

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALEXSANDRA MOREIRA FEITOSA

**ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS PARA O BRASIL DE 2013 A 2016**

SÃO CRISTÓVÃO – SE

Agosto de 2017

ALEXSANDRA MOREIRA FEITOSA

**ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS PARA O BRASIL DE 2013 A 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia (PPGS), da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia, sob a orientação da Prof. Dr. Marcelo Alario Ennes.

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Marcelo Alario Ennes
Presidente PPGS/UFS

Professora Dr^a Fernanda Rios Petrarca
PPGS/UFS

Professor Dr. Leonardo Cavalcanti da Silva
CEPPAC/UNB

SÃO CRISTÓVÃO – SE

Agosto de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

F311a Feitosa, Alessandra Moreira
Análise da integração dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil de 2013 a 2016 / Alessandra Moreira Feitosa ; orientador Marcelo Alario Ennes. – São Cristóvão, 2017. 92 f.

Dissertação (mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Sociologia. 2. Integração social. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Migração. 5. Médicos - Cuba. 6. Programa Mais Médicos. I. Ennes, Marcelo Alairo, orient. II. Título.

CDU 316.344.5:614.255(81)

Agradecimentos

Agradeço aos meus familiares, principalmente aos meus pais Miguel e Auxiliadora pela maneira como me educaram e os valores que me passaram, ensinando respeito e tolerância, sei das dificuldades que passaram para conseguir criar a mim e minhas irmãs e afirmo que sem o apoio deles não seria tão feliz e não teria realizado tantos sonhos ao longo da vida. Tenho muito orgulho das pessoas que são e da maneira como enxergam o mundo. Não poderia esquecer também das minhas irmãs Katiane e Bianca e demonstrar minha gratidão pelos anos em que convivemos e pela amizade, carinho, respeito e sobretudo pela paciência e companheirismo. E sem dúvida quero demonstrar minha gratidão a David Rocha, companheiro de todas as horas, pela sua dedicação apoio e paciência, principalmente nos momentos de angústia durante a escrita.

Agradeço a toda equipe do GEPPIP pela troca de experiências, pelo incentivo e pela motivação. Ao Allisson, Gregório, Messias, Esuado, Luziara, Luanne, Thiago, Cleber, Liliana e todos os outros componentes antigos e novos que foram muito importantes na minha trajetória como pesquisadora desde a graduação. Também sou grata a Adrielma Silveira, que passou de colega de turma no curso de Ciências Sociais para grande amiga, com quem compartilhei minhas angústias durante a graduação e quem me deu bastante apoio para tentar a seleção para o mestrado e dar prosseguimento à vida acadêmica. Espero em alguma medida ter retribuído todo o auxílio que me prestou durante todos esses anos. E também ao Ícaro e à Camilla, que fizeram parte de uma fase muito importante da minha vida dentro da Universidade.

Não poderia esquecer o agradecimento ao orientador, que me acompanha desde os primeiros períodos da graduação e esteve sempre apoiando meu desenvolvimento pessoal e profissional. Obrigada, Marcelo Ennes pela dedicação e paciência de todos esses anos. Saiba que admiro muito sua capacidade de incentivar todos os seus orientandos, de encontrar o melhor em cada um deles.

Agradeço ainda ao Professor Leonardo Cavalcanti, ao professor Eduardo Siqueira e toda equipe que participou do “Projeto Carta Acordo LOA 1500007.001- OPAS/OMS: Pesquisa Sobre a Integração Sociocultural dos Participantes do Programa Mais Médicos no Brasil” em especial à Gabriella Soares, ao Emmanuel Brasil e Julian Solano, que estiveram

comigo na fase de pesquisa de campo. Agradeço a troca de experiências e as dicas que recebi. Agradeço por terem possibilitado minha participação no projeto, que consistiu em momento bastante enriquecedor para este trabalho, pois, sem o acesso dificilmente conseguiria chegar no meu objeto de pesquisa.

Finalizo agradecendo ao CNPQ por apoiar o desenvolvimento dessa dissertação através da bolsa de mestrado e a toda a equipe do PPGS pelo empenho e dedicação em fazer o programa crescer e ganhar reconhecimento.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

Esta dissertação tem como proposta fazer uma análise de como se deu a inserção dos médicos cubanos contatados em regime de cooperação interacional a partir de parceria com a Organização Pan-americana de Saúde, governo brasileiro e governo cubano para trabalhar no Programa Mais Médicos do Governo Federal. Ressaltando que a contratação de estrangeiros, sobretudo os cubanos, representou um dos principais pontos de divergência com relação à política pública, trazendo à tona questões referentes à organização da saúde pública no Brasil e à organização da classe médica brasileira enquanto categoria unida na reivindicação seus interesses. O objetivo consistiu em analisar de que maneira esses profissionais conseguiram ou não se inserir em território brasileiro e como isso impactou o trabalho dentro do Programa. Também como a partir do contato com os demais atores sociais, pacientes, médicos brasileiros, equipe de trabalho, etc. foi sendo construída a figura desse estrangeiro, levando em conta aspectos políticos sociais e sobretudo o fato de se enquadrar na categoria de migrante qualificado e temporário. O marco temporal do estudo está citado entre os anos de 2013, com o início do Programa e 2016, quando encerraram os primeiros contatos de estrangeiros. A metodologia adotada consistiu em uma abordagem qualitativa com foco na análise dos relatos coletados pelos entrevistados a partir das entrevistas realizadas na modalidade de grupos focais realizadas nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Palavras-chaves: Programa Mais Médicos; Médicos cubanos; integração social; migração qualificada.

Abstract

This dissertation aims at analyzing how the Cuban doctors contacted in an inter-national cooperation scheme were associated with the Pan American Health Organization, the Brazilian government and the Cuban government to work in the Program of Medical Doctors of the Federal Government. Emphasizing that the hiring of foreigners, especially Cubans, was one of the main points of divergence in relation to public policy, raising questions about the organization of public health in Brazil and the organization of the Brazilian medical class as a united category in claiming their interests. The objective was to analyze how these professionals were able to enter Brazilian territory and how this impacted the work within the Program. Also as from the contact with other social actors, patients, Brazilian doctors, work team, etc. was being built the figure of this foreigner, taking into account social political aspects and above all the fact that he falls into the category of qualified and temporary migrant. The time frame of the study is mentioned between the years of 2013, with the beginning of the Program and 2016, when they closed the first contacts of foreigners. The methodology adopted consisted of a qualitative approach focused on the analysis of the reports collected by the interviewees from the interviews conducted in the form of focus groups held in the states of Minas Gerais, Rio de Janeiro and São Paulo.

Keywords: Most Medical Program; Cuban doctors; Social integration; Skilled migration.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CFM - Conselho Federal de Medicina

MEC – Ministério da Educação

MG – Minas Gerais

MST – Movimento dos Trabalhadores Sem Terra

OBMigra – Observatório das Migrações internacionais

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PCdoB – Partido Comunista do Brasil

PMM – Programa Mais Médicos

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PT – Partido dos Trabalhadores

RJ - Rio de Janeiro

Seeb-SE - Sindicato dos Bancários de Sergipe (Seeb-SE)

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNB – Universidade de Brasília

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

UNE – União Nacional dos Estudantes

UJS – União dos Jovens Socialistas

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 01 - Distribuição de médicos por 1000 habitantes.....	p.19
Tabela 02: Distribuição dos médicos por perfil profissional.....	p. 28
Tabela 03 – Distribuição dos médicos segundo continente e nacionalidade.....	p. 29
Tabela 04: Distribuição dos médicos por sexo.....	p. 30
Tabela 05: Distribuição dos médicos por faixa etária.....	p. 31
Tabela 06: Distribuição dos médicos por estado civil.....	p. 33
Imagem 01 – Substituição gradual de cubanos por brasileiros.....	p. 29
Imagem 02 – Recepção dos médicos cubanos no aeroporto de Aracaju.....	p. 76
Imagem 03 – Recepção dos médicos cubanos em Aracaju MST.....	p. 76
Imagem 04 – Recepção dos médicos cubanos em Aracaju – Movimentos sociais.....	p. 77
Imagem 05 – Recepção dos médicos em Minas Gerais – Movimentos sociais.....	p. 77
Imagem 06 – Recepção dos médicos cubanos na Bahia.....	p. 77

SUMÁRIO

Introdução.....	p.11
Capítulo 1: Contextos da criação do Mais Médicos e perfil dos profissionais do programa.....	p.18
Capítulo 2: a importância dos processos identitários para entender o médico cubanos do Mais Médicos.....	p. 35
Capítulo 3: migrações e integração social dos migrantes.....	p. 47
Capítulo 4: Os dilemas do campo e as entrevistas.....	p. 53
Conclusão.....	p. 82
Referências.....	p. 85
Anexos.....	p. 87

INTRODUÇÃO:

O interesse pelo tema surgiu a partir das discussões do Grupo de Estudos e Pesquisa “Processos Identitários e Poder” (GEPPIP), grupo interdisciplinar que trabalha, entre outros temas, com o estudo dos processos migratórios articulando-os com o debate sobre processos identitários. Esse projeto é fruto de minha trajetória como investigadora em nível de iniciação científica e tem como objetivo geral compreender de que maneira tem se dado a inserção dos médicos cubanos trazidos para atuar profissionalmente no Brasil pelo programa do Governo Federal Mais Médicos para o Brasil através do regime de cooperação internacional. Dessa forma, este projeto se insere na linha do Programa de Pós-graduação em Sociologia sobre Processos Identitários e Migrações.

A repercussão midiática das informações sobre o programa Mais Médicos para o Brasil e as divergências suscitadas pelo tema que dividiram a classe médica brasileira e a opinião pública, tendo grande repercussão em diversos veículos de notícias, como telejornais e também na internet em blogs e sites, foi um dos aspectos motivadores para a elaboração do projeto de pesquisa.

Constatou-se, a partir de um levantamento inicial, que é possível encontrar com certa facilidade dados sobre o programa Mais Médicos tanto dados disponibilizados pelo Governo Federal através do site oficial do programa, bem como dados de levantamentos produzidos pela imprensa de maneira geral. No entanto, não foram encontrados trabalhos científicos produzidos sobre o tema, principalmente por se tratar de um acontecimento recente, datado de pouco mais de um ano.

É possível dizer que o tema abordado por este trabalho se apresenta como relevante primeiramente, porque a temática das migrações contemporâneas, de uma maneira geral, tem ganhado destaque no cenário acadêmico nas últimas décadas e isso pode ser notado, por exemplo, pela existência de uma quantidade bastante grande de grupo de pesquisa que trabalham com a temática das migrações, grupos cadastrados no CNPq e no Observatório das Imigrações internacionais¹, criado pelo Ministério de Trabalho e Emprego; também na quantidade de material encontrado em livros e revistas. Da mesma forma, a discussão sobre os processos identitários tem avançado no sentido de uma tentativa de criticar os usos que

1 Lista de grupo de pesquisa e pesquisadores que trabalham com a temática das migrações organizado por Estado disponível em :<http://portal.mte.gov.br/obmigra/pesquisa.htm>

essencializam as identidades tomando-as como representações fixas que os indivíduos têm de si mesmos. Esse projeto entende as identidades como construção resultante de um processo que envolve luta e disputas por bens simbólicos e envolvidas em relações de poder.

