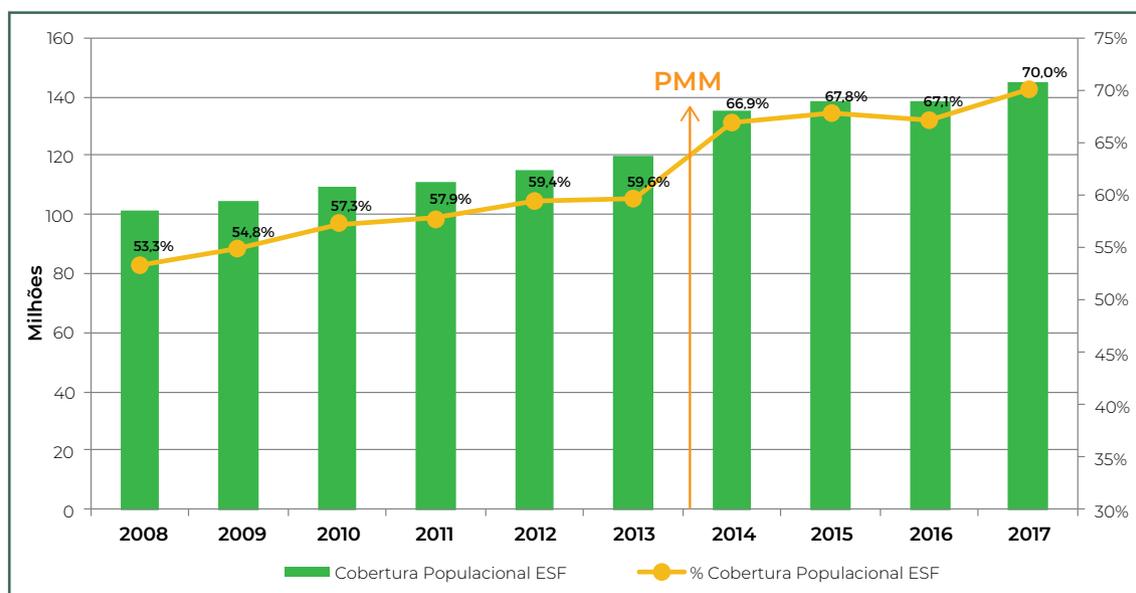
O PMM teve como pressuposto a falta de acesso aos cuidados de saúde para as populações mais carentes do Brasil, dentro de uma perspectiva de integralidade. Assim, o Programa foi estruturado em três eixos de ação: (1) a formação de médicos; (2) o investimento em infraestrutura para o primeiro nível de atenção; (3) o recrutamento contingencial de médicos para a atenção básica com a contratação de brasileiros e estrangeiros de países com indicadores de médicos por habitantes superiores ao Brasil

O processo de organização e execução deste programa, particularmente no componente de provisão contingencial, contou com a participação de médicos estrangeiros, a maioria deles cubanos. Foram gerados alguns conflitos, basicamente por preconceitos sobre a verificação de capacidade técnica dos médicos, bem como em termos políticos dada a necessidade da presença e dúvidas quanto à capacidade dos mesmos, bem como em termos políticos, considerando a relação que foi estabelecida com o governo de Cuba.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desempenhou um papel fundamental na articulação dos acordos entre países e na organização da mobilização e na gestão dos profissionais médicos cubanos no Brasil, trabalho que ainda vem sendo realizado.

Após cinco anos de implementação do PMM, muitos têm sido os caminhos, bem como inúmeras investigações, estudos de caso, teses e análises diversas que têm demonstrado o impacto positivo do programa, tanto em termos de expansão da cobertura e a melhoria do acesso à saúde da população, como na qualidade da atenção básica. Estas informações têm sido evidenciadas na evolução dos indicadores de saúde sobre a efetividade da atenção primária à saúde⁽¹⁾. Observa-se um aumento importante na cobertura nacional da Estratégia Saúde da Família, conforme apresentado a seguir.

Gráfico 2. Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, Brasil de 2008 a 2017.



Fonte: Gráfico elaborado pela OPAS/OMS Brasil com dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Para além deste estudo sobre interações socioculturais dos médicos com a população atendidas no SUS foram realizados inúmeros outros, os quais trataram sobre a relevância, a acessibilidade, a eficiência, a eficácia e o impacto do PMM ao longo dos cinco anos de vida do Programa. O conjunto da obra nos permite refletir sobre um novo olhar sobre os impactos da mobilização dos médicos cubanos conforme apresentado a seguir.

