

**INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA**
GOIÁS
Câmpus Formosa

**DEPARTAMENTO DE ÁREAS
ACADÊMICAS LICENCIATURA EM
CIÊNCIAS SOCIAIS**

IVANILDE MARIA DE DEUS BEZERRA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS SOBRE O PROGRAMA “MAIS
MÉDICOS” NO MUNICÍPIO DE FORMOSA-GO.**

Formosa/GO

2018

IVANILDE MARIA DE DEUS BEZERRA

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS SOBRE O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NO MUNICÍPIO DE FORMOSA-GO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Áreas Acadêmicas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Câmpus Formosa, como parte dos requisitos para obtenção do título de Licenciado em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Me. Janaína Fernandes

Formosa/GO

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - Cip

58 p. : il. color. ; 30 cm.

Orientador: .

TCC (Licenciatura em Ciências Sociais) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Formosa, 2018.

1. Trabalho. 2. Educação. 3. Teorias educacionais. 4. Emancipação humana. I. Ataides, Oberdan Quintino de. II. Título.

BEZERRA, Ivanilde Maria de Deus. **PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS SOBRE O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NO MUNICÍPIO DE FORMOSA-GO.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso – Licenciatura em Ciências Sociais – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Formosa, 2018.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Msc
Instituição: Instituto Federal de Goiás, Câmpus Formosa

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof.
Instituição: Instituto Federal de Goiás, Câmpus Formosa

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Me. Janaína Fernandes
(Orientador)
Instituição: Instituto Federal de Goiás, Câmpus Formosa

Julgamento _____

Assinatura _____

Dedico a Deus pela minha existência.

AGRADECIMENTOS

Com coração como de uma criança que ganha um presente novo que inicio meus agradecimentos. Primeiramente, quero agradecer a minha mãe, Sebastiana, que está sempre presente. A meu pai que se foi fisicamente, mas deixou em minha memória o melhor dele.

A meus pulmões que dou o nome de Gibson e Tiago, que são a razão da minha respiração. A meu companheiro, marido e amigo Vitor Hugo Maia, pela dedicação, amor e paciência que me devota no cotidiano.

A meus irmãos, irmãs, cunhados (as), sobrinhos (as) que ajudaram com palavras de força e admiração, em especial, a minha irmã Maria que virou meu anjo da guarda.

A Iara Maria e Cleidilene, por terem trazido ao mundo Maria e Luan que adoçam minha vida no momento de cansaço. A minha amiga de uma vida inteira Cleidimar Ferreira Barbosa. A Bruna Antunes, Abadia Fernandes, pois sem essas mulheres não estaria fazendo esse agradecimento.

A minha orientadora, a quem desorientei durante o tempo de produção desde trabalho, pelo carinho, dedicação, por acreditar em mim, obrigada!

A Luís Gabriel que me mostrou com suas brincadeiras que a felicidade está em um monte de areia e um baldinho. Aos amigos que o curso me deu, em especial Rayane Miranda, Mariléya Rosa e Rosangela Arraes, obrigada meninas, por todos os momentos que passamos e que ainda vamos passar juntas.

A todos os professores que passaram pelo curso, deixando conhecimento e exemplo a ser seguido. A todos os médicos cubanos em especial o doutor José Antônio Perdomo de Miranda por se disponibilizar a deixar seu país em prol de cuidar dos menos favorecidos.

A toda equipe da Unidade Básica de Saúde do Setor Parque das Laranjeiras em Formosa- Goiás, por terem contribuído com esse trabalho, em especial a Agente comunitária de saúde Eliene Rocha por me acompanhar durante esse processo sempre com palavras de incentivo. A todos os pacientes que me receberam em suas casas, ou dispensou tempo conversando com essa desconhecida, sem questionar minha curiosidade.

“Porque no final, sempre pensamos no começo...”.
(autor desconhecido)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos usuários do SUS sobre o *Programa Mais Médicos* – PMM - na cidade de Formosa/GO. Pressupõe-se que o Programa tenha sido implantado para suprir as necessidades de Atenção Básica à Saúde nas cidades carentes. Sendo assim, buscarei conhecer as mudanças ocorridas nos locais onde estão atuando os profissionais cadastrados no programa, pela perspectiva dos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Usarei como referência o Posto da UBS (Unidade Básica de Saúde) II do Setor Parque das Laranjeiras da cidade de Formosa/GO. Esta etnografia buscou, por meio da observação participante em visitas terapêuticas a pacientes juntamente com doutor representante do Programa *Mais Médico*. Como o tema suscitou muitos debates foram surgindo demandas que poderiam ser exploradas dentro da pesquisa, como a prática racista contra os médicos cubanos logo na chegada ao Brasil. Busco através do olhar do usuário do SUS perceber qual o papel do profissional médico cubano negro, se de médico ou curandeiro.

Palavras Chaves: Programa Mais Médico, Atenção Primária a saúde, Médicos Cubanos.

ABSTRACT

This work aims to know the perception of SUS users about the More Medical Program - PMM - in the city of Formosa / GO. It is assumed that the Program has been implemented to meet the needs of Basic Health Care in the cities in need. Therefore, I will seek to know the changes that have taken place in the places where the professionals registered in the program are working, from the perspective of SUS users (Sistema Único de Saúde). I will use as reference the UBS (Basic Health Unit) II Station of the Laranjeiras Park Sector of the city of Formosa / GO. This ethnography sought, through participant observation in therapeutic visits to patients along with doctor representative of the More Medical Program. As the theme provoked many debates were appearing demands that could be explored within the research, such as the racist practice against Cuban doctors upon arrival in Brazil. I look through the eyes of the SUS user to understand the role of the black Cuban medical professional, whether as a doctor or a healer.

Key Words: More Medical Program, Primary Health Care, Cuban Doctors.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Locais com escassez de médicos.....24

FIGURA 2- Cenas de protesto e racismo sofridas pelos cubanos.....43

FIGURA 3- Racismo sofrido por médica cubana em redes sociais.....44

LISTAS DE TABELAS

QUADRO 1 - Escolas médicas do Brasil por região.....	19
QUADRO 2 – Atenção primária à saúde.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMB- Associação Médica Brasileira

ANMR- Associação Nacional de Médicos residentes

APS- Atenção Primária à Saúde

CFM- Conselho Federal de Medicina

CF- Constituição Federal

CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

FENAM- Federação nacional dos médicos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MP - Medida Provisória

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

REVALIDA - Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira

PMM- Programa Mais Médicos

UBS- Unidade Básica de saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. SAÚDE E FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL.....	18
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	20
3. NOTAS ETNOGRÁFICAS.....	31
3.1 AS VISITAS.....	34
3.2 AS CONSULTAS.....	37
3.3 MEDICAÇÃO.....	39
4. PRECONCEITO RACIAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	41
4.1 MÉDICO OU CURANDEIRO?.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
6. REFERÊNCIAS.....	56

1. INTRODUÇÃO

O tema de redação do vestibular para o qual me submeti no mês de julho do ano de 2013 no Instituto Federal de Goiás Campus Formosa, para o ingresso no curso de Licenciatura em Ciências Sociais, foi direcionado à saúde no Brasil: “Saúde no Brasil: Médicos cubanos é a solução?”. A partir daí os assuntos em torno do Programa Mais Médicos me chamaram a atenção, levando-me a ficar atenta aos comentários sobre os usuários do SUS. Comecei a pensar se o programa seria mesmo o caminho adequado para a solução de alguns dos problemas da saúde no Brasil.

A inquietação na minha mente era reforçada pelas discussões já há muito em andamento. Adveio daí, minha curiosidade em saber qual a percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o *Programa Mais Médicos* (PMM) de uma Unidade Básica de Saúde em um bairro próximo à minha residência, ou seja, qual seria o opinião dos pacientes que necessitam desse atendimento.

No posto de saúde do Setor Parque das Laranjeiras, onde realizei minha pesquisa de campo, no período de setembro a novembro de 2016, conheci o Dr. José Antônio Perdomo Miranda, médico cubano da cidade de Camaguay, que está no Brasil desde setembro de 2013. Com um português quase fluente, diante de alguns dos meus questionamentos, suas respostas surgiam em forma de outras perguntas, como qual a influência da pesquisa para minha vida acadêmica, quanto tempo eu tenho para realizá-la, se conheço o sistema político de Cuba.

Durante a pesquisa, por diversas vezes, tive que explicar as razões pelas quais eu estava ali. Chegaram a me perguntar se minha presença devia-se ao fato de que estava acontecendo algo de errado, ou se minha tarefa era fiscalizar os funcionários, perguntas que as vezes se tornaram cansativas. Porém, serviram para uma aproximação minha em relação tanto aos usuários quanto aos funcionários, facilitando o meu entendimento de como os atendimentos funcionam.

Considero a etapa das observações na sala de espera momentos importantes para a apreensão dos fenômenos sociais, conhecendo os diferentes modos pelos quais as pessoas lidam com suas doenças, escutando suas histórias. Na grande

maioria dos casos, os relatos eram incompletos, interrompidos pela chamada para a consulta. Para mim, nem sempre essa interação foi fácil. Muitas histórias eram comoventes e assumi, desde o princípio, que emoções também fazem parte de uma etnografia.

No meu primeiro encontro com o Dr. Ramon, conversei sobre os horários de atendimento no posto, como é feita a marcação de consultas; indaguei-o se eu podia acompanhá-lo em algumas consultas a domicílios, e ele respondeu-me prontamente com um “Pode sim, sim!”. Durante nossa conversa, seus olhos estavam ora voltados para mim, ora para a porta do consultório, expressando uma preocupação com o tempo. Na sala de espera encontravam-se mais ou menos dez pessoas, todas esperando pelo *médico cubano* (como chamam o Dr. Ramon). O médico brasileiro não estava presente neste dia. Percebi que as pessoas não têm conhecimento de que nem todos os médicos que aderiram ao Programa são cubanos, que entre eles há médicos brasileiros e outros estrangeiros, e mais ainda: descobri que algumas pessoas sequer sabem do *Programa Mais Médicos*.

Após nossa conversa, resolvi permanecer por mais algum tempo na sala de espera, e observei que chegou uma senhora que não tinha consulta marcada, mas tinha certeza de que poderia ser *encaixada*. Pediu para ser atendida, e diante da negativa da recepcionista, solicitou, em tom bravo, que a moça falasse com o *cubano*, pois sabia que ele não negaria atendê-la. Pelo jeito não negou, pois essa senhora entrou no consultório logo em seguida.

Essas e outras atitudes do Dr. Ramon, que serão exploradas ao longo deste trabalho, foram lidas por mim como uma forma diferenciada, em relação ao modo de atuação médica no Brasil, de lidar com a profissão. O compromisso com o bom atendimento aos pacientes fez com que eu me perguntasse se existem diferenças entre os médicos integrantes do *Programa Mais Médicos* e os que não participam do Programa, ou se essas diferenças encontram-se em um nível pessoal, dependendo muito mais das experiências e formação profissional de cada médico.

Na conversa que tive com Dr. Ramon na saída da UBS, ele discorreu muito sobre a influência que o PMM tem tido em Cuba; das mudanças de hábitos dos cubanos; da música; da grande quantidade de sementes que eles têm levado para

Cuba quando vão de férias e dos médicos que têm mudado a concepção do que é medicina. Quando o indaguei sobre o que é medicina, ele respondeu: “*Medicina no Brasil é uma profissão, em Cuba é uma missão; no Brasil se vive da medicina, em Cuba se vive para a medicina, mas infelizmente muitos cubanos estão perdendo isso.*”.