É muito importante deixar claro que esta pesquisa não tem intenção de fazer qualquer juízo de valor sobre o Programa, nem a intenção de fazer uma comparação entre a atuação dos profissionais nacionais ou estrangeiros. Tal prática resultaria em diminuição do valor científico deste trabalho, não sendo recomendável num pesquisa de cunho sociológico.

O objeto privilegiado dessa dissertação é a construção social da identidade, por meio das relações de disputa simbólica entre imprensa, estrangeiros e comunidade, do médicos cubanos contratados para atuar pelo programa Mais Médicos, assim como a análise de como se deu a integração desse sujeitos em território nacional.

O principal objetivo dessa dissertação consiste em Compreender como é construída a identidade do médico imigrante contratado pelo programa Mais Médicos e das comunidades de alocação destes no Estado de Sergipe. Como se criam e/ou se transformam e como esses enunciados contribuem ou dificultam a integração desses profissionais no Brasil.

De maneira mais específica apontam-se como objetivos específicos:

- Reconstruir a trajetória dos médicos cubanos que atuam no pelo programa Mais Médicos para o Brasil.
- Compreender quais são as principais motivações da imigração.
- Compreender de que maneira se dá a inserção dos médicos cubanos e sua adaptação ao novo contexto.
- Identificar quais aspectos podem ser facilitadores ou dificultadores da integração social dos médicos cubanos nas comunidades de trabalho.

No percurso entre a elaboração do projeto e a defesa desta monografia, vale destacar que houveram inúmeras questões, percalços e modificações da abordagem. As mudanças no plano de trabalho se justificam por vários motivos, os quais exporei brevemente a seguir.

Tendo em vista que a elaboração do projeto para concorrer à vaga no mestrado em Sociologia se deu num período em que praticamente não encontramos produções acerca do Programa Mais médicos, da contratação de estrangeiros e da presença dos cubanos contratados em regime de cooperação, inicialmente havíamos pensado em abordar a temática

centrando a área de estudo no estado de Sergipe, por diversos motivos, entre eles, a proximidade física do objeto.

Na época, chamou-nos atenção a série de polêmicas que envolviam o Programa, incluindo manifestações da classe médica contrária ao Programa e a recusa do Conselho estadual de medicina de conceder, num primeiro momento, os documentos necessários para a atuação dos estrangeiros dentro do Mais Médicos no estado de Sergipe.

Em contraponto, nas primeiras chegadas de médicos cubanos ao estado foram organizadas recepções por representante de movimentos sociais como Movimento dos trabalhadores Sem Terra, Movimento Negro, Sindicato dos Bancários de Sergipe (Seeb-SE) e também por representantes de partido político como Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), o que levantou a questão sobre qual seria a mensagem que tais movimentos desejavam transmitir com a recepção dos estrangeiros. Foi criada inclusive uma página na rede social Facebook² aclamando a chegada desses profissionais e convidando a população sergipana para recepcioná-los. Da mesma maneira, alguns municípios sergipanos organizaram recepções festivas para os profissionais do PMM, não só para os estrangeiros³.

A intenção até aquele momento era pesquisar os médicos estrangeiros, não apenas os cubanos. Mas é válido ressaltar que em nenhum momento este trabalho se dispôs a estudar o PMM como tema central, o interesse sempre esteve voltado para a ideia de compreender melhor como se deram as relações entre médicos cubanos e demais sujeitos com os quais estiveram em contato e como isso facilitou ou dificultou a integração desse profissional em território brasileiro, esclarecendo quais aspectos são utilizados para construir a identidade dos profissionais cubanos que participaram de tal programa. Embora reconheçamos que foi necessário, obviamente, conhecer os cenários da construção do Programa enquanto política pública que recebeu grande destaque no cenário nacional desde 2013, com a sua implementação.

O conhecimento de como funciona o Programa e o contexto de sua execução foi fundamental, pois, essas características afetam diretamente a escolha dos profissionais que atuaram por meio dela e também a recepção e acolhida dos mesmos em território nacional. Lembrando que se tratou de assunto notório nos jornais e telejornais de uma maneira geral, e

2 <https://www.facebook.com/Medicos-Cubanos-para-o-povo-Sergipano-659758417376822/>

3 Ver: <https://www.brasildefato.com.br/node/25933/>
<https://www.brasil247.com/pt/247/sergipe247/114910/Mais-de-40-entidades-recepcionar%C3%A3o-m%C3%A9dicos-cubanos-em-Sergipe.htm>

que contou como assunto resultante de uma discussão polêmica acerca tanto do campo da saúde brasileira quanto da questão do regime de contratação dos profissionais estrangeiros, sendo que haviam muitos defensores e opositores tanto do Programa, quanto da contratação dos cubanos.

No início o material coletado sobre o tema era escasso, contando basicamente com as notícias e com os dados disponibilizados por sites oficiais do Programa, mas pouca informação com relação à distribuição dos médicos. Assim, foram realizados alguns contatos com o Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e a recepção foi em geral muito tranquila, mas haviam sempre tantas ressalvas em relação ao contato de fato com os médicos. A instrução recebida era de requerer a aprovação do projeto de pesquisa em conselho de ética ligado à Plataforma Brasil para apenas posteriormente arriscar contato com os pesquisados.

Essa é uma discussão que vale ser levantada, pois a aprovação, validação e autorização do prosseguimento das pesquisas, principalmente no campo dos estudos da saúde, é imprescindível, mas nas ciências humanas, esse ponto tem sido abordado de maneira distinta, pois há, sem dúvida, verificação pelos pares; há questionamento constante acerca da ética dentro do campo da pesquisa, sobretudo quando fazemos referência aos estudos que lidam com entrevistas, observações, participantes ou não. Mas é bastante complicado e pouco justificável submeter à aprovação de um conselho de ética na área de saúde uma pesquisa que, na realidade, não trata necessariamente da área da saúde e não obedece aos mesmos critérios para conhecer seu objeto. Outro agravante é que, enquanto o comitê não aprovar a pesquisa, ela não pode ser iniciada. Ora, esta já estava em andamento, então, deveria ser parada para esperar caso fosse submetida à apreciação.

A metodologia adotada para responder às questões de pesquisa teve cunho qualitativo, consistindo inicialmente em pesquisa bibliográfica com foco em documentos, dados oficiais e secundários acerca tanto do Programa Mais Médicos quanto da contratação de médicos estrangeiros no Brasil, assim como sobre as políticas de saúde brasileiras. Em se tratando de pesquisa basicamente qualitativa, foram utilizadas fontes orais, empregando a técnica de entrevistas semiestruturadas na modalidade de grupos focais, realizados com vários entrevistados ao mesmo tempo, respondendo as mesmas perguntas e interagindo entre eles.

A coleta de relatos orais foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas no modelo de grupos focais e gravadas mediante autorização do entrevistado. O método da história oral se justifica porque é um método:

“que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade” (QUEIROZ, p. 42).

De acordo com o encaminhamento do trabalho, foi feito levantamento bibliográfico sobre os temas citados acima, assim como contato preliminar com a instância oficial, na figura de gestores do Mais Médicos em Sergipe. Em seguida, feita coleta de dados oficiais em órgãos como Secretaria de Estado de Saúde, e também material disponibilizado pelo Governo Federal, por exemplo, no site do Programa Mais Médicos. Foi importante utilizar a imprensa como fonte de pesquisa, pois, coletar dados, sejam reportagens televisivas ou em jornais impressos ou eletrônicos, contribuiu para compreensão de como é interpretada a presença dos médicos cooperados em Sergipe e, principalmente, sobre os médicos cubanos vindos pelo Programa Mais Médicos para o Brasil.

A seleção do material bibliográfico de base para o desenvolvimento desta dissertação foi muito rica principalmente nos meses finais porque os estudos sobre o tema cresceram vertiginosamente a partir do final do ano de 2015 e os resultados começam a aparecer de maneira mais significativa desde o primeiro semestre do ano de 2016.

Além do procedimento de análise teórica, a coleta do material foi feita em grande medida a partir de recursos da internet, de bancos de dados, discursos oficiais, notícias, entre outros. E apenas em segundo momento, a partir da inserção em Projeto de cunho nacional foi possível adentrar a campo e fazer contato com os cooperado e supervisores cubanos do Programa, no entanto foi essencial realizar algumas mudanças no plano de trabalho e na dimensão do objeto de pesquisa, pois o foco saiu de Sergipe e passou a ser mais abrangente, pode-se dizer inclusive que o foco transforma-se de local para nacional, pois foi possibilitado o acesso a médicos de três novos estados, sendo eles Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

Segundo Brandão (2007), a pesquisa de campo deve ser uma vivência. É necessário ter conhecimento básico sobre o lugar e recomendável passar por um período de “contaminação” com o local (BRANDÃO, 2007, p. 13), uma vivência prévia, e só depois aplicar os

questionários e fazer as entrevistas. A abordagem deve ser cautelosa para não causar desconforto ao entrevistado.

Não foi possível coletar depoimentos e entrevistas nem dos médicos brasileiros nem das equipes de saúde, bem como com a população usuária ou não do serviço de saúde pública. Embora esse fosse o intuito inicial, que tornaria muito mais rica a pesquisa, o acesso a esses sujeitos ficou em plano secundário por dificuldades e limitações de acesso.

Com relação ao desenvolvimento desta pesquisa, também foram catalogadas notícias apresentadas, primeiro, de âmbito nacional, e depois em caráter local, sobre o Programa Mais Médicos e sobre a recepção dos médicos cubanos, objeto dessa dissertação, inclusive discursos presidenciais e de gestores do programa. Também foi realizada entrevista com a coordenadora do Programa em Sergipe, que esclareceu alguns aspectos sobre o funcionamento da política e disponibilizou a lista com os nomes e locais de atuação de todos os médicos cooperados no estado Sergipano. Também foram feitas perguntas a uma enfermeira que trabalhou em UBS juntamente com duas médicas cubanas, as perguntas foram respondidas via e-mail.

O prosseguimento, de acordo com o cronograma estabelecido, previa para os meses seguintes o contato direto com os médicos estrangeiros e com médicos brasileiros, bem como o contato com usuários do sistema público de saúde que são pacientes ou não dos médicos estrangeiros. A proposta era proceder com coleta de relatos orais que permitissem compreender a partir dos enunciados dos diversos atores, como é representada a figura desse médico, de que maneira a construção dos significados em torno dessa presença estão sofrendo influências de relações de poder, seja entre médico e comunidade, seja entre médico estrangeiro e médico brasileiro, seja entre médico estrangeiro e Estado. De acordo com os contatos obtidos, o acesso aos médicos estrangeiros deveria ser precedido de contato com coordenadores do Programa, somente mediante autorização por parte dos coordenadores é que seria possível efetuar contato com os médicos estrangeiros.

No entanto, o contato de fato com os cubanos só acontece por meio da participação em projeto vinculado a um grupo de pesquisadores sediados na Universidade de Brasília (UNB) que estavam desenvolvendo ampla pesquisa sobre a integração dos médicos cubanos no território brasileiro, foi estabelecido contato com dois professores responsáveis pela pesquisa, que cederam parte do material para análise. O desenvolvimento de tal pesquisa pode

contribuir para a compreensão mais ampla da figura dos médicos estrangeiros em regime de cooperação no Brasil, assim como provocar a discussão acerca dos problemas da saúde brasileira e das políticas públicas em torno dessa questão.