- Uma perspectiva síncrona, como uma foto, que exhibe as visões e percepções das médicas e dos médicos cubanos mobilizados por um período de três anos. Os aprendizados originados das interações com populações específicas do Brasil, diferente de Cuba, como é o caso dos quilombolas e dos indígenas. O cruzamento de conhecimentos com a medicina indígena tradicional e a prática da atenção primária em saúde em diferentes espaços, analisando, assim, as interações socioprofissionais e socioculturais, levando a concluir que o impacto da PMM vai muito além dos resultados descritos nos indicadores tradicionais de saúde população.
- Uma perspectiva histórica e relacional, por meio das variadas narrativas dos médicos participantes, nas quais abordam diretamente suas experiências nos processos de relacionamento com uma nova cultura, no seio de uma população que, primeiro com suspeita e depois com carinho, os adotou. Eles combinam suas histórias e emoções no Brasil com suas histórias de vida no país de origem, onde têm seus afetos, suas famílias e suas referências de vida.

Os diferentes capítulos deste livro nos indicam que o PMM e a participação dos médicos cubanos estão gerando, no Brasil, um novo marco sanitário e novas relações socioculturais, em pelo menos três elementos: na relação entre o médico e a comunidade, em direção ao equilíbrio e harmonia; nas percepções comunitárias sobre saúde e de como promovê-la e preservá-la; no empoderamento da população sobre o seu direito à saúde, aí incluída a disponibilidade, ao alcance da mão, de médico e equipe de cuidados de saúde.

Esta publicação nos traz também lições sobre a necessidade de abordar a migração internacional dos profissionais de saúde a partir de uma perspectiva mais holística. Há que considerar a identificação e a compreensão da preparação destes profissionais para melhor abordar os desafios socioculturais inerentes à migração e o reconhecimento dos ganhos humanos e profissionais que essas experiências deixam em todos os envolvidos, sejam, a população beneficiária; o Ministério da Saúde; as agências governamentais locais; os profissionais e organizações de cooperação técnica, como caso da OPAS/OMS, participante ativa que foi no desenvolvimento da PMM.

A seguir alguns pontos de reflexão, que esperamos servir como diretrizes orientadoras para outros estudos que aprofundem e gerem informações úteis para a gestão de programas semelhantes ao PMM.

- Esta tem sido uma experiência singular dada a relação de curta duração (três anos) da migração, com garantia para os médicos cubanos da manutenção de seu contrato de trabalho em termos de salário e de benefícios de bem-estar em seu país de origem.
- A mobilização dos profissionais de saúde entre países, para suprir deficiências médicas nos serviços de saúde, no presente caso administrada por meio da OPAS/OMS, resulta bem sucedida de “per se” na ampliação da cobertura. Mas, importante ter a clareza de que não é capaz de resolver os problemas estruturais dos países em relação ao déficit de profissionais de saúde. Assim, faz-se necessário que a mobilização de profissionais seja acompanhada de políticas e de estratégias para o planejamento da

capacitação e do emprego dos profissionais de saúde, em termos de quantidades, locais de alocação, além da preparação necessária, como uma fórmula para a sustentabilidade dos objetivos do acesso e cobertura universais.

- Enfatiza-se a necessidade de que, nos processos de implementação de estratégias como a do PMM, seja realizado o monitoramento permanente dos discursos sociais predominantes. Não somente com o objetivo de estar atento aos movimentos de opinião pública, mas também para gerar opiniões e ações favoráveis e que contrariem as posições negativas, considerando o poderio dos atores envolvidos. Assim, é de suma importância o papel da comunicação social com informações corretas das autoridades de saúde e seus parceiros cooperantes. Em especial, é fundamental dar voz à população beneficiária, permitindo a emissão da contra opinião quando a somatória dos conteúdos da mídia é desfavorável.
- A relação entre a medicina indígena tradicional e a medicina ocidental sempre foi ponto de análise sobre como ambas podem dialogar entre si, em um quadro recíproco de respeito e uso do conhecimento. Essa perspectiva determina a possibilidade de trabalho complementar e a aceitação pelas comunidades indígenas. As histórias e as evidências apresentadas neste estudo enfatizam o respeito dos profissionais cubanos pelas tradições e saberes autóctones, reconhecendo suas implicações para a relação com os beneficiários do Programa. A opinião unânime dos intercambistas foi pela necessidade de se sistematizar boas práticas, de promover o intercâmbio com outras experiências desenvolvidas em contextos semelhantes e de trazer esse conhecimento aos cursos de preparação de médicos estrangeiros que trabalham com populações nativas.
- Um dos temas mais exaustivamente analisados ao longo desta publicação é o entendimento de que a saúde não é apenas um processo de produção de consultas para a população, o que implica em constatações evidentes: (a) os vínculos dos profissionais com a população e o estabelecimento de relações de respeito entre médicos e outros profissionais de saúde permitiram avançar no objetivo superior de atenção integral à população com os padrões de qualidade definidos no modelo de cuidado do SUS; (b) A interação entre duas culturas, com diferentes visões e práticas em suas sociedades, mas com muitos elementos em comum determinados por origens étnicas e culturais semelhantes, influenciou a notável aceitação dos médicos cooperantes, abrindo aos mesmos espaços de influência para a transformação de condições e práticas em prol da saúde;
- Embora a migração cubana seja temporária, mesmo assim ficou demonstrada a preocupação dos médicos com a saúde da população, para além de sua permanência no Brasil, dentro de um compromisso de fortes bases éticas e morais, em um processo de integração e comprometimento espontâneo, sem hierarquias e sem barreiras com as comunidades, exceto apenas nos momentos iniciais, devido às limitações linguísticas, que acabaram por serem superadas.