Os nomes dos pacientes visitados, ou com quem conversei na sala de espera serão mantidos no anonimato, sendo fictícios todos os nomes de pacientes constantes neste trabalho. Nas visitas a residências foram usados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Já na Unidade Básica de Saúde, estive na sala de espera com o conhecimento da minha condição de pesquisadora pelos funcionários e funcionárias. Porém, nem sempre essa condição era explicitada nas conversas informais com pacientes a espera da consulta, tanto pela rapidez com que aconteciam, quanto pela espontaneidade com que as pessoas vinham falar comigo. A situação complexificou-se ainda mais quando, por diversas vezes, eu ocupava aquele espaço na qualidade de usuária, tanto quanto meus sujeitos de pesquisa.

Observando as pessoas na sala de espera, optei por utilizar o termo paciente depois de ler no dicionário Aurélio online que a palavra paciente tem os seguintes significados: “*o que recebe ou sofre a ação de um agente; que espera tranquilamente; que ou quem tem paciência, que ou quem sofre sem reclamar; que espera tranquilamente; qualquer pessoa sujeita a tratamentos ou cuidados médicos*”. Não que tenha percebido passividade nas pessoas que esperam por uma consulta, mas pelo fato de serem quase que obrigadas a conviver com as dificuldades em buscar atendimento em uma unidade de saúde.

No primeiro capítulo, discorro acerca da saúde pública, da criação do Sistema Único de Saúde e da formação acadêmica das médicas e médicos no Brasil. Além disso, falo também sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), refletindo sobre os problemas que comprometem o acesso universal à saúde. Diante da desigualdade na distribuição de médicos, o Governo Federal instituiu o *Programa Mais Médicos*.

No segundo capítulo, trago as notas etnográficas e discuto a relação médico e paciente tal qual colocada pelo Dr. Ramon, ou seja, como sendo de grande

importância para que a pessoa aceite o tratamento proposto, para que a doença não seja vista apenas como um fator fisiológico. Por isso, não se pode esquecer que existem outros fatores que motivam o paciente a buscar a Unidade de Saúde. Por meio das visitas terapêuticas a esses pacientes, juntamente com o doutor Ramon, consegui enfrentar a pergunta da pesquisa: qual a percepção desses usuários sobre o PMM, considerando-o como um conjunto de ações para a melhoria da assistência à saúde pública.

No terceiro capítulo, apresento as manifestações de racismo sofridas pelos médicos cubanos, e quais as causas maiores desses atos e suas consequências para o funcionamento do PMM. Juntamente com essa problemática do racismo trago narrativas de pacientes da Unidade de Básica de saúde, na qual foi desenvolvida a pesquisa, veremos através dessas narrativas que o racismo ainda permeia a mente do brasileiro e que o estereótipo do negro escravo é tão forte que é difícil enxergar o como profissional médico, dando-lhe o papel de curandeiro.

2. SAÚDE E FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL

A saúde brasileira é administrada pelo SUS (Sistema Único de Saúde), é integral e gratuita. A proposta do Ministério da Saúde é levar saúde de qualidade a toda a população. Segundo o Banco Mundial o SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo. O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas leis orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, que dispõem sobre a “promoção, proteção e recuperação da saúde”. Um dos principais intuitos da Constituição é promover os direitos sociais, e políticos à saúde e à educação. A carta magna, como é conhecida, foi promulgada dentro de um processo de transição entre uma ditadura militar que durou de 1964 a 1985, e a democracia. Com relação ao direito à saúde, a Constituição garante, através do Artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (CF, art. 196, 1988)

Cabe ao Estado a tarefa de promover a saúde garantindo atenção básica com qualidade e contínua para a população. Para isso, são necessárias políticas públicas eficazes para “tratar as desigualdades sociais”. Como afirma Teixeira (2011) o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Tal superação se dá através do Ministério da Saúde, que garante as verbas necessárias. Porém, a atribuição de formar os profissionais atuantes na área é do Ministério da Educação - MEC.

Porém, para isso, é preciso repensar tanto os cursos de medicina quanto a própria atuação médica. Os cursos de medicina são os mais concorridos pelos estudantes desde sua criação em 18 de fevereiro de 1808 em Salvador- Bahia. A escola de medicina formou-se juntamente com o poder político e econômico no Brasil, sofreu algumas modificações de acordo com o governo vigente, especialmente em relação à configuração do ensino, que é proposta pelo Estado, podendo mudar de acordo a decisão política do momento.

Conforme o sítio eletrônico oficial do Portal do Conselho Federal de Medicina, os cursos oferecidos por instituições particulares foram os que mais aumentaram, passando de 64 para 154 entre os anos de 2003 e 2015, enquanto as públicas, de 62 para 103 neste mesmo período. Os dados fazem parte do levantamento intitulado “Radiografia das Escolas Médicas do Brasil”, organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Estas 257 escolas de medicina são responsáveis pela formação de 23 mil médicos por ano.

As dificuldades de ingressar em uma universidade pública, devido à concorrência, fazem com que as pessoas com maior poder aquisitivo e, conseqüentemente, acesso a cursos preparatórios para o vestibular, endossem o aumento das escolas de medicina particulares em todo o país. São Paulo e Minas Gerais concentram o maior número de instituições, com mensalidades que podem chegar a R\$ 11.706,15, com uma média nacional é de R\$ 5.352, 00.

QUADRO 1:

Escolas médicas do Brasil por Região		
Região	Número de escolas	Número de vagas
Sudeste	107	10577
Nordeste	63	5553
Sul	41	3449
Centro-oeste	24	1917
Norte	22	1787

Fonte: CFM, até julho de 2015

Mesmo com o aumento de escolas de medicina, não houve mudança na distribuição geográfica, sendo que metade das novas escolas de medicina se concentram na região Sul e Sudeste. Além disso, não foram notadas políticas para o incentivo à criação de escolas públicas. Tendo em vista os valores das mensalidades das instituições particulares, inacessíveis para o padrão econômico da maioria dos brasileiros, a demanda por vagas em faculdades públicas tem se tornado cada vez maior. Em 2016, na Universidade de Brasília, por exemplo, foram 126 candidatos por vaga.

A carreira de um médico começa seis anos após a entrada na universidade, mas é bem remunerada desde o seu início. Os profissionais não têm piso salarial, portanto, há diferença entre Estados e Municípios. Por outro lado, a Federação Nacional dos Médicos – Fenan - recomenda que o salário mínimo para vinte horas semanais não seja inferior a R\$ 12.993,00. Esse valor é apenas uma referência, podendo alguns municípios pagar menos. Os maiores salários estão no Distrito Federal onde um médico iniciante ganha em média R\$ 17.000,00. Além de atender em hospitais públicos, os médicos podem trabalhar em hospitais privados, ou ter consultórios próprios, podendo elevar o salário em até quatro vezes esse valor.

Entretanto, já há muito tempo, vem-se discutindo que tipo de profissional médico o país está formando. Para o Conselho Federal de Medicina, as diretrizes curriculares não atendem às necessidades de uma boa formação médica. Segundo o presidente do CFM, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima:

“Infelizmente, o que temos visto são faculdades desqualificadas, com corpo docente despreparado, algumas não possuem nem hospital-escola. Isso resultará em médicos mal formados, o que compromete a qualidade do atendimento”. Para a conselheira do CFM representante do Distrito Federal, Rosylane “o país precisa de mais profissionais sim, mas nossa preocupação é com a qualidade da formação” (LIMA, disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42)

Embora essa radiografia tenha sido feita para que a população possa ser informada sobre a situação das escolas de medicina, os dados ficam disponíveis em sítios eletrônicos específicos do CFM para que a sociedade possa ter acesso, ficando os pareceres apenas no âmbito dos profissionais da saúde. Por outro lado, para a sociedade carente que reivindica por melhorias pelos corredores das Unidades Básicas de Saúde – UBS's - mais conhecidas pela população como *postinhos de saúde*, o *Programa Mais Médicos* trouxe esperança e profissionais dispostos a cuidar da Atenção Primária à Saúde (APS), que visa a prevenção de doenças.

2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A Atenção Primária à Saúde refere-se ao primeiro cuidado com o paciente, abrange os hábitos do cotidiano individual, coletivos e sócio-culturais, são ações

para a promoção e proteção à saúde, é o primeiro atendimento ao paciente na chegada ao posto de saúde. Deve ser de fácil acesso, deve servir também como prevenção a doenças, facilitando o encaminhamento para um eventual tratamento contínuo. (PNAB, 2002)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) traz um quadro com as diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde.

QUADRO 2:

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS seletiva Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento.
Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde.	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.

<p>Uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde.</p>	<p>Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.</p>
	<p>Não diferente nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais indusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.</p>

Fonte: CONASS, 2011.

Maria Helena Machado, pesquisadora e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Recursos Humanos e Saúde, da Escola Nacional e Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), diz que a Medicina requer excelência na formação, que os cursos deveriam atentar para um currículo que atenda à população. A pesquisadora argumenta que os médicos estão sendo formados para serem profissionais liberais, não havendo interesse em um tratamento integral do ser humano. (BATALHA, 2013)

Segundo o Ministério da Saúde, em 2013, ano da implantação do PMM, a

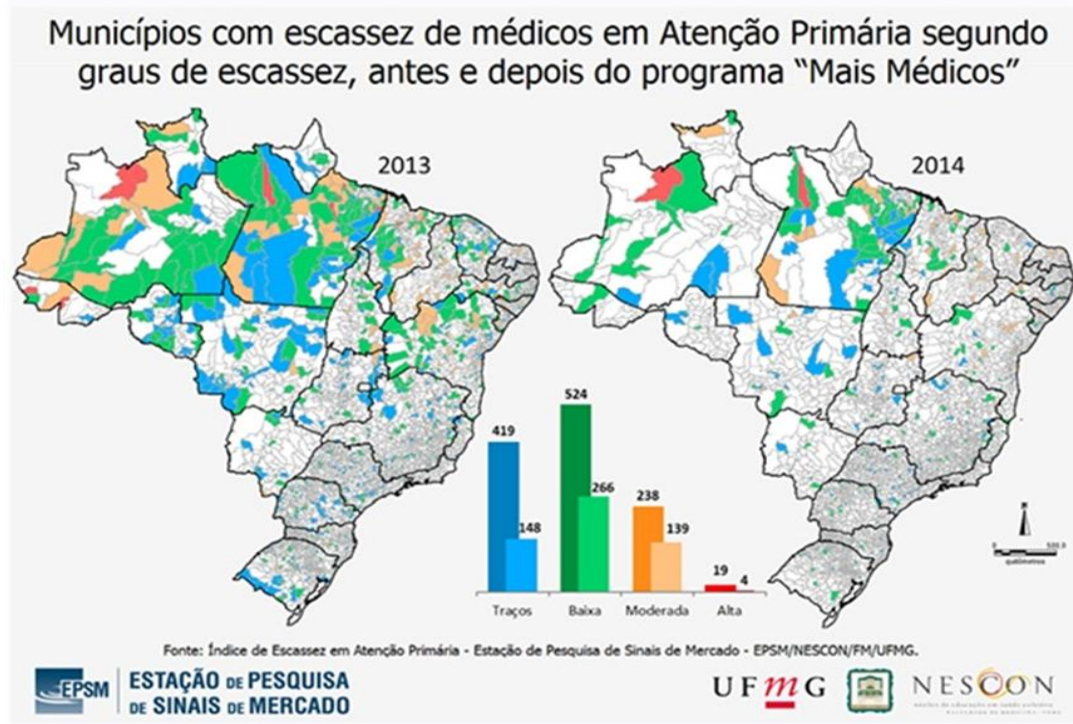
média nacional era de 1,8 de médicos por mil habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não estabelece quantidade de médico exata por habitantes, mas o Governo Federal usou como parâmetro o índice do Reino Unido, de 2,7 médicos por mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) A desigualdade demográfica é a maior causa das reclamações dos usuários do SUS e dos profissionais de saúde, como enfermeiras e agentes comunitários de saúde. Nos locais onde há falta de médicos esses profissionais acabam sendo sobrecarregados, além de dificultar o acesso à saúde por pessoas que moram distantes dos postos de saúde.