CAPÍTULO 1: CONTEXTOS DA CRIAÇÃO DO MAIS MÉDICOS E PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA

Neste capítulo será apresentado o Programa Mais Médicos, fazendo uma breve análise do contexto de sua criação e implementação, bem como a maneira pela qual o programa possibilitou a contratação de médicos brasileiros, estrangeiro e sobretudo médicos cubanos para atuar no provimento emergencial de médicos nas áreas de maior carência dentro do território brasileiro. Em seguida são apresentados dados sobre o perfil dos profissionais contratados pelo programa e sua distribuição em território brasileiro.

O Programa Mais Médicos, implementado pela portaria interministerial N° 1.369⁴, de 8 de julho de 2013, apresenta como proposta prover o preenchimento de vagas para médicos de assistência básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), levando médicos para áreas mais carentes desses profissionais, principalmente pela dificuldade no preenchimento das vagas. Em meados do ano de 2013 o Brasil apresentava quantidade de médicos por mil habitantes considerada baixa pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil contava com 1,8 médicos para cada mil habitantes, é um número pequeno se considerada a proporção apontada por outros países como Argentina, Espanha, Portugal, Reino Unido e Uruguai (3,9; 3,5; 3,8; 2,7 e 3,7 respectivamente) (BRASIL, 2015).

Além do problema da quantidade de médicos disponíveis, havia um outro, a má distribuição desses profissionais pelo território brasileiro. Faltam médicos principalmente nas áreas de mais difícil acesso geográfico e também em situação de vulnerabilidade social, inclusive, esse é um dos critérios para envio dos médicos do Programa Mais Médicos, ou seja, a situação de vulnerabilidade social.

A tabela a seguir ilustra bem a proporção de médicos por mil habitantes nos estados brasileiros, tornando visível o problema da distribuição desse tipo de profissionais, pois, enquanto estados como Rio de Janeiro e o Distrito Federal possuem proporção maior que três médicos a cada mil habitantes, há estados em que a proporção não chega a um, como é o caso do Maranhão, Pará e Amapá. Infelizmente, a diferença na distribuição de médicos não é marcante apenas entre as regiões do país ou entre os estados, é bastante acentuada também na relação entre capitais e cidades do interior. Há localidades que não dispõem de médicos,

necessitando os habitantes se deslocarem para as cidades mais próximas em busca de atendimento.

Tabela 01 - Distribuição de médicos por 1000 habitantes

	Unidade Federativa	População 2012*	Total de Médicos**	Médico por 1.000 hab.
REGIÃO NORTE	Roraima	445,043	540	1,21
	Tocantins	1,323,231	1,426	1,08
	Amazonas	3,534,574	3,744	1,06
	Rondônia	1,531,920	1,562	1,02
	Acre	721,006	679	0,94
	Pará	7,726,888	5,938	0,77
	Amapá	662,927	505	0,76
REGIÃO NORDESTE	Pernambuco	9,015,728	12,547	1,39
	Sergipe	2,074,528	2,701	1,30
	Rio Grande do Norte	3,221,581	3,977	1,23
	Paraíba	3,843,916	4,488	1,17
	Alagoas	3,233,234	3,632	1,12
	Bahia	15,001,484	16,311	1,09
	Ceará	8,810,603	9,277	1,05
	Piauí	3,214,556	2,971	0,92
	Maranhão	6,533,540	3,767	0,58
DISTRITO FEDERAL	Distrito Federal	2,741,213	9,494	3,46
REGIÃO CENTRO-OESTE	Mato Grosso do Sul	2,426,518	3,733	1,54
	Goiás	6,145,928	8,917	1,45
	Mato Grosso	3,120,442	3,441	1,10
REGIÃO SUDESTE	Rio de Janeiro	16,383,401	56,391	3,44
	São Paulo	42,390,043	105,658	2,49
	Espírito Santo	3,577,833	7,040	1,97
	Minas Gerais	20,529,623	37,149	1,81
REGIÃO SUL	Rio Grande do Sul	11,073,282	24,741	2,23
	Santa Catarina	6,297,460	10,656	1,69
	Paraná	10,945,791	18,406	1,68
Total		196,526,293	359,691	1,83

Fonte: DEFREPS/SGTES/MS. Conforme inscrição preliminar do Conselho Federal de Medicina em 2012 considerando limite de idade de 70 anos e População Brasileira conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2012.

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 28)

Outro ponto apontado para implantação do Mais Médicos foi a proporção entre o crescimento populacional e a formação de médicos, afirmando a necessidade de aumentar a quantidade de profissionais formados nessa área para corresponder às necessidades populacionais.

Como medida de provimento emergencial, foi lançado edital para contratação de médicos em caráter urgente, sendo que, não havendo preenchido as vagas com médicos brasileiros, foi realizada contratação de estrangeiros, vieram portugueses, espanhóis, entre outros, além desses, a maior quantidade de estrangeiros foi de cubanos, o que resultou em uma série de questionamentos com relação ao regime de contratação diferenciado, sem a exigência da revalidação do diploma de medicina.

No entanto, a contratação de mão de obra estrangeira na área da saúde, embora tenha sido recebido como algo inédito e motivo de choque por parte de uma parcela da população não é novidade no Brasil, muito menos no mundo. De acordo com o levantamento bibliográfico, foi possível encontrar informações que demonstram que essa alternativa de importação de profissionais para suprir tal demanda não é ideia nova, nem exclusiva do Brasil. Segundo (OLIVEIRA, et. Al, 2015) existem exemplos de modelo semelhante de política pública para provimento de médicos com profissionais estrangeiros na Alemanha e nos Estados Unidos da América, e, segundo (BAGANHA e RIBEIRO, 2007), Portugal também passou por experiência semelhante. Se considerarmos que:

“Alguns países com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho compensam o déficit com médicos formados em outros países. No próprio Reino Unido, que tem o dobro da proporção de vagas por habitante do Brasil, os médicos que atuam neste país e que não se formaram lá chegam a representar 37% do total de médicos em atuação. Mesmo nos EUA esse número chega a 22,4%. No Brasil, em 2012, esse número era muito menor: 1,8%” (Brasil, 2015, p. 23).

Segundo o discurso oficial, o programa foi elaborado tendo em vista três vertentes, sendo elas: a melhoria da infraestrutura da atenção básica da saúde, o fortalecimento e expansão dos cursos de medicina e o provimento de médicos para áreas com déficit desse tipo de profissional. Segundo o Governo Federal, para preenchimento das vagas pelo programa, são priorizadas áreas consideradas de maior vulnerabilidade e também aquelas áreas onde o provimento de médicos é mais difícil, seja pela distância dos centros urbanos, seja pela carência da localidade. A adesão ao programa é feita pelo município, este solicita o recebimento de médicos do programa Mais Médicos, a proposta é analisada pela União e, posteriormente feita a distribuição de acordo com a demanda nacional.

O contrato é firmado mediante assinatura de termo de adesão informando compromisso mútuo entre município e União, através do Ministério da Saúde para a contratação do profissional para trabalhar na localidade. Os profissionais são contratados pelo programa para exercer carga horária de 40 horas semanais.

A proposta de seleção do programa aponta como prioritária a disponibilização de vagas para médicos brasileiros formados em instituições brasileiras, estando em segundo lugar, brasileiros formados em instituições estrangeiras e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior. Para se inscrever no programa o médico estrangeiro tem que comprovar proficiência na língua portuguesa. Na chegada dos

estrangeiros ao Brasil, é ministrado, de maneira obrigatória, curso sobre a legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, mais especificamente sobre o SUS, e também do idioma local aos médicos intercambistas.

A questão do idioma é muito importante de ser levantada, já que durante as entrevistas vários médicos afirmaram ter feito um curso muito rápido de língua portuguesa antes de vir para o Brasil, mas que não foi suficiente para conhecimento da língua, o que caracterizou uma das principais dificuldades no exercício de suas funções em território nacional. Esse é inclusive um ponto de destaque nas sugestões de melhoria apontadas pelos médicos cubanos entrevistados. No entanto, resta a dúvida se essa dificuldade se caracterizou entre todos os estrangeiros, incluindo os não cubanos, pois, embora estejam em número muito menor, também vieram trabalhar no Mais médicos com um regime de contratação semelhante ao dos médicos brasileiros.

É de grande importância destacar que no âmbito do Programa Mais Médicos existirão três categorias de médicos contratados, os médicos brasileiros formados no Brasil, ou seja, com CRM brasileiro; os intercambistas, que são os profissionais estrangeiros com Registro e visto de permanência provisórios. Dentro da modalidade de intercambistas estão os médicos cooperados, pois a contratação desses profissionais é feita em regime de cooperação internacional, onde a contratação acontece por intermédio da Organização Pan-americana de Saúde em parceria com o governo cubano e o governo brasileiro, ou seja, os cooperados são os médicos de nacionalidade cubana, vinculados ao governo de Cuba. Ressaltando que cooperado não tem relação com a ideia de cooperativa e sim de cooperação.

Lembrando ainda que grande parte dos intercambistas têm a sua graduação em medicina nas universidades cubanas, mas seu regime de contrato não passa por mediação de outras instituições, sendo feito entre o médico e governo brasileiro. Então, apenas deixando claro, quando houver referência a médicos intercambistas, estão sendo citados os estrangeiros e quando houver menção a cooperados estamos nos referindo exclusivamente aos cubanos.

1.1 - Contextos e críticas

Para compreender as lutas e disputas em torno da construção identitária do médico estrangeiro que atua pelo Mais Médicos, é importante que seja feita uma breve explanação acerca do contexto no qual tal política pública é criada e instituída, mostrando assim quais são as configurações relacionais existentes, que permitem criar os enunciados, por exemplo, de quem será atendido pela política pública, em que condições etc. Nesse sentido, os estudos sobre políticas públicas apresentam contribuições para compreender de que maneira o Programa Mais Médicos pode ser analisado de forma a clarear as concepções acerca de tal programa e pensar de que forma isso exerce influência sobre a maneira como é pensado o médico estrangeiro que atua em tal contexto. Dessa forma, uma das perspectivas do estudo das políticas públicas apontada por Goldstone (2004) propõe uma ligação íntima entre as diversas esferas da sociedade para formar a política, ou seja, a existência de uma relação entre os partidos políticos, enquanto esfera institucionalizada da política, e sua ligação com movimentos sociais e grupos de interesse, um influenciando em maior ou menor grau o outro.

Da mesma forma, as políticas públicas devem ser pensadas não como algo estático, mas dependente de uma série de interesses de diversos grupos, sejam eles partidos políticos, movimentos sociais ou o Estado. De toda maneira, a contribuição desse campo é perceber como as configurações dos grupos determinam e são determinadas pelas regras do jogo político, onde não somente a esfera institucionalizada tem papel importante, mas existe uma série de outros aspectos que precisam ser analisados para possibilitar a compreensão da relação entre Estado, política pública e grupos de interesse.

Nesse sentido, vale questionar se o Programa Mais Médicos surge como resposta à reivindicação de uma demanda pelos movimentos sociais tendo em vista o acesso ao direito à saúde, ou se, na verdade, embora o fim seja esse, existem muitos outros interesses que vão além desse? Também se deve questionar em que medida a implementação dessa política pública está permeada pelos interesses dos muitos atores sociais que fazem parte do seu campo de atuação, sejam eles partidos políticos, movimentos sociais, classe médica, etc.