Conclui-se que os processos de definição de políticas públicas de saúde envolvendo a mobilização de recursos humanos entre nações, com vistas à obtenção de um impacto em saúde, seriam limitados se for analisado apenas seu sucesso com indicadores tradicionais de morbidade, mortalidade, acesso e cobertura. Ao contrário, é imperativo ampliar o horizonte analítico, incorporando a perspectiva da saúde internacional, revisando e documentando as mudanças que ocorreram nas pessoas, nos processos e nas instituições envolvidas em tal processo de migração internacional, seja ele permanente ou temporário, como foi o caso da PMM.

Por fim, deve-se salientar que o Programa Mais Médicos já se encontra em seu sexto ano de vida. Declaradamente, há pouco mais de 18 mil postos de médicos que são financiados em todos os estados do

país pelo mesmo. O número de médicos cubanos participantes foi de 11,4 mil nos primeiros três anos e a partir do ano 2016 esse montante começou a diminuir, estabilizando-se em 8,5 mil, aproximadamente, enquanto o número de brasileiros cresceu neste período, especialmente com médicos graduados em outros países e que, como os cubanos, exercitam seu trabalho profissional exclusivamente em unidades de cuidado básico. Até 2013, as 27 capitais do país ofereciam 8.858 vagas em cursos de graduação em medicina, enquanto todos os mais de cinco mil municípios brasileiros tinham 8.612 vagas. Atualmente o número de vagas nas capitais subiu para 10.637 e, no interior, 14.522.

Em função da demanda dos municípios do país e levando em conta o número de equipes de saúde da família ainda sem médicos em tempo integral, particularmente em regiões com menor desenvolvimento social, o número de médicos necessários a recrutar pelo PMM pode ser ainda maior do que os 18 mil atuais. O exposto sugere que a presença de médicos graduados no exterior ainda será uma necessidade por vários anos no Brasil.

Portanto, as reflexões, as considerações e as recomendações feitas nos vários capítulos deste livro adquirem uma relevância especial e devem ser seriamente levadas em conta por todos os envolvidos na gestão e desenvolvimento do Programa Mais Médicos do Brasil.

Este livro foi organizado por Joaquín Molina, Eduardo Siqueira e Leonardo Cavalcanti, fruto da pesquisa “Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil”.

Esta publicação foi revisada e aprovada pelo Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil, que visa garantir a qualidade e o alinhamento estratégico dos documentos publicados. Em cada um dos capítulos estão indicados os respectivos autores. A revisão final foi realizada por Flávio Goulart, Janine Giuberti Coutinho, Rachel Souza e Lucimar Rodrigues Coser Cannon.

Integrantes do Comitê Editorial da OPAS/OMS no Brasil

Joaquín Molina

Lucimar Rodrigues Coser Cannon

Carlos Rosales Echevarria

Janine Giuberti Coutinho

Projeto gráfico e diagramação

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Agradecimentos

Esta obra não poderia ser realizada sem a cooperação voluntária dos médicos cubanos que ao narrar suas histórias e suas interações socioculturais no Brasil cederam generosamente seu tempo. O nosso agradecimento a todos os médicos intercambistas-cooperados, com amplo reconhecimento e intensa admiração. Agradecemos, também, à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, por haver viabilizado esse estudo, à Fundação Darcy Ribeiro pelas gestões administrativas do projeto e à Universidade de Brasília, em especial ao Departamento de Estudos Latino-Americanos, pelo apoio acadêmico. Por último, o reconhecimento à equipe de pesquisadores que trabalharam nas diferentes regiões do Brasil com assiduidade e elevada capacidade teórico-metodológico no trabalho de campo, análise dos dados e elaboração dos textos. Sem a colaboração e esforço coletivo dos diferentes atores aqui mencionados seria inviável finalizar e publicar este estudo.

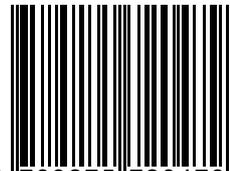


**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

ISBN: 978-92-75-72047-9



9 789275 720479