Algumas capitais, entre elas as cidades de São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e o Distrito Federal, têm quantidade de médicos dentro da média nacional, enquanto vários municípios, mesmo após a implantação do *Programa Mais Médicos*, continuam com demandas por médicos, havendo grande dificuldade de encontrar profissionais dispostos a atender em UBSs distantes dos grandes centros, como nos territórios indígenas e quilombolas.

Conforme o sítio eletrônico do CFM, em publicação do dia 30 de novembro de 2015, a desigualdade na distribuição dos médicos decorre do fato de que as novas escolas foram abertas nas regiões onde já se concentrava a maioria delas. As 39 cidades com mais de 500 mil habitantes detêm 30% da população e 60% dos médicos de todo o país. O *Programa Mais Médicos* foi uma resposta do Governo Federal a essa problemática, uma tentativa de levar saúde à população, formar médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) e repensar a formação desses profissionais, mudando o retrato de descaso e abandono existente na saúde brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

No ano de 2015, com o *Programa Mais Médicos* já implantado, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais realizou uma pesquisa para saber qual teria sido o impacto do PMM na escassez de médicos nas regiões pouco beneficiadas por profissionais de saúde. Como podemos ver no mapa abaixo, o quantitativo de locais com escassez de médicos foi reduzido quase pela metade.

FIGURA 1:



Porém, com a implantação do *Programa Mais Médicos*, aconteceu uma série de manifestações no país. Uma parte da população se colocou a favor, vendo no programa uma esperança de melhorias reais para a saúde integral da população. Ao contrário, uma parcela majoritária dos estudantes de medicina ficou apreensiva, aderindo ao pensamento da grande maioria dos médicos representantes do CFM (Conselho Federal de Medicina), que se manifestaram contra, pois viam nos médicos estrangeiros uma ameaça à saúde da população, principalmente as mais carentes, que podem sofrer com a falta de preparo e qualificação dos profissionais estrangeiros cadastrados no PMM, dando um destaque aos cubanos, que foram hostilizados assim que chegaram ao Brasil.

A principal crítica feita ao PMM foi à falta de fiscalização sobre a formação dos médicos estrangeiros. A discussão girava em torno da aprovação desses profissionais no Revalida (Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira). Revalida é o nome do exame feito por médicos que se formaram no exterior. Para que exerçam a profissão em território nacional é preciso que o profissional formado no exterior tenha seu diploma validado pelo Ministério da Educação. É feito um processo seletivo de duas

etapas, sendo que a primeira é uma prova teórica, a fim de avaliar os conhecimentos. E a segunda etapa, é uma avaliação clínica para avaliar a capacidade prática de exercer a medicina.

Além disso, juntamente com os profissionais estrangeiros e brasileiros que aderiram ao PMM, havia a necessidade de consolidar uma nova forma de tratar os usuários do sistema público de saúde. Para tanto as faculdades teriam que se adaptar a um diálogo franco, que o médico veja em seu paciente mais que uma doença, mas um ser humano, com pensamento de prevenção e tratamento adequado, tornando a Atenção Básica à Saúde prioridade. (IANNOTTI, 2013)

Essa discussão, entretanto, não é recente. A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além de discutir a promoção da saúde de forma integral, também já falava sobre a elitização da prática médica, em que grande parte da população ficaria excluída do exercício da medicina.

Na conferência reafirmou-se que:

“(...) reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos e ser reconhecida a sua determinação intersetorial”. (ESCOREL ET AL, 2005, p. 64).

Todas as conferências posteriores a essa, reafirmaram a responsabilidade do Estado em cuidar da saúde da população. As conferências foram de grande importância para fomentar e avaliar a trajetória da saúde no país, como a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, que deu base para a elaboração dos artigos sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, como podemos ler no relatório final da Conferência, intitulado “Saúde como Direito”:

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitárias ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.”

(RELATÓRIO FINAL, SAÚDE COMO DIREITO).

Do referido relatório, advieram os artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O modo de praticar a medicina vem sendo discutido há muito tempo. No caso dos debates travados em torno do *Programa Mais Médicos*, deixou-se clara a sensação de insegurança dos profissionais da saúde. Por mais que saúde seja responsabilidade do Governo Federal, Estados e Municípios, o PMM não foi implantado somente pela vontade desses órgãos responsáveis, mas como resultado de uma demanda da sociedade e da pressão de prefeitos de várias cidades.

O Programa da Saúde da Família (PSF) foi criado como uma estratégia de organização da atenção básica. A Pastoral da Criança, movimento vinculado a Igreja Católica, desenvolveu um trabalho junto às comunidades carentes, dando atenção especial a crianças e gestantes. Desenvolvido por Zilda Arns, foi inspirado em um modelo usado por Cuba para erradicação da mortalidade infantil. Com os resultados apresentados pela pastoral, o Governo Federal da época criou o Programa Saúde da Família (PSF). Porém, mesmo tendo bons profissionais, faltavam médicos para atender as populações afastadas dos grandes centros. Por pressão de alguns prefeitos, principalmente das cidades do Nordeste, criou-se o PMM. (IANNOTTI, 2013)

Dentro desse contexto, as diversas manifestações populares de 2013 que

ficaram conhecidas como “Jornadas de Junho” foram motivadas por vários fatores. Dentre as demandas, estava a melhoria nos serviços de saúde pública. Paim e (2015) assim ponderam:

“As jornadas de junho de 2013 trouxeram voz ao povo brasileiro por mais Estado, mais direitos sociais e uma democracia mais profunda e participativa. Uma juventude que não viveu as mazelas da ditadura, nem conheceu os tempos duros de inflação e desvalorização da moeda nacional, tampouco conviveu com epidemias de cólera e uma legião de analfabetos que migravam para os grandes centros em busca de uma vida melhor, tende a não se contentar com o já conquistado e foi às ruas para cobrar do Estado medidas mais profundas e transformações sociais compatíveis com o crescimento econômico apresentado nos últimos períodos.” (PAIM; MAGNO, 2015)

Houve uma grande divulgação na mídia sobre a insatisfação da sociedade em todos os âmbitos do Estado. Diante da turbulência que o país vivia naquele momento, a presidente Dilma Rousseff anunciou em rede nacional o *Programa Mais Médicos*. Segundo a presidente, na conjuntura em que o país vivia, para o sucesso do PMM, era preciso a incorporação de médicos estrangeiros.

A partir desse momento a grande mídia fomentou um debate. De um lado, médicos e, de outro, o governo na disputa pela opinião pública. Por parte do primeiro grupo, manifestações contrárias à contratação de médicos estrangeiros e às mudanças propostas pelo governo nas grades curriculares dos cursos de medicina, especialmente com a obrigatoriedade dos estudantes de passar pela Atenção Básica à Saúde.

A Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) divulgaram uma carta aberta no sítio eletrônico do CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo -, convocando médicos, profissionais da saúde e estudantes para se mobilizarem contra a contratação de médicos estrangeiros.

Mesmo com as manifestações contrárias à atuação dos médicos estrangeiros, o *Programa Mais Médicos* foi implantado. Instituído pela Lei n. 12.871 de 22 de Outubro de 2013, estrutura-se na implantação de médicos emergenciais, educação

médica, e infra-estrutura.

Entre junho e agosto de 2013 o Instituto Datafolha fez uma pesquisa em 160 Municípios brasileiros para saber a opinião dos usuários do SUS em relação a vinda dos médicos estrangeiros. Dos 2.615 entrevistados, 54% foram favoráveis, 40% contra, 4% foram indiferentes, 2% não souberam responder. Isso nos mostra que desde a chegada dos médicos estrangeiros a metade dos usuários já aprovava sua vinda, mesmo sabendo que poderiam ter problemas com a comunicação.

Para alguns médicos brasileiros que se opõem ao PMM, inclusive Lopes (2013), os investimentos deveriam ser voltados para a estrutura. Por outro lado, os pacientes usuários do SUS evidenciam que a Atenção Primária é importante para que se obtenha confiança no médico e em toda equipe de profissionais. Apesar dos benefícios trazidos pela implantação do PMM, o excesso na demanda pela atenção primária parece ainda ser uma das causas que dificulta o atendimento médico.

Pude verificar isso nos discursos proferidos pelos usuários em meu trabalho de campo. Na UBS2, em Formosa/GO, o mais importante é a relação pessoal, respeito, consideração, disponibilidade para escutar, acolhida e, por fim, os diagnósticos precisos. A equipe de agentes comunitários de saúde da UBS 2 é composta somente por mulheres. Essas agentes comunitárias de saúde e os médicos são os mais lembrados pelos pacientes. A agente de saúde tem um papel fundamental nessa relação, pois é vista como alguém que pode proporcionar o acesso ao médico. Quando questionados sobre o atendimento, os usuários não citam nada como a estrutura ou forma de fazer exames, como cita Lopes (2013). Os relatos são em sua maioria relacionados ao atendimento primário:

“Ter a moça que vai à casa da gente é bom, porque a gente fala pra ela o que quer, se tiver muito doente ela marca com o médico ir na casa da gente, é bom, porque nem sempre tem como trazer o doente no posto, mas antes não era assim, quando eu ia imaginar que o médico vinha na minha casa.” (SILVINA, 82 anos)

A atenção básica visa à universalidade no atendimento. Com isso acredita-se que o PMM contrataria médicos com perfil voltado para a Atenção Primária, para tratarem da manutenção da saúde através da inclusão desses sujeitos na dinâmica da UBS. Essa relação entre pacientes e profissionais da saúde faz com que o

acolhimento aumente a qualidade da consulta. Para os pacientes o médico que os ouve entende melhor o seu estado de saúde, facilitando a aceitação quanto à melhor forma de tratamento.

Para Lima (2014), toda a problemática em torno da saúde pública no Brasil concentra-se na busca pela satisfação do usuário, sendo este um dos principais objetivos das equipes de trabalho dos postos de saúde. Estas, por sua vez, admitem que nem sempre é possível chegar a uma qualidade no atendimento principalmente quando se trata de atenção primária, devido a vários fatores como falta de autonomia no atendimento, o tempo de espera, falta de clareza nas orientações e humanização da equipe de trabalho:

“Sempre fui bem atendida aqui, antes tinha que chegar muito cedo para marcar as consultas, como tinha muita gente, às vezes marcava para mais de quinze dias, tinha que esperar fazer o que, né? Agora marca pra perto, ruim é esperar, não ligo porque o médico atende bem, conversa muito” (MARIA).