A comunidade médica brasileira em grande medida se posicionou de maneira contrária à contratação de estrangeiros para atuação no programa, esse grupo seria também um grupo político diferenciado e forte a ponto de reivindicar o direito de determinar quem ocupa os cargos do programa? A maneira como os médicos brasileiros se organizaram para protestar

também merece atenção, pois fornece indícios para entender o seu posicionamento em relação à esfera política, o questionamento é: por que tais reivindicações foram feitas em grande medida de maneira não institucionalizada?

No caso do Programa Mais Médicos, o Partido dos Trabalhadores (PT) é associado imediatamente como criador da política pública, sendo inclusive bastante lembrado durante a campanha para reeleição de Dilma Rousseff como presidente. Com as primeiras notícias enunciadas sobre o programa e o preenchimento de uma pequena porção das vagas por médicos com diploma brasileiro, o Mais Médicos passou a ser massivamente utilizado nos discursos presidenciais em 2013, ano anterior à eleição presidencial, e 2014. Foram encontradas citações ao Mais Médicos em praticamente todos os discursos enunciados pela presidente, embora as vezes que citavam os estrangeiros seja muito menor.

Sem dúvida, a contratação de médicos para suprir a carência das localidades de mais difícil acesso foi um dos argumentos-chave para a campanha eleitoral de 2014, assim como o Programa Bolsa Família e o Pronatec.

Vejamos, se considerarmos que as políticas públicas podem ser conduzidas segundo interesses particulares ou de grupos específicos, utilizando a lógica do domínio das expertises para o comando da política pública e para a determinação de quais as demandas devem ser atendidas e de que forma isso será conduzido; a formatação e a distribuição do Programa Mais Médicos pode ser entendida através da lógica das disputas eleitorais se pensarmos, primeiro, nos interesses eleitorais, segundo no atendimento a uma demanda que pode não ser necessariamente pública. Como apontado por uma revista de oposição de grande circulação, o pacto do Governo Federal com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para trazer os médicos cubanos para atuar no Mais Médico, pode ter na verdade interesses políticos bastante específicos por parte do Governo. Claro que essa afirmação necessitaria de uma análise mais aprofundada.

Mas, a elaboração de uma política pública, não é feita de uma hora para a outra, na verdade, é uma produção contínua, onde podemos pensar o Mais Médicos como envolto em uma série de disputas políticas não somente durante sua criação, mas, também, na sua implantação, distribuição e execução. Retomando que não são apenas os grupos políticos institucionalizados que exercem influência sobre tal política pública, mas também uma série de outros atores, como os movimentos sociais em prol da saúde e as sociedades médicas.

De maneira geral, é interessante pensar no formato do Programa, como ele foi elaborado, a relação de seus formuladores com partidos políticos e movimentos sociais, bem como quais as demandas que os agentes interessados na implantação da política pública buscaram atender e, também, a relação de todos esses fatores com as dinâmicas de disputas eleitorais constituem um direcionamento que parece possibilitar o entendimento do objeto de maneira a problematizá-lo e não dá-lo como evidente a priori.

Vale pensar, por exemplo, no caso da classe médica brasileira que, por ser um grupo bastante coeso para defender seus interesses pode, em alguma medida contestar a legitimidade da contratação de médicos estrangeiros questionando inclusive o direito de exercício da prática médica dos estrangeiros, já que não necessitavam do exame qualificacional exigido no Brasil para os demais médicos. Talvez pela força da classe médica, talvez por pressão de outros setores da sociedade, de fato em meados de 2015 já não havia mais contratação de estrangeiros pelos editais do programa, as vagas eram ocupadas rapidamente por brasileiros; isso pode ser afirmado pelo anúncio que aparecia no site oficial do “Mais Médicos” de que todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros. A mensagem aparecia assim que o site era aberto, ocupava toda a página, evidenciando a necessidade de mostrar a informação.

Tal programa foi e é motivo de uma série de discussões, principalmente entre os profissionais da saúde. Uma das críticas é de que o programa seria apenas uma medida paliativa e não resolveria os problemas de infraestrutura da saúde brasileira. Outra crítica foi feita à contratação dos médicos estrangeiros, principalmente os formados em Cuba, pois o regime de contratação é diferente dos demais profissionais, pois, enquanto a contratação é feita diretamente com os médicos, mesmo os estrangeiros, no caso dos cubanos o contrato foi feito por meio de acordo entre o governo brasileiro e o cubano com a intermediação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), onde a maior parte do salário é pago diretamente ao governo de Cuba e apenas uma parte é repassada aos médicos. Essa situação foi apontada por algumas vertentes midiáticas como sendo caracterizadora de regime de trabalho semelhante à escravidão e, também, apontando que o acordo feito para contratação de médicos cubanos teria, na verdade, o intuito de apoio e fortalecimento ao governo cubano.

As críticas com relação à contratação de médicos cubanos são pautadas em diversos motivos, dentre eles, os que ganharam mais notoriedade consistem em apontar, primeiro, as deficiências com relação à infraestrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro, indicando que, antes do provimento de médicos, mesmo que em caráter emergencial, deveriam ser dadas

as condições necessárias para o exercício da medicina e atendimento de pacientes, principalmente em localidades mais distantes dos centros urbanos. Esse argumento é apresentado principalmente pela classe médica brasileira para explicar o porquê de não quererem ocupar cargos nas unidades de saúde mais distantes.

De fato a falta de condições básicas para atendimento no SUS como um todo e principalmente às populações que residem nas localidades mais carentes não é novidade, a escassez de material como luvas, seringas, esparadrapos e até medicamentos já vem sendo apontado pelo Tribunal de Contas da União em seguidos relatórios de 2013, 2014 e 2015⁵ e também por médicos, enfermeiros e pela própria população.

Um segundo argumento consiste no questionamento em relação ao regime diferenciado de contratação dos médicos cubanos, pois, os cubanos, ao contrário dos demais médicos, são trazidos em regime de cooperação através da parceria com a Organização Pan-americana de saúde que faz a ponte entre o governo brasileiro e o cubano, tais médicos não necessitam de revalidação do diploma para exercer a medicina no Brasil, desde que permaneçam restritos à atuação dentro do Programa.

Dessa forma, mesmo que os estrangeiros passem por cursos de familiarização tanto com relação ao sistema público de saúde brasileiro, quanto em relação às peculiaridades sociais e idiomáticas, assim como as doenças mais frequente da região onde irão trabalhar. Também não há exigência de que os diplomas desses médicos sejam revalidados no Brasil, portanto, não haveria provas, segundo esse argumento, de que tais pessoas seriam realmente médicos, nem se estariam de fato capacitados para a prática da medicina no Brasil⁶.

Os Conselhos regionais de medicina são responsáveis por conceder registros provisórios aos médicos do Mais Médicos, sendo eles autorizados a atuar estritamente dentro do âmbito do programa, não podendo exercer a prática médica em nenhuma outra instância, a não ser que revalidem seus diplomas.

5 Relatórios de 2013, 2014 e 2015, respectivamente, disponíveis em:

[http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?](http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14E1CA3E4014E1CFD2CD349FF)

[inline=1&fileId=8A8182A14E1CA3E4014E1CFD2CD349FF](http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/Release%20-%20Relatorio%20sistemico%20Saude.pdf)

http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/Release%20-%20Relatorio%20sistemico%20Saude.pdf

<http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-realiza-auditoria-no-programa-mais-medicos-2.htm>

Acesso em maio de 2016.

6 Disponível em: <https://academiamedica.com.br/mais-medicos-pode-ser-alternativa-para-reprovados-revalida/> Acesso em maio de 2016.

Outro argumento que ganhou notoriedade está relacionado à área de direitos humanos, pois, segundo algumas indicações de Bianchini (2015), a contratação desses médicos em regime de cooperação tal qual foi feita – estes assinam contrato com o governo de seu país, onde o Brasil destina a bolsa concedida pelo programa, no valor de 10 mil reais por mês, para o governo cubano que, por sua vez, repassa para o médico o valor correspondente a três mil reais mensais, ou seja, menos de um terço do valor total – corresponderia a um regime de exploração anticonstitucional. Segundo o autor:

Percebe-se que o tratamento não isonômico no que se refere à remuneração percebida pelos médicos cubanos ofende os direitos sociais insculpidos no art. 7º da CRFB/1988. O tratamento dispensado ao trabalhador cubano vai de encontro às normas constitucionais, pois faz diferenciação de salários pagos aos cubanos e aos médicos brasileiros e de outras nacionalidades que fazem parte do Programa, com isso, faz distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual e entre os profissionais respectivos. Constata-se, assim, que os médicos cubanos recebem tratamento desigual ao arrepio das normas constitucionais.

As violações ao texto constitucional perpassam a ausência de isonomia, uma vez que os médicos cubanos desempenham a mesma função, mesmo horário e recebem salários inferiores, com isso, tem a dignidade violada. Não obstante, percebe-se também que o tratamento dispensado aos médicos cubanos também violam vários Tratados Internacionais de Direitos Humanos que o Brasil é parte. (BLANCHINI, 2015, pp. 535, 536).

Esse argumento engloba não só a questão salarial, mas a série de restrições impostas aos médicos de Cuba com relação às condutas que devem ser adotadas no Brasil, incluindo a proibição de trazer os familiares para morar no Brasil mesmo durante a vigência do contrato, também a proibição de contrair matrimônio com estrangeiro e a obrigatoriedade de passar o período de férias em território cubano.

Também foram veiculadas notícias das mais diversas fontes relatando desde recepção festejada da chegada de tais médicos, até notícias de reações hostis, de agressões verbais e tratamento xenofóbico. Podemos ilustrar aqui a nota do Conselho Federal de Medicina sobre a contratação dos médicos cubanos, apontando como medida eleitoreira por parte do Governo Federal, tendo em vista o benefício do governo cubano:

O Conselho Federal de Medicina (CFM) condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes. [...] Trata-se de uma medida que nada tem de improvisada, mas que foi planejada nos bastidores da cortina de fumaça do malfadado Programa “Mais Médicos”. O anúncio

de nesta quarta-feira (21) coloca em evidência a real intenção do Governo de abrir as portas do país para profissionais formados em Cuba, sem qualquer avaliação de competência e capacidade. Estratégia semelhante já ocorreu na Venezuela e na Bolívia, com consequências graves para estes países e suas populações. [...] (Nota do conselho Federal de Medicina veiculada em 22/08/2013⁷).

É esse contexto de disputa que pode ser clareado à luz da dinâmica dos processos identitários para compreender de que maneira tanto a imprensa quanto as comunidades de acolhida dos médicos estrangeiros e os próprios médicos constroem a figura desse novo elemento. Compreender como são dadas as relações entre esses atores no contexto social no qual estão envolvidos. Entender a figura do médico e as disputas que permeiam o campo do exercício da medicina, inclusive a legitimidade acerca do fazer medicina e da figura do “bom médico”. É importante pensar por esse viés para compreender de que forma as disputas nesse campo contribuem para a construção identitária do médico estrangeiro. Inclusive na construção da própria política, há uma série de indícios que contribuem para a compreensão de como é significada a presença dos médicos cubanos no Brasil.