“Sentia-me vulnerável, não sei como alguém podia viver comendo tão pouco, o outro médico que me atendia, só falou, não coma isso, aquilo, pronto! Eu me boicotava, até que achei esse grupo da internet, foi bom saber que tinha outras pessoas passando fome junto comigo (risos), quando cheguei aqui no posto que o médico cubano me ajudou.” (NEIDE)

“Não sei para que marcar para tão cedo, se vamos ficar aqui esperando, tinha que ser um horário certo, moro longe, tenho criança pequena e tenho que ficar aqui esperando minha vez, não gosto disso, nem da cara da mulher que trabalha aqui, parece “as tal”. (NAZARÉ)

Esses depoimentos trazem consigo o retrato da principal porta de entrada do sistema único de saúde, pois as unidades básicas de saúde atendem a grande maioria das consultas feitas pela rede pública, além de outros procedimentos contínuos, como as demandas sanitárias, educação em saúde, educação bucal, campanhas de vacinação e de prevenção. O fato de o atendimento ser demorado justifica-se pelos médicos do PMM atenderem no Programa de Saúde da Família. Os pacientes qualificam os serviços pelo tempo das consultas, em sua maioria não ficam insatisfeitos com os prováveis atrasos. Segundo o Dr. Ramon, as pessoas que reclamam dessa demora na consulta não são frequentes na Unidade Básica de Saúde, como podemos perceber pelo relato a seguir:

“Venho muito aqui, sou hipertensa, as moças que trabalha aqui já me conhecem, sempre que quero consultar, peço para me encaixar no lugar de alguém que não veio, não costumo marcar, tem pessoas que marca e não vem, mas também acho que já tem as vagas para quem não marcou, eu acho.” (ANA)

Ter acessibilidade e igualdade é um dos desafios do SUS no âmbito do atendimento. As equipes de trabalho têm que ter qualificação de Saúde da Família, para através de uma educação continuada exercer um atendimento igualitário, respeitando as necessidades de cada paciente. Sendo a atenção básica ou atenção primária em saúde a “porta de entrada” dos usuários do Sistema Único de Saúde, o objetivo é orientar o paciente para determinado tipo de tratamento, direcionando os casos dos mais graves até os mais simples.

Ter um bom relacionamento com os pacientes requer interesse da equipe, disposição dos médicos e enfermeiros, capacidade e paciência para escutar: “*Ao final de uma consulta o médico precisa saber se o paciente está satisfeito, nesse caso o médico não é centro das atenções, ali o paciente é o mais importante*” (Dr. Ramon) por isso o acolhimento é a parte mais importante da consulta.

Neste capítulo tentei demonstrar como funciona a porta de acesso à atenção básica e como o paciente percebe isso, como a desigualdade na distribuição dos médicos pode afetar o acesso universal a saúde no Brasil.

Demonstrei através das notas etnográficas a importância da relação médico/paciente, pontuando algumas particularidades do profissional médico cubano que faz parte do *Programa Mais Médico* através das narrativas dos pacientes usuários do SUS Unidade Básica de Saúde, Parque as Laranjeiras em Formosa-GO.

Através das visitas terapêuticas e acompanhamento das consultas tentei demonstrar o que mais parece um pacto firmado entre médico e paciente. Onde as pessoas que convivem com doenças sendo crônicas ou não, preferem um receituário de medicamento que recomendações referentes à mudança de estilo de vida, como a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

3. NOTAS ETNOGRÁFICAS

O Município de Formosa, no sudeste do Estado de Goiás, distante cerca de 287 km da capital Goiânia e 80 Km de Brasília, como algumas cidades do Brasil, sofre com a falta de médicos, com precariedade estrutural da saúde, com falta de remédios, que poderiam ser doados pela farmácia pública, que sofrem com a falta de um profissional que tenha disponibilidade para escutar, falar, dar diagnósticos precisos, enfim, efetivar a Atenção Primária a Saúde.

Formosa aderiu ao *Programa Mais Médicos* com o intuito de atender à população em Unidades Básicas de Saúde e preencher o quadro de profissionais, tanto na zona urbana como na rural. O município de Formosa/GO recebeu no ano de 2013 o total de dezessete médicos, sendo oito brasileiros, oito cubanos e um argentino. Desse montante, oito são mulheres. O município conta hoje com quinze Unidades Básicas de Saúde, porém nem todas têm atendimento por profissionais cadastrados no *Programa Mais Médicos*.

Na pesquisa realizada para este trabalho, conforme se verá ao longo do texto, percebe-se que, para os pacientes que buscam o “posto de saúde”, não é relevante a infraestrutura do local, a nacionalidade do médico, ou de onde vêm os recursos. Os pacientes buscam soluções para o seu problema, um diagnóstico preciso ou um encaminhamento para alguma especialidade. Em alguns casos querem apenas conversar sobre suas dores. Como ainda existe um grau de dificuldade de ter acesso às consultas, os usuários têm maior preocupação em serem atendidos do que em como o atendimento é feito em si. (SANTOS, 1995)

Procurando entender como os usuários têm lidado com o Programa Mais Médicos depois de três anos de implantação, este trabalho tem a proposta de averiguar a satisfação dos usuários do SUS, nas áreas compostas pelos profissionais que aderiram ao PMM, atuantes no município de Formosa/GO.

Não fui movida apenas pela curiosidade em saber qual a percepção dos usuários do SUS sobre o *Programa Mais Médicos* - PMM, mas em saber o quê realmente foi ou está sendo eficaz para o paciente (usuário do sus), como as mudanças propostas pelo programa, entre eles investimentos na infraestrutura, são

vistas pelos pacientes que procuram a unidade de saúde. Em outras palavras, as críticas feitas ao *Programa Mais Médicos*, principalmente pelo Conselho Federal de Medicina, fazem sentido para os pacientes atendidos nas unidades de saúde?

Com este trabalho podemos alimentar o debate sobre ganhos ou perdas da população com o *Programa Mais Médicos*. A questão a ser enfrentada é: Será que o programa cumpriu com o objetivo na cidade de Formosa-GO? Para isso o foco será dado nas relações cotidianas entre médicos e pacientes, com objetivo de compreender as formas de atendimento e medicação.

Entre os médicos que vieram de Cuba, estava Dr. Ramon, 51 anos, cubano, especialista em medicina geral integral, trabalhou por cinco anos República Bolivariana da Venezuela, chegou ao Brasil no mês de novembro de 2013, não sabia em que cidade iria atuar.

Meu primeiro contato com o Dr. Ramon, o *cubano*, como ficou conhecido pelos pacientes em Formosa, foi em uma consulta em que acompanhei meus pais. Depois do atendimento, que durou por volta de trinta minutos, foi minha oportunidade de falar sobre esta pesquisa e pedir a sua colaboração. Minha escolha em fazer a pesquisa nesta Unidade Básica de Saúde foi por pertencer a um bairro no qual tenho convivência com alguns usuários do SUS, alguns pacientes do Dr Ramon, que indicam consultas com ele, e que haviam comentado sobre as mudanças que vêm acontecendo no “postinho”, tanto no atendimento quanto na infraestrutura.

Entretanto, procurei levar em consideração as ponderações de Gilberto Velho (1978), quando diz que, mesmo conhecendo a realidade do ambiente de pesquisa, e tendo dados importantes e concretos, o confronto com a realidade é importante para superar o estranhamento e dar uma nova interpretação aos dados da pesquisa. Dessa forma, coloco aqui em grande relevância minha interação com pacientes e funcionários no posto de saúde, e também com próprio médico.

Doutor Ramon é negro, sorridente, despojado, costuma usar roupas coloridas, nada lembrando um médico se não fosse pelo estetoscópio no pescoço. Segundo o doutor Ramon, os médicos que ingressaram no Programa receberam um curso introdutório sobre a medicina que é exercida no país de destino, a língua, costumes

e culinária. Além das informações recebidas nesse “treinamento”, ele também buscou informações através da imprensa e pela internet.

Ao chegar a Brasília junto com outros médicos, foi instalado em um hotel, para participar de uma nova etapa de preparação sobre a cidade onde iriam atuar, tiveram aulas de português, novamente um reforço nas “regras” para estar no Programa. Apenas vinte dias depois de sua chegada foi informado que iria trabalhar no município do Formosa- GO.

Após se instalar na cidade teve conhecimento da unidade de saúde onde iria trabalhar, sendo ela a UBS 2 do setor Parque das Laranjeiras. A unidade tem duas equipes de trabalho, sendo dois médicos (apenas um faz parte do PMM), duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas dentistas, duas auxiliares de dentistas, duas faxineiras e doze agentes comunitários de saúde. Atende a uma população total de 1676 pessoas cadastradas até a data da pesquisa. A área descrita é dividida em setores: Setor Ferroviário, Pampulha, Setor Santa Rosa, Vila Imperatriz, parte do Centro e Lagoa dos Santos.

Quanto a sua chegada ao local de trabalho, Dr. Ramon relatou que:

“O maior impacto foi enfrentar-me a uma população desconhecida completamente, com uma situação de saúde também desconhecida, mas com o antecedente de que tinha muitos problemas de saúde acumulados durante anos e que até a data nunca foram resolvidos. Também representou um desafio, primeiro conhecer a dinâmica e conteúdo de trabalho da UBS e depois fazer parte gradualmente da mesma como uma verdadeira equipe de saúde.” (DR. RAMON).

Continuou, após atenciosamente responder uma enfermeira, falando sobre a necessidade de trabalhar em equipe, que para obter resultados em toda comunidade é preciso pensar no indivíduo. Após uma fala calma e demorada voltou-se para mim e sorriu como se não tivesse entendido o final da conversa, relatou sobre a situação do momento:

“Viu? Nós estudamos para entender os brasileiros, mas elas não pensam que precisa falar devagar, para eu entender o que dizem (risos). Para mim, como para a grande maioria dos médicos cubanos, a maior dificuldade inicial esteve na comunicação, pelo pouco domínio do idioma português. Não encontrei grandes diferenças quanto a costumes, religiões, porém, vi diferença na culinária do país.” (DR. RAMON).

Como vemos na citação, o Doutor Ramon acredita que apesar da comunicação ter sido apontada como um dos pontos negativos aos médicos estrangeiros, ela pode ser superada, que o diálogo precisa ser priorizado entre médico-equipe-paciente.

Cardoso de Oliveira (1993) enfatiza as etapas para a construção do trabalho do antropólogo. Alguns acontecimentos me fizeram pensar na minha tentativa de imparcialidade e em como a emoção em vários momentos tomou conta de mim. Assim, as funções de ouvir, olhar e escrever foram levadas em consideração durante meu trabalho, especialmente quando ouvi o doutor Ramon falar sobre seus pacientes e os pacientes falarem sobre o médico que os acompanham em momentos de fragilidade.

Da mesma forma, observei conversas entre médico e paciente que mais pareciam de amigos, com relato de trocas de presentes, jantares e troca de experiências pessoais., fazendo-me refletir sobre meu papel na pesquisa. Enfim, o processo de escrita deste trabalho foi um modo de reviver essas histórias. Considerei que já não sou somente uma pesquisadora e tornei-me amiga do doutor Ramon. Isso ficou claro no momento em que recebi o anúncio de que retornaria a Cuba, que lançou em mim um sentimento nostálgico devotado a amizades que se encontram distantes. Acompanhei-o ao aeroporto de Brasília e desde então não tive mais o prazer de vê-lo.

As histórias são únicas e os sentimentos se misturam com a rotina da pesquisadora. O olhar, o ouvir e o escrever se tornam uma experiência pessoal única e cheia de lembranças tanto das leituras feitas no decorrer da graduação como das pessoas que tão gentilmente me receberam em suas residências, sempre com convite para que retornasse.