A análise da construção social do médico estrangeiro no Programa Mais Médicos depende ainda da identificação dos atores sociais diretamente envolvidos e da compreensão de suas narrativas sobre o Programa. Nesse sentido, questionar se as comunidades de acolhida desses médicos estrangeiros reagiram de maneira acolhedora ou resistente com relação à chegada dos mesmos, pois, a aparência, o idioma, a maneira como as consultas são realizadas tanto podem ser argumentos para defender ou estigmatizar tais profissionais.

1.2 – Características dos Profissionais do Mais Médicos

De acordo com os dados oficiais apresentados no Portal oficial do Programa Mais Médicos, em 2015 estavam presentes 18.425 médicos do Programa em território nacional, sendo distribuídos em 4.058 municípios. Em relação à categoria desses médicos, podemos demonstrar conforme tabela abaixo:

7

Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097:para-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3

Tabela 02: Distribuição dos médicos por perfil profissional

Distribuição dos médicos por perfil do profissional		
Perfil do Médico	Médicos	Percentual
CRM Brasil	2.636	14,31%
Intercambistas	1.543	8,37%
Cooperados	11.620	63,07%
PROVAB	2.626	14,25%
Total	18.425	100%

Fonte: SGP, 2015.

Em 2015 a maior porcentagem era de médicos do Programa era de médicos cooperados, comportando cerca de 63% do total. Caracteriza-se por uma presença bastante alta, sendo superior à metade do total de médicos do Mais Médicos. Notamos que em segundo lugar estão os profissionais brasileiros distribuídos nas modalidades de CRM brasileiro e também os vinculados ao PROVAB – programa direcionado aos brasileiros recém-formados – somando mais de 28% do total. Em última colocação estão os profissionais intercambistas, representando pouco mais de 8% do total de médicos do Programa. Se observarmos atentamente, a porcentagem de estrangeiros somando cubanos e demais nacionalidades, obtemos mais de 70% dos participantes do Programa. É uma porcentagem altíssima, merece de fato a atenção da população brasileira e foi um dos argumentos utilizados pela classe médica brasileira para questionar as intenções do Programa e do perigo da contratação de profissionais estrangeiros.

Nesse momento é compreensível a apreensão da classe médica brasileira, enquanto categoria que conseguiu conquistar espaço e coesão profissional frente à ameaça da figura dos estrangeiros, que chega para ocupar as vagas que normalmente os profissionais brasileiros não estavam dispostos assumir, o que poderia resultar num enfraquecimento do poder de barganha da classe médica como um todo.

A preocupação do governo brasileiro em demonstrar que a contratação de profissionais estrangeiro fica clara se observarmos a imagem a seguir, encontrada na página inicial do Portal do Programa Mais Médicos em agosto de 2017:

Imagem 01 – Substituição gradual de cubanos por brasileiros

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

MAIS SAÚDE PARA VOCE

Edital de reposição

BRASILEIROS PREENCHEM 99% DAS VAGAS

1ª chamada: 1.378 profissionais selecionados para atuar em 636 localidades

Substituição de 900 vagas antes ocupadas por médicos da cooperação com a OPAS

Em três anos, a meta do Governo Federal é colocar 4 mil médicos brasileiros em vagas ocupadas por profissionais da cooperação com a OPAS

As 12 vagas remanescentes serão ofertadas para brasileiros na 2ª chamada (início de

Fonte: www.maismedicos.com.br, acesso em agosto de 2017

A imagem colocada em destaque no site passa a mensagem de que ao longo do amadurecimento dos Programa os médicos brasileiros foram e continuaram ocupando os postos dos estrangeiros, atendendo às reivindicações da população em geral e da classe médica nacional.

Com relação à formação dos profissionais do Mais Médicos, vale notar que, segundo os dados apresentados conforma a tabela a seguir, a nacionalidade desses profissionais está concentrada ente cubanos, brasileiros sul-americanos, os nacionais de outras partes do mundo corresponder a um percentual mínimo do total. Esses dados ajudam a perceber porque em vários momentos os do Mais Médicos são entendidos como se todos fossem cubanos.

Tabela 03 – Distribuição dos médicos segundo continente e nacionalidade

Distribuição de médicos segundo o continente da nacionalidade		
Continente	Médicos	Percentual
Cuba	11.621	63,07%
Brasil	6.054	32,86%

América do Sul (exceto Brasil)	498	2,70%
Europa	121	0,66%
América Central (exceto Cuba)	82	0,45%
América do Norte	28	0,15%
África	11	0,06%
Oriente Médio	6	0,03%
Ásia	4	0,02%
Oceania	0	0%
Total	18.425	100%

Fonte: SGP, 2015

Como demonstra artigo de Sequeira e Lima publicado em 2014, os estrangeiros participantes do Mais médicos muitas vezes são confundidos com cubanos e os de outras nacionalidades permanecem quase invisíveis diante das notícias sobre o Programa, dos relatos de experiências. Em grande medida isso é devido à grande presença dos cooperado em território nacional se comparado com os estrangeiros na modalidade de intercambistas. Esse mesmo tema também foi abordado por Liege Scremin e Elaine Javorski em 2013, focando numa análise de como a mídia retrata os profissionais estrangeiros do Programa, mostrando como os estrangeiros não cubanos fica esquecidos e de como até os cubanos são apresentados em segundo plano nos telejornais sempre que é possível apresentar um brasileiro.

Tabela 04: Distribuição dos médicos por sexo

Distribuição dos médicos por sexo						
Sexo	PROVAB	%	PMM	%	Geral	%
Feminino	1.457	55,48%	8.774	55,54%	10.231	55,53%
Masculino	1.169	44,52%	7.025	44,46%	8.194	44,47%
Total	2.626	100%	15.799	100%	18.425	100%

Fonte: SGP, 2015

Outra característica marcante do Programa é o equilíbrio entre a contratação de profissionais de ambos os sexos, demonstrando que a porcentagem de médicos é um pouco mais alta que a de médicas em pouco menos de 10%, mas essa presença masculina é maior nessa mesma porcentagem se lavarmos em consideração o número de brasileiros e brasileira.

A questão do gênero foi apontada por alguns entrevistados sempre em referência à segurança, pois, as profissionais que se dirigiam para lugares mais isolados apontavam que

diversas vezes sentiam-se inseguras, preferindo sempre que possível residir junto com uma ou mais colegas.

A questão do compartilhamento das residências foi prática muito comum entre os médicos cubanos. Além da questão da segurança, outros pontos foram destacados para que adotassem esse estilo de vida. O primeiro deles é a vantagem econômica em estabelecer residência com mais de uma pessoa, pois segundo vários médicos os custos de vida no Brasil são muito elevados e dividir a moradia com outras pessoas traz benefícios econômicos à medida que as despesas são divididas entre os residentes.

Além da vantagem econômica a sociabilidade é apontada como aspecto relevante ao escolher dividir a moradia, pois facilita as trocas de experiências por estar convivendo com pessoas na mesma situação social e profissional, além de manter vivos aspectos próprios da cultura cubana como a alimentação, hábitos e sem dúvida o idioma. Aplacar a solidão e a saudade da família também é um ponto que contribui para a escolha da convivência em grupo, o que poderia fornecer apoio frente às dificuldades de estar em um novo país, com tantas diferenças sociais e culturais em relação ao local de origem. A partir desse contato com os conterrâneos surgem profundas relações de amizade.

No que tange à faixa etária dos médicos do Programa, observamos na tabela a seguir que mais de 45% dos médicos em regime de cooperação estão na faixa etária de 40 a 49 anos, em segundo lugar vem a faixa etária de 30 a 39 anos, demonstrando que tais profissionais não são tão jovens, estão na verdade na meia idade, e é bastante provável sejam pessoas que já tiveram mais experiências pessoais e também profissionais. Esse perfil de profissional mais maduro o que contrasta com a contratação de brasileiros, pois, segundo os dados obtidos a maior porcentagem dos nacionais está concentrada entre 23 e 39 anos. Sendo profissionais mais jovens, normalmente com alguma experiência profissional. Isso pode ser explicado, tratando-se dos anos iniciais da execução do Programa Mais Médicos, que foram justamente os médicos mais jovens que decidiram tentar ingresso no Mais Médicos, talvez enxergando como boa opção para início de carreira ou como boa oportunidade para ingressar no SUS.

Se formos pensar em termos dos profissionais do PROVAB, que como já dissemos, corresponde à esfera do Programa que objetiva apoiar os recém-formados, temos uma realidade completamente diversa, pois a grande maioria dos profissionais tem idade entre 23 e 29 anos. Sendo médicos que terminaram o curso de graduação há pouco tempo, sendo que a

atuação no SUS consta normalmente como uma das primeiras experiências profissionais desse tipo de contratado.

Tabela 05: Distribuição dos médicos por faixa etária

Distribuição dos médicos por faixa etária em anos segundo o perfil do profissional					
Faixa Etária	CRM Brasil	Intercambistas	Cooperados	PROVAB	Total
23 - 29	1.152	465	569	1.945	4.131
% do perfil	43,70%	30,14%	4,90%	74,07%	-
% do geral	6,25%	2,52%	3,09%	10,56%	22,43
30 - 39	1.030	793	3.734	637	6.194
% do perfil	39,07%	51,39%	32,13%	24,26%	-
% do geral	5,59%	4,31%	20,27%	3,46%	33,63
40 - 49	156	148	5.294	36	5.634
% do perfil	5,92%	9,59%	45,56%	1,37%	-
% do geral	0,85%	0,80%	28,74%	0,20%	30,59
50 - 59	111	84	1.958	4	2.157
% do perfil	4,21%	5,44%	16,85%	0,15%	-
% do geral	0,60%	0,46%	10,63%	0,02%	11,71
60 - 86	187	52	60	4	303
% do perfil	7,09%	3,37%	0,52%	0,15%	-
% do geral	1,02%	0,28%	0,33%	0,02%	1,65

Fonte: SGP, 2015

Para inscrever-se no programa como médico intercambista havia a necessidade de comprovar a habilitação para o exercício da medicina no exterior, então, os cooperados que se candidataram em participar da do Programa eram pessoas que já haviam exercido a prática médica em outros países, sendo bastante experientes devido as outras missões, vários médicos relataram nas entrevistas que haviam participado em mais de uma missão, que costumava durar anos, além disso, um grande número dos profissionais cubanos possuíam algum curso de especialização, algo que demanda tempo na formação.

Em relação ao estado civil, há uma diferença enorme entre a quantidade dos brasileiros que se declaram solteiros em relação aos que apontaram ser casados. Claro que esse dado aqui pode não ser muito completo, pois só encontramos os dados dos médicos do PROVAB, não acessamos os dados dos demais brasileiros, e como o perfil do médico ingressante no Mais Médicos pelo PROVAB aponta para profissionais muito mais jovens isso pode ser um indicativo do porquê de um número tão alto de solteiros em relação aos casados.

Quanto aos cubanos, vemos com os dados da tabela seguinte que mais metade dele vieram em missão solteiros, mas o percentual de casados é bastante relevante, correspondendo a mais de 35% do total, isso supera um terço desses profissionais. Durante o campo

encontramos dois casais que conseguiram vir trabalhar no Mais Médicos juntos, um dos casais inclusive trabalhava na mesma UBS, o que segundo eles foi fator determinante para a decisão de vir para o Brasil. O fato de não terem filhos também pesou na decisão, segundo relato.

Tabela 06: Distribuição dos médicos por estado civil

Distribuição dos médicos por estado civil						
Estado Civil	PROVAB	%	PMM	%	Geral	%
Solteiro	2.177	82,90%	8.345	53,55%	10.522	57,78
Casado	335	12,76%	5.465	35,07%	5.800	31,85
União Estável	92	3,50%	482	3,09%	574	3,15
Separado, Divorciado ou Desquitado	22	0,84%	1.243	7,98%	1.265	6,95
Viúvo	0	0%	49	0,31%	49	0,27
Ignorado, Inválido ou Não Informado	0	0%	215	-	215	-
Total	2.626	100	15.799	100	18.425	100

Fonte: SGP, 2015

A partir do que foi exposto nesse capítulo ficou um pouco mais claro em que contexto o Mais Médicos é elaborado e implantado, assim como evidenciou-se que tal política pública acaba ganhando destaque no cenário nacional e internacional tanto por sua abrangência quanto pelo seu potencial. No entanto as opiniões divergem absurdamente quanto à finalidade do Programa e principalmente no que tange à contratação de estrangeiro, sobretudo os cubanos. Há forte oposição política nos anos iniciais da sua implantação e o embate massivo de grande parte da classe médica brasileira, que questionava a efetividade das ações do Programa a longo prazo. E principalmente criticando a dispensa dos profissionais cubanos em realizar o exame Revalida para atuar dentro do SUS.

A atuação dos cubanos também é alvo de inúmeras críticas e questionamentos, acontecem inclusive recusas de conselhos de medicina em fornecer os registros provisórios desses profissionais e também são veiculadas várias notícias questionando suas capacidades profissionais e pessoais.

Além do apanhado sobre a construção da política pública, esse capítulo traz um breve apanhado de dados comparativos entre o perfil dos médicos brasileiros e cubanos, contribuindo para compreender as semelhanças e diferenças entre os nacionais e os estrangeiros dentro do mesmo Programa. Também há uma figura que merece atenção no Programa, são os supervisores, são cubanos que têm a função de fazer o intermédio entre os cooperados, o governo brasileiro e o governo de Cuba, prestando auxílio aos médicos e prestando contas ao seu país de origem, garantido que as cláusulas contratuais sejam cumpridas por ambos os lados.

Constatou-se que os cubanos se caracterizam por compor a grande maioria dos médicos nas primeiras fases do Programa e que são compostos por profissionais de ambos os sexos em proporção relativamente equilibrada, tendo um pouco mais de médicos que médicas, além disso, são pessoas de meia idade, sendo que a maior parte é composta por profissionais com idade entre 40 e 49 anos. Sendo que a maioria são médicos solteiros e cerca de um terço deles casados. São profissionais um pouco mais velhos e que afirmaram ter participado em uma ou mais missão no exterior em países como Timor Leste, Colômbia, Venezuela e alguns do continente africano. Vários contam, além da graduação em medicina, como especialização, sendo que alguns deles inclusive têm experiência de docência no ensino superior em seu país de origem.

CAPÍTULO 2: A IMPORTÂNCIA DOS PROCESSOS IDENTITÁRIOS PARA ENTENDER O MÉDICO CUBANOS DO MAIS MÉDICOS

Este capítulo tem como proposta fazer um apanhado teórico dos pontos chaves para compreensão do objeto de pesquisa, sendo assim, será feita uma explanação de como o estudos dos processos identitários contribui para a compreensão das migrações de maneira geral e como pode ser aplicado para entender de que maneira é construída a figura do médico cubano do Programa Mais Médicos nos três primeiros anos do Programa, ou seja, de 2013 a 2016.

O estudo dos processos identitários contribui para compreender a maneira como os indivíduos se inserem em diferentes contextos e a partir daí constroem a imagem de si mediante a relação com os outros, pois, as identificações são construídas levando em conta os pertencimentos e as diferenças, a identidade e a alteridade. Neste contexto de mudanças intensas, os indivíduos e grupos têm vivido transformações profundas no modo de viver e nas concepções sobre si mesmos e sobre aqueles com os quais estabelecem relações políticas e sociais. Muitas destas relações ocorrem em cenários de disputas e lutas por bens materiais e simbólicos.

Nesse sentido, a perspectiva sociológica de Norbert Elias, embora não verse necessariamente sobre a questão identitária, nos fornece uma série de elementos que servirão de base para avançarmos nessa discussão, pois a perspectiva de sociedade apresentada por Elias (1994) em primeiro lugar corresponde à consideração que é impossível pensar o indivíduo como ser independente de todos os outros e isolado dos contextos sociais, muito pelo contrário, o indivíduo só é passível de compreensão se analisado tomando em consideração as suas relações com o mundo social do qual é parte integrante. O segundo ponto a considerar no estudo do social são os aspectos configuracionais das relações, mostrando como as relações de poder dentro de um grupo e na relação intergrupar estão ligadas às configurações de poder entre eles (ELIAS, 1994).

Assim, cada pessoa singular está realmente presa; está presa por viver em permanente dependência funcional de outras; ela é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente, são elos nas cadeias que a prendem. Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, como grilhões de ferro. São mais elásticas, mais variáveis, mais mutáveis, porém não menos reais, e decerto não menos fortes. E é a essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação a outras, a

ela e nada mais, que chamamos "sociedade". Ela representa um tipo especial de esfera. Suas estruturas são o que denominamos "estruturas sociais". E, ao falarmos em "leis sociais" ou "regularidades sociais", não nos referimos a outra coisa senão isto: às leis autônomas das relações entre as pessoas individualmente consideradas. (ELIAS, 1994, p. 23).

Este autor apresenta uma grande contribuição para pensar a sociedade ao tentar desconstruir a ideia da existência de um abismo entre a sociedade e o indivíduo, na medida em que não se justificaria buscar a superioridade de um em detrimento do outro, pois que ambos são interdependentes. E, embora a sociedade seja composta pela junção de pessoas, não é esse simples aglomerado que a explica, pois, é fato que diferentes junções de pessoas assumem características fundamentalmente diferentes em locais diferentes e épocas distintas. Mas isso não é suficiente para explicar as constantes transformações sociais, que não são dependentes meramente das vontades individuais, e por vezes até contrárias. Embora os indivíduos sejam os componentes da sociedade, há, para Elias, um algo a mais que explica a existência da sociedade e também a influência que esta tem sobre o indivíduo ao mesmo tempo em que esse também exerce poder sobre ela.

A existência da sociedade seria então explicada por seus avanços e transformações, independentemente das vontades individuais, é a existência de uma ordem social que permanece oculta aos olhos e que explica como a ligação entre os indivíduos, bem como as funções que desempenham e a existência de relações sociais são os componentes garantidores da coesão social.

O pensamento social de Elias pode ser descrito como baseado nas relações, pois que, como exposto, são as relações entre indivíduos e grupos que explicam a existência da sociedade e é a partir da investigação desse fenômeno, que se dá de maneira distinta a depender das configurações, que se pode compreender determinados aspectos da sociedade. É nessa rede de relações que são explicadas as condutas individuais, pois que, esse autor dá destaque central à ideia de que todos os indivíduos estão inseridos via de regra na sociedade da qual fazem parte, e que não existem indivíduos completamente independente e isolado das relações que o cercam (ELIAS, 2005). Assim, podemos pensar que as relações existentes entre a comunidade residente no município onde chagam os médicos cooperados do “Mais Médicos”, que são estrangeiros, deve ser de interdependência entre ambos os lados, as condutas individuais, tanto dos cooperados como dos habitantes locais e também da equipe

médica da Unidade de saúde podem ser pensadas a partir das configurações relacionais, assim como propõe Elias (1994, 2005).

Nesse ponto, é possível mostrar como Elias aplica sua teoria em um estudo de uma comunidade, resultando no livro “Estabelecidos e outsiders” (ELIAS, SCOTSON; 2000). A ideia inicial do estudo desenvolvido por tais autores foi encontrar as explicações para o alto índice de delinquência em determinado bairro Inglês, mas, ao longo das observações outra questão veio à tona com mais intensidade. Ficou muito claro que havia dentro do mesmo bairro comunidade que se mantinham opostas, eram excluídas quaisquer relações entre elas, no entanto, não havia características que justificassem a princípio tal divisão, pois ambos os grupo tinham as mesmas características com relação à origem social, religião, tipo de profissão etc. A única característica que fazia com que os grupos fossem separados era o tempo em que habitavam a localidade. Esse era o ponto central de distinção entre eles, pois, o grupo que vivia há mais tempo (os estabelecidos) possuía coesão suficiente para posicionar-se em oposição ao grupo chegado há menos tempo (os outsiders).

Em suma, vale destacar desse a noção sociodinâmica da estigmatização, que mostra como a imposição dos estabelecidos sobre os outsiders se dá em primeira instância porque os primeiros possuem uma coesão grupal gerada por normas muito específicas de comportamento e pela visão de superioridade moral de tal forma que dispõem de recursos para manter uma relação assimétrica de poder diante do grupo oposto, que, por sua vez, não apresenta coesão interna nem para rebater a estigmatização. Outro ponto fundamental é a capacidade dos grupos de criar a sua própria imagem idealizada e impor estigmas sobre outros grupos de forma tão intensa que por inúmeras vezes os estigmas são incorporados à auto-identificação dos indivíduos dos grupos de forma a se sentirem de fato possuidores de características inferiorizantes. Isso denota uma visão clara de que as relações de poder entre esses grupos é bastante assimétrica, pois, de outra forma, o auto-enaltecimento e a estigmatização do outro não seria efetiva.

Como ferramenta de exclusão e estigmatização dos outsiders, a fofoca é utilizada de maneira eficaz, na tentativa de tornar o estigma algo materializado, palpável. Aqui podemos enquadrar bem as relações entre cooperados e os demais elementos que os cercam, percebe-se que diversas vezes a assimetria das relações se faz presente, seja quando a população cria fofocas sobre os médicos estrangeiros, como foi visto em campo, onde um morador afirma que não vai ao posto de saúde porque o cubano tem nojo de tocar nas pessoas, da mesma

forma que outros afirmam de maneira contrária, que os médicos brasileiros “examinam só de olhar”, enquanto os estrangeiros tocam, conversam.

Outro ponto a ser destacado é o questionamento das entidades médicas acerca da validade dos diplomas de Medicina dos estrangeiros, colocando em questão se realmente são médicos, questionando sua legitimidade do exercício da prática médica. São esses enunciados bastante presentes que demonstram, assim como observado no estudo de Elias, a existência de relações assimétricas entre os diversos grupos que compõem as relações sociais, principalmente após a inserção de um elemento distinto dos demais, seja na nacionalidade, no fenótipo ou na forma de vestir e falar.

Podemos demonstrar alguns exemplos do embate, principalmente por parte dos médicos brasileiros, contrário à contratação de médicos cubanos, e algumas notícias que referenciam tratamento de alguma forma preconceituoso ou estigmatizador. Há uma página anônima em uma rede social intitulada Mais médicos?⁸ onde são postadas fotos de receitas médicas apontadas como prescritas por profissionais cubanos que atuam no Brasil, visivelmente em tom de crítica e deboche aponta nas prescrições desde erros ortográficos a erros de prescrição, seja no tipo do medicamento ou na dosagem.