3.1. AS VISITAS

Os usuários relataram que há muito tempo esperavam pelas novas instalações da unidade de saúde, que foi inaugurada no dia 13 de novembro de 2013. O atendimento ficou mais facilitado, com nova sala de curativo mais confortável. Nas antigas instalações, não tinha sala própria para coleta de material para prevenção de

doenças ginecológicas. O posto ganhou também uma sala ampla para reuniões, utilizada para palestras de conscientização e prevenção de doenças.

Ana (66 anos), questionada sobre as mudanças ocorridas na unidade de saúde, respondeu:

“Aqui mudou muito, agora uma vez por semana, eu acho, vão ver pressão, açúcar no sangue, na praça perto de minha casa, acho bom, toda vez vou, sem contar que o posto está mais bonito, maior, banheiros grandes.” (Ana).

Entre as ações da unidade de saúde, algumas são agendadas, outras são espontâneas. Toda semana tem um cronograma a ser seguido. As trocas de receitas são feitas conforme a demanda, não havendo necessidade de marcar consulta previamente. O acompanhamento da hiperdia (pressão arterial), feita conforme marcação de consulta, tem prioridades das vagas disponíveis. As visitas domiciliares são agendadas pelas ACS's. Tais visitas são indicadas para pessoas que não têm condições de ir ao posto de saúde.

Das onze visitas terapêuticas que acompanhei, uma foi na casa do seu Joaquim, um senhor que diz ter mais de cem anos. Mora sozinho, em uma casa simples. Mesmo tendo direito à visita domiciliar, às vezes surpreende os funcionários da UBS, chega de surpresa e diz que foi apenas retribuir a visita do médico. Sempre que se encontra com o doutor, pede para tirar foto, diz que é para o médico guardar de lembrança.

“Há uns tempos atrás o médico não vinha aqui, somente a agente de saúde que aparecia, marcava as consultas, falava de como devia comer, tomar banho, depois que chegou mais médico, ele vem, eu acho bom, nos rimos muito juntos, velhos gostam de atenção, esse doutor da muita atenção, ensina direitinho como tomar os remédio, não briga quando falo que tomo uns chás. E também ele é muito simples, chega de bicicleta, quando imaginei um médico vinha na minha casa.” (JOAQUIM)

Para algumas pessoas, receber a visita do médico em sua residência é uma novidade, um privilégio. Ninguém pode atrapalhar esse momento. Percebi que alguns viam em mim uma ameaça a essa relação privilegiada entre médico e paciente, já que fazem questão que esse encontro seja apenas entre eles. As perguntas se tornaram corriqueiras: “Não vai me filmar não né?”, “O que seu curso tem haver com saúde?”, “Você é estagiária?”, “Sua pesquisa vai fazer mudar alguma

coisa?”, “Você está aqui é para saber se o doutor está fazendo direito?”. Geralmente esses questionamentos eram feitos quando eu era apresentada como pesquisadora.

Quanto melhor a relação médico-paciente, mais êxito o médico pode ter na manutenção da saúde, e satisfação plena do usuário. Em visita à casa de Sebastiana, 87 anos, viúva, bem vestida, perfumada, percebi que ela chamava Dr. Ramon de filho e ele a chama por um apelido carinhoso de Donha:

“Espero por ele, faço lanche para esperar, me arrumo assim, porque já passei muita dificuldade, acho que demorou muito o médico vim em minha casa, a gente é pobre, o outro médico nunca ia vim aqui, também era tanta gente para apenas um médico atender, agora quando quero a visita peço a Agente de Saúde para marcar, gosto que ele venha, porque me fala tudo que tenho que fazer, comer, que tipo de creme usar na pele, como tenho que trocar receitas todo mês, ele vindo fica mais fácil.” (SEBASTIANA)

A atenção que o médico dá ao indivíduo e sua família fortalece os laços de afeto, fazendo com que os pacientes tenham confiança e respeito pela opinião do médico, e com que este tenha resolutivas imediatas. Segundo a paciente, o doutor Ramon se tornou um amigo, demonstra ter consciência sobre a importância da sociedade ter acesso a saúde de qualidade:

“Fico muito contente com essas mudanças que o governo fez nos postos de saúde, tem ainda muita coisa que podia mudar, exames mais fácil, cirurgias, ter remédio de graça no posto, ter mais médico, eu acho dois medico pouco, mais coisa boa hoje, o doutor veio aqui quando meu marido morreu, olhou pressão, veio mais uns três dias seguidos, confio nele, conversou com minha filha que preciso dormir com travesseiro mais baixo, vou precisar de uma cirurgia de catarata, que tem umas coisas que sinto que não vai passar, é da idade, fiquei sabendo que ele vai embora, tomara que demora, vai deixar saudade, as coisas boas do governo sempre dura pouco, nem entendo isso, se está bom, tinha que era que aumentar.” (SEBASTIANA)

Diante do contexto observado pude perceber que poucas pessoas fazem comentários diretos ao PMM, mas sim ao conjunto de ações da unidade de saúde. E o principal eixo dessas ações refere-se a um dos pontos centrais do ofício médico, sob a perspectiva do paciente. Trata-se da questão da medicação.

A medicação está presente em nossa vida de diversas formas, um simples analgésico a um chá noturno para dormir melhor. Para alguns funciona como um

combustível para o cotidiano fluir melhor, ou para a cura de doenças mais graves, paliativo para doenças crônicas. Nos dias atuais o ritmo de vida leva a população a viver de modo cada vez mais estressante e difícil. Cobranças nos estudos, no trabalho, de modo que o excesso de atividades produz ansiedade, insônia, depressão, busca por satisfação imediata.

Nessa linha de pensamento, foi percebido na observação participante que a angústia e a tristeza podem ser motivos para ir ao médico em busca de uma prescrição de medicamento que o tire o sofrimento, da frustração sofrida pelo fim de um relacionamento ou até mesmo a perda de um parente.

Doutor Ramon, quando perguntado sobre o processo de medicar os pacientes, respondeu que:

“Saúde no Brasil me parece que está associado à juventude, beleza e felicidade, poucos valorizam o processo natural da vida, que existem fatores que não podem ser mudados, podem sim, ser amenizados com medicamento, coisas como gravidez ou transtorno do climatério não são doenças, é uma fase da vida das mulheres, queda de cabelo e da libido, também podem acontecer com os homens. Pessoas que querem formulas milagrosas para emagrecer, para calvície, estimulante sexual, me recuso a fazer parte de uma fantasia, de enganar o paciente, em todos esses casos, pode haver melhoras com mudança do estilo de vida.” (DR. RAMON)

Após essa informação dada pelo médico do PMM pude perceber que muitas vezes, na Medicina praticada no Brasil, o foco é apenas a doença. O paciente é visto pelo ponto de vista fisiológico, não é perguntado ao paciente sobre outros fatores que envolvem o seu cotidiano. Para obter essas informações, seria preciso que os profissionais de saúde estivessem mais próximos dos pacientes. Tendo isso em vista, o Dr. Ramon saía de casa com uma roupa bem escolhida para não destoar das pessoas que estariam na sala de espera, para assim facilitar a aproximação com os pacientes.

3.2. AS CONSULTAS

Sobre a atuação de Dr. Ramon nos atendimentos, pude verificar, além das visitas domiciliares, as consultas realizadas dentro da própria UBS. Naquele espaço, eu tendia a ficar ou na sala de espera, observando o trânsito das pessoas que ali

passavam, ou - como em poucas oportunidades - no consultório, dependendo da permissão dos pacientes para tanto. Em uma dessas consultas, apresentei-me a senhora que permitiu que eu acompanhasse a consulta. O médico reforçou o motivo da minha presença, sentei-me em uma cadeira que ficava atrás da paciente, embaixo de uma janela, que dava para um espaço vazio, composto por algumas árvores.

A paciente, uma senhora de 62 anos, sentou na cadeira em frente ao médico. Este perguntou: “Qual o motivo da consulta?” A senhora começou a contar das dores no estômago e na perna, falando ininterruptamente. Olhando para a senhora, ele pede calma, e pergunta se ela toma algum remédio. Ela, então, falou vários nomes de remédios. Olhando fixamente para a bolsa com aparelhos médicos em cima da mesa, Dr. Ramon pediu para que a paciente sentasse na maca. Durante o exame clínico, retirei-me do ambiente. Depois de alguns instantes, Dr. Ramon chamou-me de volta.

Após ela sentar-se, ele começou a falar sobre os efeitos de cada um dos medicamentos. Com rosto sério, testa franzida, enquanto falava ele riscava um papel em círculos, e pediu para que ela tentasse mudar os hábitos alimentares. Utilizou-se, para tanto, da frase: “*sua cura está em suas mãos, a senhora precisa me ajudar*”. Depois de olhar os exames, falou que precisava reduzir drasticamente a quantidade de medicamentos, que assim poderia ficar doente, e sorriu. A senhora tentou argumentar sobre o porquê de tanto remédio, enquanto ele fazia anotações no prontuário, que é todo manual. Ele a olhou e disse: “*Fica sem tomar esses remédios trinta dias, quando voltar a gente conversa*”.

Ao sair pela porta, a paciente falou alto: “*um médico põe os remédios, o outro tira, assim fica difícil*”. Ao término das consultas, ainda na sala de espera, uma agente de saúde comentou sobre essa ser uma das maiores reclamações dos pacientes: essas diminuições de remédios. “*De algumas pessoas tirou praticamente todos. Os pacientes não gostam disso. Chegaram a identificá-los como o médico que põe e o médico que tira*”.

Não obtive autorização para ter acesso à consulta com o outro médico que atende na unidade de saúde, porém os pacientes, enquanto estavam na sala de

espera, declararam que ele é mais técnico, e geralmente prescreve mais remédios, citado pela maioria como um bom médico.

Os médicos estrangeiros, pontuando os cubanos, se formam para manter a saúde, tratamento voltado para o indivíduo. Como disse o doutor Ramon, “para manter a saúde não precisa tomar remédios”. Por outro lado, uma paciente de outro médico com que conversei, quando perguntada sobre o que fazer para manter a saúde, respondeu: “*temos que tomar o remédio, conforme o médico indicou*”.

3.3. MEDICAÇÃO

O uso de medicamento tem a finalidade de amenizar os sintomas relacionados à doença ou para manter a saúde. Porém cada sociedade, grupo social ou etnia têm suas particularidades em relação à medicação. O médico é a pessoa indicada para prescrever medicamento quando se fizer necessário, mesmo que não seja obrigatório o uso da receita. Durante a pesquisa, pude perceber que os usuários consultados em sua maioria desejam que as consultas gerem prescrição de remédios, mesmo que seja em uma consulta de rotina.

Para o Doutor Ramon a crença em demasia nos medicamentos pode levar os pacientes a automedicarem sem necessidade, como o caso citado por ele de uma senhora que entrou em uma farmácia para comprar remédio pelo simples fato de estar em “promoção”. Para ele, o medicamento chega ao paciente antes mesmo do serviço médico. O uso indiscriminado de remédios causa sérios problemas ao usuário, além de desviar o pouco recurso que algumas pessoas possuem.

“As farmácias tem o mesmo modelo de supermercado, ao mesmo tempo em que algumas pessoas sofrem a falta de políticas públicas que de suporte as pessoas com pouco recurso financeiro, outras pessoas chegam a gastar metade do salário com medicamentos, medicamentos muitos vezes desnecessário para se obter ou manter a saúde, remédios tipo, para crescer cabelo, cansaço ou para tirar a dor da perca de um filho.” (ACS LÚCIA)

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde já tinha propostas para a adoção de Política Nacional de Medicamentos, que é fundamental para um processo educativo do usuário acerca do perigo da automedicação. (OMS, 1990) Naquele momento, já havia necessidade de reflexão sobre o assunto, que inclui também

aumento, diminuição na quantidade ou troca do remédio prescrito pelo médico.