Embora não se tenha certeza sobre a procedência dos receituários, vale destacar a forma como a página faz referência aos estrangeiros, pois a palavra Médico aparece entre aspas, indicando dúvida ou discordância com relação à legitimidade do exercício da medicina por parte dos profissionais estrangeiros. É uma constante nessa página da rede social o questionamento em relação a não exigência do exame Revalida, questionando como será possível provar efetivamente a capacidade de atuar como médico no Brasil. O próprio nome da página é bastante ilustrativo por levar uma interrogação no final, assim como seu *layout*, que imita claramente o site oficial do programa, apresentando inclusive como imagem de perfil uma foto da Presidente da república, Dilma Rousseff.

Outro exemplo interessante é uma coluna em um site com o seguinte título: “Monstruosidades da semana do ‘Mais Médico’”⁹, as postagens fazem referência aos médicos cubanos, apontando erros de tratamento dos pacientes e prescrições equivocadas. Há também

8 <http://maismedicos.tumblr.com/> Acesso em 01/05/2016

9 Disponível em: <http://www.perito.med.br/2013/11/monstruosidades-da-semana-do-mais.html>

<http://www.perito.med.br/2013/11/monstruosidade-mais-medicos-da-semana.html>

Acesso em 01/05/2016.

as notícias sobre protesto de médicos brasileiros hostilizando por meio de vaís alguns médicos cubanos no primeiro dia do curso de capacitação do Programa Mais Médicos no Ceará¹⁰.

A contribuição desse estudo também é a compreensão de como determinados indivíduos constroem a partir das relações intra e intergrupais as características que distinguem o “nós” do “eles”. Como é delimitada tal fronteira e como a coesão grupal constitui elemento central para a auto-identificação individual com relação à sua posição no grupo. E também como o grupo cria mecanismos de auto-controle interno para continuar garantindo as suas vantagens sociais em relação aos “intrusos”, vistos como ameaças.

Isso nos remete a outra notícia¹¹, onde relatam que o afastamento de um médico cubano acusado de prescrição incorreta de alta dosagem de determinado medicamento estaria ligado a uma “sabotagem” – palavras da reportagem – de duas médicas brasileiras da mesma unidade de saúde. Ainda segundo a notícia, da qual também não se pode comprovar a veracidade, a paciente defendeu o médico estrangeiro frente às acusações.

Diante do exposto, a perspectiva apresentada pode lançar luz à compreensão das relações entre os médicos inseridos nas comunidades nesse contexto e a própria comunidade. Embora não se espere uma relação idêntica à encontrada em “Estabelecidos e outsiders”, pensar a relação entre comunidade e médicos pode ser feita levando em consideração como são formadas as configurações de poder entre ambos os grupos e se essa configuração permite ou não a relação entre eles e quais são as figurações que permeiam tais relações.

Outro ponto em que as proposições de Elias se mostram válidas é a consideração do pesquisador enquanto ser social que precisa questionar também as suas relações sociais, inclusive as que vai estabelecer como o grupo a ser analisado, dispondo sobre uma postura do pesquisador que o possibilite maior relevância de resultados. Além disso, é necessário pensar os indivíduos a partir do contexto em que estão inseridos, não considerá-los isolados num vácuo social. Pois, para compreender as relações entre os indivíduos e entre grupos, parece claro que precisam ser investigadas as relações precedentes, tais como as configurações dos grupos familiares e escolares etc.

10 Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/online/medicos-cubanos-sao-hostilizados-em-aula-inaugural-em-fortaleza-1.872880>

11 Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2013/12/01/a-historia-do-medico-cubano-sabotado-por-duas-medicas-brasileiras/>

Observar as relações entre grupos e indivíduos como relações dinâmicas, que se modificam conforme as configurações de poder pendem mais para um grupo que para outro, ou à medida em que tentam se equilibrar as forças e mais, entender como os indivíduos constroem sua auto-identificação a partir das relações que estabelecem com outros indivíduos e a partir de seus pertencimentos e como caracterizam as fronteiras de quem são os que pertencem ou não pertencem a determinados grupos e lugares, quem são os “nós” e quem são os “eles”.

A idéia de configuração apresentada por Elias servirá de suporte para pensar a questão identitária aqui apresentada, mas será de extrema importância a abordagem de conceitualização mais direta do tema e atualização metodológica para tornar esta abordagem mais clara e consistente. Dessa forma, serão expostas as propostas de autores como Stuart Hall, Kathryn Woodward, Manuel Castells, Denys Cuhe e Ernesto Laclau que apresentam, falando de maneira geral, da temática da identidade de maneira descentrada, fluida e relacional.

Embora haja uma série de embates sobre a discussão da questão identitária, ressalta-se aqui que a tentativa de fugir ao máximo das visões que essencializam e engessam as identidades de forma a torná-las meras imagens imóveis de sujeitos que dificilmente conduzirão ao entendimento das relações sociais de maneira ampla.

A visão de identidade defendida por Hall (2002) é de descentramento, onde o sujeito, chamado por ele de pós-moderno não possui uma e sim várias identidades por vezes até contraditórias. Essa descentração seria causada por uma série de transformações na estrutura da sociedade. Tais transformações teriam como estopim os chamados “movimentos fundadores” dos anos 60, tais como a luta pelos direitos de igualdade racial e o movimento feminista. Mas, o maior impacto sobre a transformação das identidades, ainda segundo Hall, estaria relacionado ao processo de globalização. Acontece que esse processo gerador das identidades múltiplas em um único sujeito, também faz surgir com ele a “crise de identidade”.

Para fundamentar melhor seu argumento, o autor busca fazer uma reconstrução das transformações temporais que ocorreram com o conceito de identidade. Inicia com o “sujeito do iluminismo” que seria a visão do indivíduo uno, dotado de um centro, ou um núcleo, responsável pela sua identidade. O segundo conceito é de “sujeito sociológico” onde o indivíduo ainda é visto como centrado, mas a sua identidade é construída – não vem pronta

como na concepção anterior – a partir da relação do sujeito com o meio. Nessas duas concepções, é perceptível que se vê a unicidade do sujeito, mas, enquanto o sujeito do Iluminismo seria o indivíduo humano totalmente centrado e dotado de razão, a ideia de sujeito sociológico abordava justamente a relação entre esse centro e o que o cerca a partir da noção de interação e de cultura. Finaliza com o “sujeito pós-moderno”, “conceptualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente.” (HALL, 2002, p.12). O descentramento é atribuído “ao caráter da mudança na modernidade tardia; em particular, ao processo de mudança conhecido como ‘globalização’” (HALL, 2002, p.14).

O processo de globalização é colocado como principal fator de deslocamento das identidades, com três possíveis conseqüências: primeiro, a desintegração das identidades nacionais; segundo, o reforçamento pela resistência à globalização, e terceiro, declínio das identidades existentes e o surgimento de novas identidades híbridas (HALL, 2002, p. 69).

Já o conceito de identidades em Manuel Castells (1999) diferencia “identidade” como sendo auto-definível e de fundamental influência na vida do indivíduo, dos “papéis sociais” que seriam socialmente definidos. As identidades teriam maior importância para os sujeitos porque são internalizadas por eles e estão carregadas de sentido e significado, enquanto os papéis sociais são externos ao sujeito e podem representar significado ou não à medida que se internalizam. Pode haver convergência entre ambos se um papel social for internalizado, ganhar significado para o sujeito a ponto de ser também parte do seu processo de identificação. Castells (1999) ainda destaca que quem constrói as identidades, em certa medida, determina seu conteúdo simbólico; tais determinações ocorrem no contexto de relações de poder. Partindo daí, distingue três tipos de identidade: A primeira é a que chama de “identidade legitimadora”, que seria introduzida pelos setores dominantes da sociedade para garantir a dominação sobre os outros setores; a segunda, chamada “identidade de resistência”, é a criada pelos desfavorecidos para resistir a uma situação opressiva; e a terceira, a “identidade de projeto”, é a construção de um novo tipo de identidade a partir de algum artifício cultural para promover alguma mudança no modelo de organização da sociedade da qual fazem parte. (CASTELLS, 1999, p. 24).

Como é possível perceber, para compreensão dos processos identitários a ênfase é dada às relações de poder que o caráter de diferença das identidades implica, bem como a capacidade de contextualizar o sujeito para entender como sua identidade é construída.

Uma outra abordagem, muito semelhante às apresentadas anteriormente, é defendida por Kathryn Woodward (2000), podemos dizer que a autora entende identidade também como processo relacional, situado no tempo e no espaço e caracterizar as relações de identificação envolvendo estruturas simbólicas que dão significado às identidades e à noção de pertencimento. Mostrando assim, como o processo de globalização alterou as noções de identidade e subjetividade. E afirma que “essas identidades adquirem sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos pelos quais elas são representadas”. (WOODWARD, 2000, p.8).

Assim, podemos observar que os autores mencionados vêm o processo de globalização como fundamentalmente atuante para transformar o modo como se via e como se vê a questão identitária. Nos seus argumentos, Woodward levanta a tensão existente entre duas perspectivas sobre as identidades, a essencialista e a não-essencialista. A primeira seria fixa, partilhada por todos em uma nação; a segunda, diria respeito ao caráter mutável, à diferença.

Para poder desenvolver sua tese a autora tenta explicar primeiro como se formam as identidades. Para isso constrói um esquema em dez etapas. Em resumo: primeiro é necessário conceitualizá-la; segundo, observar a reivindicação de pertencimento essencialista; terceiro observar as reivindicações da natureza e da história; quarto, observar a identidade como relacional, e difere simbolicamente de outras identidades; quinto, perceber os vínculos sociais e materiais que a envolve; sexto, dar importância ao social e ao simbólico; sétimo, examinar os sistemas classificatórios; oitavo, notar que algumas diferenças podem ser obscurecidas nesse processo; nono, as identidades podem ser negociadas; décimo, explicar por que as pessoas se identificam com as identidades adotadas. (WOODWARD, 2000, pp. 13, 14, 15). Seguindo esse caminho seria possível além de entender como se formariam as identidades, também mostrar como elas se estruturam e permanecem.

Outro ponto crucial no entendimento da questão identitária é a importância que a representação tem como processo cultural na construção das mesmas e, por ser a identificação um processo relacional, isso implica na existência de relações de poder:

A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. (WOODWARD, 2000, p.17).

A autora diz que “Todas as práticas de significação que produzem significados envolvem relações de poder, incluindo o poder para definir quem é incluído e quem é excluído.” (WOODWARD, 2000, p.18). Ver as disputas construídas em torno da legitimação das identidades é o ponto chave dessa teoria. “A globalização envolve uma interação entre

fatores econômicos e culturais, causando mudanças nos padrões de produção e consumo, as quais, por sua vez, produzem identidades novas e globalizadas” (WOODWARD, 2000, p.20). Também em consequência da modernidade tardia e da globalização, Kathryn sugere que a transformação das identidades e o surgimento de novas identidades teria, com isso, três possíveis consequências:

A globalização, entretanto, produz diferentes resultados em termo de identidade. A homogeneidade cultural promovida pelo mercado global pode levar ao distanciamento da identidade relativamente à comunidade e à cultura local. De forma alternativa, pode levar a uma resistência que pode fortalecer e reafirmar algumas identidades nacionais e locais ou levar ao surgimento de novas posições de identidade (WOODWARD, 2002, p. 21).

Assim como Hall, Woodward também apresenta as identidades como descentradas e múltiplas. Sendo caracterizadas pela possibilidade de crise quando dois aspectos distintos da mesma identidade se contradizem.