Ter acesso a medicamentos necessários para a manutenção da saúde é direito do paciente. Uma das reclamações relatadas pelos pacientes, além de não ter medicamentos disponíveis no próprio posto, é não ter testes para saber se são alérgicos, ou exames para saber os níveis de glicemia. (BRASIL, 2006)

Através das conversas constatei que a maioria está satisfeita quanto à medicação indicada pelo médico, porém dizem não entender quando a consulta se resume a um diálogo com instruções. Mesmo compreendendo não haver necessidade de prescrição medicamentosa, veem o atendimento como incompleto. Neste momento da minha observação etnográfica percebi como é importante para o paciente ser encaminhado para uma especialidade, ou haver prescrição de medicação. Talvez pelo fato de que a automedicação tornou-se uma prática usual para aquela população, parte das idas a consultas médicas é devotada às tentativas de aprovação do profissional para a medicação que já estão fazendo uso por conta própria.

Em uma de minhas visitas ao posto de saúde, deparei-me com algumas noções dos usuários sobre a medicina exercida pelos dois médicos do posto, Dr. Ramon e a médica brasileira. Um grupo de pessoas discorria sobre as diferenças nos atendimentos, ressaltando que Dr. Ramon era o médico *que tira* e a outra profissional, a *que põe*, numa referência explícita à quantidade de medicamentos usualmente prescrita por ambos.

Tal fato fez-me ponderar acerca do diferencial de Dr. Ramon, como médico cubano, especialista em atenção básica à saúde, e seu modo de ver a saúde e a doença, dando especial destaque à manutenção da saúde. Mais à frente, darei maior atenção a esse fato.

4. PRECONCEITO RACIAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Apesar da maioria da população no Brasil ser negra, os índices de desigualdade social entre negros e brancos ainda é grande. A discriminação racial no Brasil ainda é um debate tímido, não muito estimulado, pois acredita-se que as diferenças existentes no Brasil são de cunho social, já que brancos e negros teriam as mesmas oportunidade.

Apesar de todas as transformações ocorridas no campo da economia e da cultura, além da ampliação das oportunidades profissionais, os negros têm sido mantidos como grupo subalterno, devido à manutenção do preconceito pelas instituições e meios sociais como a família, escola, igreja, que, consciente ou inconsciente, reproduzem atitudes discriminatórias no cotidiano. Para Gomes (2005), a perpetuação do preconceito racial em nosso país revela a existência de um sistema social racista que possui mecanismos para operar as desigualdades raciais dentro da sociedade.

Não podemos apontar conclusões generalizadas sobre o tratamento recebido pelo médico cubano negro da Unidade Básica de Saúde do Parque das Laranjeiras na cidade de Formosa, GO. Entretanto, as constatações podem ser notadas através das narrativas de pacientes, como a declaração de Paulo, um senhor de mais ou menos sessenta anos, quando perguntado sobre a percepção do atendimento dos médicos cubanos, declarou:

Gosto muito do cubano, mas nunca imaginei ser atendido por doutor preto, no país dele todo mundo é preto? A primeira vez que vi aqui, pensei que fosse faxineiro, cheguei ao consultório era o médico, me assustei, mas foi boa a conversa, me deu remédio certinho. (Paulo)

Nesse caso seres humanos são tratados de acordo com a cor da pele, suas características fenotípicas, a princípio, são o que os qualificam ou desqualificam a determinada função. Sendo assim, entendo que a cor da pele é o que determina e organiza o sistema socioeconômico, em torno do poder político e social.

No caso da cidade de Formosa,GO, não foi registrado oficialmente caso de

racismo contra os médicos cubanos. O Dr Ramon afirmou não ter sofrido nenhum tipo de discriminação por parte da população, ou pela equipe de trabalho da UBS. Pondero, entretanto, que o fato de não ter sido agredido verbalmente não quer dizer que não tenha acontecido, já que o racismo vem mascarado de brincadeiras, piadas ou apelidos que podem parecer carinhosos, mas com fundamento pejorativo, como afirma Pacheco (2011):

“No lugar do racismo declarado verbalmente desenvolve-se no Brasil uma forma de discriminação contra os não brancos, que se caracteriza por uma polidez superficial que camufla atitudes e comportamentos discriminatórios, expressando-se ao nível das relações interpessoais através de atitudes informais. É o racismo cordial, tipicamente brasileiro, que se manifesta nas relações privadas e se camuflam em suposta tolerância pública.” (PACHECO, 2011, p.1)

Segundo Fernandes (2008) as atitudes informais muitas vezes dão lugar ao racismo, em forma de maus tratos, xingamentos. O mercado de trabalho é um dos espaços onde é possível notar a dificuldades do negro de ser inserido em uma organização trabalhista

Segundo Moura (1994), as lutas atuais do movimento negro continuam tendo como pauta a sobrevivência. E um dos focos dessa luta é a superação das injustiças no ponto de vista social. Pode-se ver essas demandas, por exemplo, no atual debate sobre as cotas raciais nas universidades. A discórdia gerada por este debate passa pelo fato de que as cotas raciais um instrumento estratégico para que alguns negros ocupem espaços historicamente brancos, tendo a possibilidade de exercer profissões antes dominadas por brancos, como advogados, engenheiros, veterinários e médicos.

Por um lado, portanto, as cotas se tornaram um modo de alterar a relação estamental entre raça e classe estabelecida desde o período escravocrata em nossa sociedade. Contudo, enfrentar o racismo para se falar de cotas não é fácil, principalmente em um país que não acredita em sua existência.

Podemos observar esses acontecimentos nas manifestações racistas e xenofóbicas em razão da chegada dos médicos cubanos ao Brasil. Nos editais do Programa Mais Médicos (PMM) havia chamamento para médicos brasileiros e

estrangeiros, sendo que a maioria dos interessados foram médicos vindo de Cuba, devido a um acordo firmado entre o Brasil e Cuba com a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Dos 18.200 médicos que aderiram ao PMM entre brasileiros e outras nacionalidades, 11.400 são cubanos. A presença maciça de cubanos foi motivo de duras críticas advinda de outros profissionais.

O jornal Folha de São Paulo do dia 27 de agosto de 2013, trouxe em sua capa a imagem de um médico cubano negro sendo vaiado, o fato ocorreu durante a chegada dos médicos na cidade de Fortaleza/CE, onde um grupo de cubanos foi recebido por quarenta médicos brasileiros em frente à Escola de Saúde Pública do Ceará com cartazes com frases ofensivas como “escravos”, “incompetentes”, “voltem para senzala”, entre outros xingamentos.

O Corporativismo dos médicos brasileiros ficou evidente nesse fato, onde o interesse da instituição ficou acima do direito da população. A reportagem traz como argumento que os médicos brasileiros pagaram caro para estudar e os estrangeiros não, colocando em evidência a questão da manutenção de uma elite econômica, social, política, profissional e racial.

A manifestação vista na foto abaixo com cenas de racismo sofrido pelos médicos são resquícios da cultura escravista. É claro que ações como esta deveriam ser combatidas pela sociedade e pelos órgãos competentes.

Figura 2:



(Foto de Jarbas de Oliveira estampou a capa da Folha e de outros veículos de imprensa)

Fora questões como disputa de mercado e o elitismo da profissão médica no Brasil, esses fatos chamaram a atenção pelo racismo para com os cubanos. O fato de um médico negro ser vaiado ao chegar no país demonstra o modo como, para nossa sociedade, é questionável o negro ocupar o lugar de um profissional marcado pelo elitismo. Na cidade de Formosa, a fala de Paulo, acima, demonstra que tal questionamento não foi um fato isolado, mas uma marca de nossa estrutura racial, social, política e econômica.

Além desse fato, outra manifestação marcante foi da jornalista Micheline Borges, que escreveu em uma rede social no dia 28 de agosto de 2013, demonstrando além do menosprezo com que trata as médicas cubanas, discriminação contra as empregadas domésticas, “*não gostaria de ser atendida, por pessoas descabeladas, de chinelos e sem lavar a cara*”, complementando que “*médico tem que ter cara de médico, se impor pela aparência*”.

Figura 3:



Fonte: <https://www.ifspcaragatatuba.edu.br/antigas/cinedebate-discutiu-filme-sobre-racismo-> acesso em 28 de setembro de 2017.

Percebe-se que estes discursos não levam em consideração o que Cuba representa para o mundo em relação à saúde, com atendimento público cuja

excelência é reconhecida mundialmente. Além disso, também não levam em consideração que também vieram médicos de outros países, já que a proposta do PMM era alocar profissionais que tinham interesse em trabalhar com saúde pública, sendo a prioridade para médicos que tiveram formação no Brasil, em seguida, médicos brasileiros que se formaram no exterior, mas que tiveram seus diplomas revalidados, e, somente depois, médicos estrangeiros.

Para estes médicos estrangeiros, ainda havia as exigências do domínio da língua portuguesa. Porém a comunidade médica revelou seu descontentamento não somente pelo país de origem desses profissionais, mas pela cor da pele, o que pode ser verificado pelo tipo frase que mostraram em seus cartazes nas manifestações.

Esses casos que vieram a público através da mídia não foram isolados. Vários sítios eletrônicos noticiaram sobre aumento de racismo e xenofobia. Nesse mesmo período, houve um aumento de 633% nas denúncias de xenofobia em relação a 2014 e de 35% nos casos de racismo (Secretária de Direitos Humanos, 2015). Os negros - e aqui falo especificamente dos médicos negros - sejam eles cubanos ou não, ainda sofrem com os estigmas e práticas racistas.

O racismo no Brasil é um problema desde o período colonial. Para Florestan Fernandes (2008) o dilema racial se dá devido ao fato de não ter sido assegurados aos negros condições de se integrar à sociedade de classes. Com isso foram excluídos do mercado de trabalho. Nossa história é marcada pela desigualdade social e racial, onde a maioria dos negros estão em subempregos, enfrentam a discriminação e geralmente pertencem a classes menos favorecidas, enquanto os as pessoas brancas têm acesso a estudos e trabalho com mais facilidade.

Para Segato (2005):

“Numa sociedade destas características, ser negro significa exhibir os traços que lembram e remetem à derrota histórica dos povos africanos perante os exércitos coloniais e sua posterior escravização”. (SEGATO, 2005, p.4).

O negro no Brasil é visto através da cor de sua pele e os traços que remetem à escravidão. Confesso que, no início de minha pesquisa, não pensei que teria que

enfrentar a questão racial. Afinal, eu estava falando de saúde. Porém, na realização da observação etnográfica passamos por momentos inesperados. Conforme vamos fazendo recortes a pesquisa vai tomando outro contorno, através da interação com as pessoas.

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitasse comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1978, p.20).

Na leitura dessa realidade citada por Geertz (1978), o estranho vai se mostrando através dos “comentários tendenciosos”. A desconfiança das pessoas não a impedem de falar. Com essas narrativas constatei a existência do racismo como vemos no relato da ACS Valéria:

“Em uma das primeiras visitas domiciliares que fizemos a filha da dona da casa não nos permitiu entrar, disse que a mãe estava dormindo, disse que não precisamos voltar. Pela forma que o doutor ficou, e falou sobre isso, deu a entender que o problema é o fato dele ser negro” (VALÉRIA, ACS)

Esses relatos foram determinantes para confirmar a presença do racismo. Na sala de espera da UBS já havia percebido algumas falas de usuários sobre o tema. Várias vezes o Doutor Ramon foi identificado como “aquele médico preto”. Surgiam questões do tipo “você sabe me dizer se o médico cubano é negro?”. A seguir, o relato do seu Paulo, aquele que nunca tinha se consultado com um médico negro:

“Apesar dele não parecer médico, a gente tem que consultar, não pode falar que não presta sem consultar, tem que testar para ver se é bom mesmo, acho ele bom, mas continuo achando estranho um médico preto, que não usa roupa branca, sabe, não tem aparência de médico, eu se o visse na rua, ia achar que fosse qualquer coisa, menos médico, a senhora me entende, né? Só acho, mas não sou racista.” (PAULO)

O racismo é uma discriminação silenciosa e eficiente para manter os privilégios do grupo dominante. Diante do depoimento do paciente Paulo percebemos que as características fenotípicas reafirmam a premissa da subordinação do negro. Mesmo após a abolição da escravatura os profissionais que estudaram, se preparam da mesma forma que o branco, ainda enfrentam o preconceito no seu cotidiano.

A sociedade brasileira está alicerçada no racismo. As políticas públicas são estratégias do grupo hegemônico com base racista, uma forma de alcançar uma nação como modelo pautado nos imigrantes europeus: homem, branco, cristão, católico, heterossexual. Os negros foram jogados à margem dessa sociedade. (FERNANDES, 2008).

As manifestações racistas que aconteceram com a chegada dos médicos cubanos perpetuam e estão presentes em instituições públicas e privadas, como as escolas, instituições religiosas, nas abordagens policiais. Não é diferente nos hospitais. Sofrem tanto pacientes negros que são atendidos por profissionais brancos, quanto os profissionais que não possuem esse perfil euronormativo.

4.1. MÉDICO OU CURANDEIRO?

Em vários momentos desta pesquisa o médico foi comparado pelos pacientes a um benzedor ou pai de santo. Com isso fui movida a questionar tal comparação. O discurso dos doentes explica o papel da cultura popular, as crenças, os costumes de uma sociedade que têm influência nas interpretações das doenças, e qual é a relevância que existe na intervenção do médico (UCHÔA.E & VITAL.J.M., 1994). O relato do Dr Ramon sobre uma das pacientes que fez essa comparação nos faz perceber como a atitude do médico pode ter influência sobre o comportamento do paciente, a consciência sobre os sintomas referentes a determinadas doenças, ou sobre o seu próprio corpo.

“Dona Maria tem úlcera venosa nas pernas, causado por um problema de circulação, por determinado tempo apenas umas das pernas tinha sido afetado, nem ela sabe dizer a quanto tempo. Quando comecei atendê-la as duas pernas já tinham sido afetadas. Segundo ela, foi aconselhada por vários médicos a amputar a perna, apenas aconselhada, não foi encaminhada para especialidade, tratamento psicológico, emocional, informações para que ela pudesse decidir sobre qual seria o melhor caminho, nisso percebemos que a doença parece ter um valor maior que a saúde, procura-se meios para acabar com a doença, mas não buscam para manter a saúde ou prevenir, não é mais fácil ter apenas uma perna saudável, que duas doentes? Para nós que temos as duas saudáveis, é fácil pensar assim, para uma senhora que mora sozinha, é preciso um longo caminho para ela entender isso. Ela pensou que eu pudesse dar um remédio que fosse melhorar de vez, obter a cura, pensou que eu fosse um santeiro, porém não funciona

assim” (DR. RAMON)

A fala de Dr. Ramon, acima, está em consonância com a maior parte da literatura consultada para este trabalho:

“Sabemos hoje que noções, como saúde e doença, aparentemente simples referem-se, de fato, a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais.” (UCHÔA.E & VITAL.J.M., 1994, p.497)

Conforme a citação acima, tratar da saúde das pessoas vai além do corpo, existe um conjunto de fatores que influenciam o cotidiano. É preciso entender o meio social em que a pessoa vive.

Práticas de cura fazem parte da vida e fazem parte também de grande parte dos usuários da UBS, fato que foi observado nas conversas que tive com os pacientes da unidade de saúde de Formosa, GO. Algumas pessoas evidenciaram que antes de buscar por atendimento médico, ou mesmo durante o tratamento para doenças crônicas ou problemas emocionais, participavam de rituais de curas em centros espíritas, igrejas, entre outros. Fazem também uso de garrafadas feitas de raízes ou fazem as chamadas “simpatias”.

A prática de ritual de cura surgiu dentro das famílias, principalmente na zona rural. Com a dificuldade de se deslocar para a cidade ou devido à própria resistência de buscar a medicina formal, recorriam a benzedeadas ou a uso de plantas medicinais. Tais práticas fazem parte da Cultura e são reconhecidas pelo IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - como patrimônio imaterial da cultura brasileira.

Esses conhecimentos são construídos à margem do conhecimento oficial, aquele reconhecido pelas universidades e instituições de ensino e pesquisa, tradicionalmente alinhados aos preceitos estatais. Por isso, são conhecimentos que se transmitem oral e informalmente. Geralmente nas comunidades existem pessoas que são detentoras desse saber, são elas em quem a comunidade local confia, procurando quando precisa “sara” suas dores.

“As coisas que essas pessoas sabem não está nos livros, está na

vida da pessoa, já nasce assim. Eu rezo para o D^o José conseguir um remédio para me curar, podia ser um raizeiro, fazer umas garrafadas para minhas dores, olha minhas pernas, queria um remédio mágico para acabar com isso, não sei o que será de mim quando ele for embora, porque ele vai, né?” (MARIA)

Formosa sofreu a influência dessas práticas, e ainda hoje é muito marcante a presença de benzedeiros, pastores pentecostais com suas orações de cura, pais de santo, entre outros.

Para Lévi-Strauss (1970), o processo da magia se dá através da interação entre o feiticeiro e o enfeitado. A compreensão dessa relação resulta na magia (cura):

“A eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que forma a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se define e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitava” (LEVI-STRAUSS, 1970, p.184).

A possibilidade de observar os pacientes, interagir, falar de assuntos relacionados às suas vivências, me levou até aos depoimentos nos quais foi possível captar manifestações que me fizeram perceber como os ritos podem ser vistos de formas diferentes. Para alguns a forma da medicina exercida pelo Doutor Ramon se assemelha a um ritual de cura, como o caso de dona Sebastiana, 87 anos, evangélica, paciente.

Ela procurou a unidade de saúde com labirintite e a prescrição médica foi a de que deveria tomar o medicamento por nove dias, sendo: durante três dias, três comprimidos ao dia; nos próximos três dias, dois comprimidos ao dia; e nos últimos três, um comprimido ao dia. Diante dessa dinâmica em que o remédio deveria ser ministrado, disse logo:

“Ele é médico ou benzedor? Me deu foi uma simpatia para fazer, esse negócio de nove dias, é igual tomava as garrafadas, quando eu era nova ia nas benzedoras, até as parteiras dava umas raízes para tomar depois de ganhar neném, desse jeito, três dias, nove dias, isso é simpatia. o outro remédio que me deu tinha tomar somente sexta feira. Mas isso é bom, a gente tem que acreditar na simpatia, ter

fé.”(SEBASTIANA)

É muito comum na cidade de Formosa a procura por benzedores, pais de santo, pastores, para se livrar de doenças, problemas psicológicos, emocionais, financeiros. Analisando as falas, podemos notar que se desencadeia uma atitude de otimismo, fé e confiança. Nem sempre, porém, esse é o primeiro recurso procurado, como relatou Eliete, uma paciente da unidade de saúde:

“Eu pensei que estava com “espinhela caída”. Ia me benzer, mas procurei o doutor primeiro. Ele é tão calmo que até resolve, apalpou, apertou, acho que colocou ela no lugar, do jeito que minha mãe fazia”. (ELIETE)

Evidenciou-se que a visão dos pacientes sobre a cura é que alguns males não podem ser eliminados apenas com medicamentos. Não basta estar dentro de um sistema organizado como é o sistema de saúde, como é a equipe de saúde da família. Mesmo que os agentes comunitários de saúde tragam conhecimentos específicos de saúde ocidental, trazem também conhecimentos adquiridos que são reflexo da sociedade em que vivem e trabalham. Alicerçam suas crenças naquilo em que a comunidade acredita principalmente nas questões relacionadas à saúde, como relatou o Dr Ramon sobre uma paciente:

“Muitas vezes a pessoa chega ao consultório, ou chegamos à casa do paciente, fica evidente que querem escutar uma coisa boa, principalmente os idosos, para esses identificar a doença não é importante, querem ouvir que vai melhorar, outro dia ao examinar uma senhora ela disse, “pega com a mão de anjo” (risos) não entendi, porém, penso que ela queria alguém que aliviasse sua dor.” (DR. RAMON)

É importante salientar que essas benzedoras – aqui citadas no feminino, devido à maioria declarada pelos usuários serem mulheres – também são moradoras da área coberta pelo doutor Ramon. Como é o caso de dona Domitila, que mora no bairro e muitas pessoas a procuram para benzimentos, ela diz ter aprendido o ofício das “rezas” com sua avó. Segundo dona Domitila:

“Nos postos de saúde e hospitais podia ser permitido benzer também, por falta de benzedores que os hospitais estão cheios, para ajudar, fiquei sabendo por uma moça que no país desse médico do posto, tem isso, em alguns casos mandam para o benzimento, não sei se é verdade, mas seria bom. Aqui no bairro do posto de saúde, a uns 10 anos atrás tinha uns 6 benzedor, mas a maioria era

escondido, faziam isso em casa, como eu, não faço escondido, mas tem gente que vai lá escondido, me chamam de macumbeira. Se a gente pudesse rezar, benzer, dá remédio caseiro com apoio dos médicos, porque se falar que bebeu remédio do mato, eles brigam, acho que seria melhor, sei lá, eu acho que seria.” (DOMITILA)

Quanto ao conhecimento popular, durante a pesquisa, percebi que nem os usuários, nem os profissionais da UBS, desacreditam na eficácia desse tipo de tratamento. Porém é visto como limitado, apenas um complemento ao tratamento, assim também afirma Queiroz:

“Em geral, a medicina caseira não contradiz nem conflitua com a medicina oficial, na medida em que, na grande maioria dos casos, ela não se coloca como alternativa, mas apenas como um complemento limitado” (QUEIROZ, 1993, p. 275).

O que ficou evidente nessa questão foi uma disputa pela hegemonia no cuidado com a saúde, devido a isso ocorreu essa divisão nos tratamentos. Queiroz (1993) também salienta que:

(...) com a institucionalização da medicina, o aparato derivado do saber médico hegemônico perseguiu e proibiu as práticas não oficiais, os charlatães, os sangradores, e tantas outras pessoas do povo, por considerá-los incapazes de exercer a arte de curar, impondo-se o reconhecimento social e a valorização do saber médico.” (QUEIROZ, 2003, p. 65).

Se traçarmos um perfil racial e social dos médicos e estudantes de medicina no Brasil, teremos talvez um caminho de pesquisa a perseguir quanto a essa aproximação observada entre o desempenho profissional do médico cubano em Formosa, e sua relação, feita pelos pacientes, com os conhecimentos ditos tradicionais. Com a institucionalização e elitização da medicina, segundo uma pesquisa feita pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), o quantitativo de médicos e estudantes de medicina pode ser classificado em: 73,6% de declaradamente brancas, 21,3% de pardos e mulatos, e apenas 2,3% de negros. Os orientais representam 2,3% e os indígenas, 0,4%.

Por outro lado, os dados do Enade (Exame Nacional de Desempenho de Estudantes), referente ao exame de 2013, constatou que os estudantes de medicina no Brasil apontam renda familiar mensal entre dez e trinta salários mínimos. 84% não tem renda própria, são financiados pelos pais ou outras pessoas. Medicina é um

curso caro, e poucas pessoas de baixa renda conseguem acessar o curso devido ao alto preço da mensalidade e a carga horária extensa.

Nesse sentido, levanto aqui uma provocação que não possui bem uma resposta ou uma diretiva exata de como ser resolvida: a ciência, aquela academicamente criada e constituída nas universidades, é uma atividade restrita à branquitude. Entretanto, é preciso apontar também que a mesma pesquisa do Cremesp concluiu que houve um aumento de estudantes negros e com baixa renda após a implantação das cotas raciais e sociais nas universidades públicas. Seria, portanto, interessante pensar nos possíveis efeitos dessa modificação no perfil dos estudantes na prática médica no Brasil nos próximos anos.

Do perfil elitista do médico brasileiro - geralmente advindo de famílias que tradicionalmente exercem tal profissão - pode-se compreender tanto a reação da classe médica brasileira quando da implantação do PMM, quanto a surpresa de muitos dos pacientes de Formosa no momento em que se depararam com um médico cubano e negro.

Se vieram médicos de vários países, porque a mídia deu tanta ênfase aos cubanos? Acredito que a análise desse fato deve partir de uma questão racial, em um primeiro plano, que acabou desdobrando-se em uma discussão sobre quais grupos raciais têm o domínio do pensamento científico. A partir da etnografia, pude perceber que o discurso discriminatório difundido em todo o país repercutiu na relação entre os pacientes observados e o Dr. Ramon, de modo a deixá-lo muito mais próximo a uma posição de curandeiro, aquele que domina os conhecimentos não aceitos dentro do mundo acadêmico como ciência, do que dos próprios conhecimentos ditos científicos.

Assim que fui informada pelo Doutor Ramon que ele retornaria a Cuba, relembrei os diversos depoimentos que escutei sobre a sua dedicação aos pacientes mais debilitados. Esse foi o último relato dele em minha pesquisa:

“Meu contrato com mais médico acabou, retorno a minha cidade, é certo que vem outro médico para o postinho, escutei de um médico brasileiro, não o sei nome, mas gostaria que as pessoas pensassem como ele, que não cobrasse do médico cubano que ele soubesse fazer cirurgia da válvula cardíaca, sobre medicina nuclear, esse

saberes não diminui mortalidade infantil, não previne doenças corriqueiras como a verminose, não faz a pessoa ter consciência dos cuidados com pressão, diabetes, alimentação, esses estudos é importante, mas não é a urgência do Brasil. Nós – os cubanos-viemos para tratar diarreia e desidratação, para conscientizar dos cuidados diários, prevenção das doenças da gravidez, não é preciso estrutura grandiosa para fazer o mínimo, a população pobre não pode esperar que o SUS se reformule, o povo pobre não tem o mínimo. Para mim foi uma dádiva trabalhar aqui.” (DR. RAMON)

Quando ele falou em dádiva lembrei-me do “Ensaio sobre a Dádiva”, de Mauss (1974). O objetivo da dádiva é a interação das pessoas e da coletividade, produzindo sentimentos. A dádiva não se restringe somente a trocas materiais. Produz alianças, e sua aceitação gera reciprocidade. Pode ser pensada em várias situações da sociedade, como amizades, com trocas simbólicas, e também na relação médico/ paciente.

“De todos esses temas muito complexos e desta multiplicidade de coisas sociais em movimento, queremos considerar um único traço, profundo, mas isolado: o caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito e, no entanto, imposto e interessado dessas prestações.” (MAUSS, 1974, p. 41).

Nos consultórios ou nas visitas domiciliares podem ser vistos como dádiva alguns elementos observados e citados ao longo do texto, como a senhora que se prepara para receber o médico, oferece lanche, em agradecimento espontâneo por ter recebido atenção no período do luto, tal atitude é resultado de um pacto feito entre médico/paciente, que podem ser enfraquecida ou fortalecida dependendo do comportamento que se seguiu, o pacto é a dádiva. A obra de Marcel Mauss (1974) da enfoque de caráter voluntário, livre de obrigações, que o presente recebido não precisa necessariamente ser retribuído, portanto, gera desejo implícito de retribuição, reforçando os laços sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta etnografia buscou entender a avaliação da perspectiva dos usuários do SUS sobre o Programa Mais Médicos, chegando à conclusão que a maioria dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Setor Parque das Laranjeiras, pertencente à cidade de Formosa-GO, estão satisfeitos com o atendimento médico do profissional do Programa Mais Médicos. Mesmo que os usuários não tenham conhecimento sobre o PMM, mostraram-se favoráveis e satisfeitos com a atuação do Dr. Ramon. Quanto à estrutura do atendimento, os pacientes geralmente citaram melhorias como o agendamento de consultas, na infraestrutura da Unidade de Saúde, maior facilidade de encaminhamento para execução de exames e aumento da equipe de trabalho alocada na UBS.

Para os pacientes não importa ser atendido por médicos brasileiros ou estrangeiros, mas apontaram diferenças entre os dois, dando parecer favorável ao médico cubano. Verificou-se que o Dr. Romon conquistou a confiança das famílias de forma devagar e tornou-se admirado por várias famílias devido à paciência, à disponibilidade de ouvir, dar atenção, e respeito atribuída aos médicos cubanos.

Portanto, sabemos que neste caso pessoas nutrem uma admiração pela “pessoa” do médico sem fazer referência ao PMM. As poucas reclamações dos pacientes referentes ao médico do programa foram à insistência em mudanças dos hábitos diários ao invés de receitar medicamentos, já que a grande maioria dos pacientes ouvidos durante a pesquisa preferem a prescrição medicamentosa.

De acordo com os relatos dos pacientes percebi evidências em relação às críticas feitas pela mídia. De acordo com essas narrativas percebe-se que o PMM configura um avanço para o SUS, em decorrência da ampliação do acesso ao médico, e menos tempo de espera pela consulta, e presença mais constante da agente comunitária de saúde em suas residências.

Neste contexto, é possível questionar se a equipe de trabalho deveria juntamente com os médicos ser capacitada dentro dos princípios da Atenção Primária para obter maior qualidade nesse atendimento. Para consolidar o atendimento universal através da atenção primária e integral não seria possível

maior investimento no setor pessoal, já que o PMM parece não ter alterado a dinâmica organizacional, como a estrutura das equipes de trabalho?

Apesar da polêmicas, das reações contrárias, as ações racistas, na pesquisa podemos ver que as afirmações divulgadas pela mídia acerca dos despreparos dos médicos cubanos que foi construída pela mídia demonstra não ter afetado a relação médico/paciente, não se nota clima de insegurança por parte dos usuários, apesar da não aceitação da pouca quantidade de medicamentos, deixando visível o quanto o fácil acesso a medicamentos tem influencia no cotidiano das pessoas.

6. REFERÊNCIAS

AMARAL IBDST. Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1173-118

BATALHA, Elisa. A complexa formação do futuro doutor, **Radis 134** - nov / 2013, (p. 22 e 23) Disponível em :<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/134/reportagens/complexa-formacao-do-futuro-doutor>. Acesso em 03/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013

BRASIL. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 06 de Março de 2017

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: . Acesso em: 04 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Exposição de Motivos Interministerial n. 0024, de 06 de julho de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/.../EM-MPv621.doc>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. **Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Exposição de Motivos Interministerial n. 0024, de 06 de**

julho de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/.../EM-MPv621.doc>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providência. Diário Oficial da União.23 out. 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 8 mar. 2017.

BRASIL. **Programa Brasil Mais Médicos,** 2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/mais-medicos-atinge-meta-de-atendimento-do-programa>>. Acesso em: 28 de setembro de 2017

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.** Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília, DF, 1999.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo.** Unesp, 1993.

CARVALHO, José Jorge de. “Racismo Fenotípico e Estéticas da Segunda Pele”. **Revista Cinética**, v. 1, p. 1, 2008.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. **Relatório conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de saúde e do Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância.** Alma Ata, OMS, 1978.

FERNANDES, Florestan. 2008. “Heteronomia Racial na Sociedade de Classes”. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: Globo.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2002.

GEERTZ, Clifford. “Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura”: In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.p.13-41.

GOMES, Nilma Lino. **Educação e Relações Etnicorraciais**. Edições MEC/BID/UNESCO. Brasília: 2015

IANNOTTI, Giovanni, **Mais Médicos para o Brasil – Críticas e Considerações**.

Leia o pronunciamento de Dilma Rousseff sobre os protestos pelo Brasil. Folha de São Paulo. 21 de Junho de 2013. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,leia-o-pronunciamento-de-dilma-rousseffsobre-os-protestos-pelo-brasil,1045435>. Acesso em 10 de Janeiro de 2017.

LEVI-STRAUSS, C. “O feiticeiro e sua magia”. In.: **Antropologia estrutural**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970. cap.9, p.183-203. (Biblioteca Tempo Universitário, 70)

_____. “A eficácia simbólica”. In.: **Antropologia estrutural**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970. Cap. 10, p.204-223. (Biblioteca Tempo Universitário, 7)

LIMA T, Arcieri R; GARBIN, C; MOIMAZ, S; SALIBA, O. “Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos”. **Saúde Soc**. São Paulo 2014; 23(1):265-276.

LOPES, Antônio Carlos. “Programa Mais Médicos e a Saúde no Brasil”. **Soc. Clin. Méd.** v.11 n.4, p.1-3, 2013.

MAUSS, Marcel. “Ensaio sobre a Dádiva”. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

MAGNO, L.D. ; PAIM, J.S.. “Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil”. **RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**. 2015; 9(4): 1 -14.

MOURA, Clóvis. **História do Negro Brasileiro**. Programa Nacional Biblioteca do Professor. 3 ed. São Paulo: Ática, 1994.

PACHECO, Lwdmila Constant. “**Racismo Cordial**: Manifestação da Discriminação Racial à Brasileira – o domínio público e o privado”. 2011 Disponível em: <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=3065> Acesso em: 01 de agos. de 2016

PAIM, J.S. “A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes”. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, 2008, 18 : 625-644.

_____. **O que é SUS**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009 (Coleção Temas de Saúde).

PORTAL DA SAÚDE. **Mais médicos**. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea>

QUEIROZ, MS. “Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras”. **Cad. Saúde Públ.** [periódico na internet]. 1993 [acesso em 12 out de 2017]; 9 (3): 272-82. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/15.pdf>

SANTOS M.P. 1995. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário**. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SEGATO, Rita. 2005. “Raça é signo”. **Série Antropologia**. Brasília.

TEIXEIRA, C. F.. “Participação, Democracia e Reforma Sanitária”. In: **8a. Conferencia Estadual de Saúde da Bahia**, 2011, Salvador-Bahia. 8a Conferência estadual de Saúde da Bahia: por uma Bahia mais saudável. Caderno de propostas. Salvador-Bahia: Secretaria Estadual de Saúde – SESAB; 2011.

UCHÔA, E.& VIDAL.J.M. “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicas para uma Abordagem da Saúde e da Doença”. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 407-504, out/dez. 1994.

VELHO, Gilberto. "Observando o familiar". IN: NUNES, Edson de Oliveira. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 197.