A complexidade da vida moderna exige que assumamos diferentes identidades, mas essas diferentes identidades podem estar em conflito. Podemos viver, em nossas vidas pessoais, tensões entre nossas diferentes identidades quando aquilo que é exigido por uma identidade interfere com as exigências de uma outra. (WOODWARD, 2000, pp.1, 32).

A autora diz ainda que o surgimento de novos movimentos sociais na década de 60 deu ênfase à questão da política identitária utilizando duas formas: uma essencialista, como apelos à história e ao biológico; e outra não-essencialista, dando ênfase à fluidez e às mudanças. Ela retoma relação entre identidade e diferença dizendo que a diferença se estabelece a partir de sistemas classificatórios. Assim, cada cultura teria formas próprias de classificação, ou seja, formas de organizar o mundo e de fornecer categorias de classificação que possam ser aplicadas pelos participantes da cultura.

A identidade seria resultante dos sistemas que produzirão seu significado. Assim, quando ocorre mudança no modo de significação, consequentemente se altera a percepção do que é identidade. O meio utilizado para qualificar as identidades é o da diferença.

Os sistemas classificatórios por meio dos quais o significado é produzido depende de sistemas sociais e simbólicos. As percepções e a compreensão da mais material das necessidades são constituídas por meio de sistemas simbólicos, os quais distinguem o sagrado do profano, o limpo do sujo e o cru do cozido. Os sistemas classificatórios são, assim, constituídos, sempre, em torno da diferença e das formas pelas quais as diferenças são marcadas. (WOODWARD, 2000, p.54).

Há distinção, segundo a autora, entre identidade e subjetividade. A primeira, diz respeito “as posições que assumimos e com as quais nos identificamos” (2000, p.55); a segunda, “sugere a compreensão que temos do nosso eu” (2000, p.55). Aborda um ponto de vista da psicanálise freudiana e lacaniana para mostrar como, partindo da descoberta do

inconsciente e do complexo de Édipo para explicar que: “De acordo com Lacan, o primeiro encontro com o processo de construção do “eu”, por meio da visão do reflexo de um eu corporificado, de um eu que tem fronteiras, prepara, assim, a cena para todas as identificações futuras”. (WOODWARD, 2000, p.64).

Mas, existem pontos na teoria de Woodward que são pouco explorados por Hall. É, como podemos perceber, a ênfase que é dada às relações de poder que o caráter de diferença das identidades implica, bem como a capacidade de contextualizar o sujeito para entender sua identidade.

Ainda sobre a questão identitária, deve-se ressaltar o estudo feito da concepção identitária de Laclau e sua visão sobre o surgimento, a morte e o renascimento do sujeito moderno, bem como seu questionamento feito sobre as divergências no conceito de universal e particular.

Talvez a morte do Sujeito (com S maiúsculo) tenha sido o principal pré-requisito desse interesse renovado na questão da subjetividade. Talvez seja a própria impossibilidade de atribuir as expressões concretas e finitas de uma subjetividade múltipla a um centro de transcendental que torna possível concentrar nossa atenção na multiplicidade em si. (LACLAU, 2001, p.229).

Assim como Hall e Woodward, Laclau faz referência aos movimentos dos anos 60 como contestadores da situação social propiciando o surgimento de novas identidades. Todos esses autores mostram os movimentos de contestação como a forma pela qual as referências de identidade como fixas foram se quebrando. Deixando de dar ao sujeito um referencial totalmente seguro de si e do seu entorno e passando a apresentá-lo uma realidade mutável que exigia transformação e adaptação constantes.

A possibilidade de “reemergência do sujeito como resultado de sua própria morte” (LACLAU, 2001, p.230) teria como resultante o surgimento de múltiplas e novas identidades:

Isso não é apenas especulação abstrata; é, ao invés, um caminho intelectual aberto pelo próprio terreno no qual a História nos jogou: a multiplicação de novas – e de não tão novas – identidades como resultado do colapso dos locais de onde os sujeitos universais falavam. (LACLAU, 2001, p.231).

Tal autor faz uma análise da oposição entre universalismo e particularismo, questionando a possibilidade de existência de divisão visível entre universal e particular. Explicando ainda essa dualidade, faz alusão ao cristianismo e à ideia de encarnação; onde a visão da totalidade existe apenas em Deus e as relações universal e particular seriam incompreensíveis à mente humana.

Tudo isso para explicar que na luta pela legitimação de algumas identidades, pode ocorrer de se tomar algo particular como sendo universal e obrigatório. Assim, a visão dada

do que é subjetividade está submetida a disputas. Laclau mostra que o universal pode ser, na realidade, apenas uma particularidade que se instalou citando o caso da dominação européia, “dado que o universalismo europeu havia precisamente construído sua identidade por meio do cancelamento da lógica da encarnação e, como resultado, da universalização de seu próprio particularismo” (LACLAU, 2001, p. 235).

Na visão de LACLAU, as relações de grupos são relações de poder que envolvem exclusão e subordinação dos outros grupos (LACLAU, 2001, p.238). Sempre que se avalia uma identidade, deve-se fazê-lo levando em conta o contexto, e qualquer modificação contextual irá acarretar mudanças das identidades.

O ponto básico é esse: não posso afirmar uma identidade diferencial sem distingui-la de um contexto e, no processo de realizar essa distinção, estou ao mesmo tempo afirmando o contexto. E o oposto também é verdade: não posso destruir o contexto sem destruir ao mesmo tempo a identidade do sujeito particular que leva a cabo a destruição. (LACLAU, 2001, pp.238, 239).

Ou seja, o universal é construído pelas constantes lutas entre os grupos que tem algum papel social para que sua singularidade não seja somente legitimada, mas, também consiga exercer certo domínio sobre os outros grupos. É o que já vinha sendo posto como a constante transformação do social e das identidades dos que o constituem. Esse aspecto da construção teórica de Laclau (2001) em grande medida é consonante com o apresentado por Elias no início dessa explanação, onde as relações entre indivíduos são relações de poder, incluindo a relação de grupos, onde um gera os enunciados sobre si e sobre o outro na busca de defender seu espaço e de conseguir legitimidade perante a sociedade.

Para compreender como é construída essa relação de identificação e diferenciação, os conceitos de auto-nomeação e hetero-nomeação de Cuche (2002) contribuem para compreender como é construída a imagem do médico cooperado tendo em vista que os enunciados sobre o “eu”, auto-nomeação, do “outro” hetero-nomeação, constituem o que o autor chama de processos de identificação, onde põe em questão o esquecimento da dimensão cultural por parte das teorias que tratam das chamadas identidades e propondo que tais processos incluem relações onde a identificação é um processo que passa necessariamente por um contato com o semelhante e com o diferente, onde são geradas nomeações, auto-nomeações e hetero-nomeações.

Nesse mesmo sentido, Ennes e Marcon (2014) propõem uma forma semelhante de pensar as relações entre os sujeitos, agora como processos identitários, propondo também uma perspectiva metodológica que auxilia na análise e compreensão de tais processos, pensando-os a partir:

Eles envolvem a) os atores sociais de algum modo articulados a grupos, b) os motivos de disputas de pertencimento ou não a tais grupos, c) os elementos morais e normativos que regulam o meio pelos quais estes atores entram em interação pelo que disputam e d) os contextos históricos e sociais nos quais são produzidos e, ao mesmo, contribuem para sua produção. (ENNES e MARCON, 2014, p. 227).

Dessa forma, a compreensão de como é construída socialmente a identificação do médico cooperado em questão deve levar em conta quatro aspectos, como defende (ENNES MARCON, 2014) sendo eles: os atores sociais, as normas, os bens em disputa e os contextos. Explicando: deve-se pensar como atores sociais contribuem para a construção da identidade do médico estrangeiro em Sergipe, os próprios médicos estrangeiros, os não estrangeiros, usuários do sistema de saúde e a imprensa enquanto portadora do poder de elaborar e distribuir um discurso sobre tais atores. Além disso, pensar os bens simbólicos que estão em disputa, ou seja, a disputa pela ocupação de um espaço profissional específico, que constitui uma disputa que envolve relações de poder e de definir quais práticas são válidas e características da “boa medicina”.

Um terceiro aspecto é pensar em termo das normas que estão em questão, considerando as normas formais e informais do exercício da prática médica, além de todo o aparato legislativo que respalda a presença de estrangeiros e as reivindicações de outros grupos para deslegitimar tal presença. Por último, pensar os contextos históricos e sociais que vão possibilitando o surgimento de tal política pública de maneira a proporcionar melhor entendimento sobre as dimensões sociais que a explicam, bem como o posicionamento da classe médica nacional, da imprensa e dos usuários do sistema público de saúde com relação ao médico estrangeiro.

É em consonância com esses quatro parâmetros que se propõe aqui analisar a inserção dos médicos estrangeiros no estado de Sergipe, e analisar de que maneira médicos, pacientes, e população em geral têm representado a vinda dos médicos cubanos para atuar pelo Programa Mais Médicos para o Brasil.

CAPÍTULO 3 – MIGRAÇÕES E INTEGRAÇÃO SOCIAL DOS MIGRANTES

Este capítulo será dedicado à exploração da temática das migrações enquanto campo de estudo da sociologia, tendo em vista a complexidade à qual nos remete a discussão dessa temática, bem como a relevância para a compreensão do objeto ao qual nos debruçamos nesse trabalho.

O Brasil, desde a sua “descoberta”, convive com diversos fluxos migratórios. Desde os próprios portugueses que colonizaram, passando pela massiva chegada de africanos de diversos países trazidos para trabalhar como escravos da coroa portuguesa. Num segundo momento, são registrados fluxos imigratórios principalmente de povos europeus trazidos para o Brasil na expectativa de garantir trabalho e terras, se apresentando como uma alternativa barata de mão de obra e cada vez mais utilizada, principalmente depois da abolição do regime escravista brasileiro, definitiva em 1988. A vinda de imigrantes para o Brasil tinha como proposta o povoamento, além da intenção de suprir a necessidade de mão de obra barata, a tentativa de “branquear” a sociedade brasileira, onde se imaginava um ideal de pureza racial.

São vivenciados diversos fluxos de entrada em imigrantes e posteriormente, o Brasil passa a registrar muitos fluxos de saída de brasileiros para países dos diversos continentes, principalmente das Américas e nos países da Europa, sobretudo Portugal. Mas, com o recente crescimento econômico apresentado pelo país nas últimas décadas são chegados imigrantes de diversas partes do mundo motivados pela fuga das condições precárias de seus países de origem, caso dos haitianos, até na perspectiva de melhoria das condições de vida, a exemplo dos chineses. Mas as imigrações contemporâneas para o Brasil se constituem como fluxos de direções diversas e com motivações também muito diversificadas.

Dessa forma, é necessário pensar os processos migratórios para além da dimensão econômica. Deve-se levar em conta outros aspectos como os aspectos políticos, culturais e ideológicos, principalmente em se tratando de uma migração mais recente, onde contemporaneamente vivemos em um mundo caracterizado pelos processos de globalização que vão transformando as relações entre os sujeitos à medida que transformam as relações políticas, econômicas e trabalhistas e também torna as fronteiras cada vez mais tênues e menos sólidas.

Dessa forma, Silva (2005) propõe que se pense os fluxos migratórios para além de um deslocamento geográfico, como uma relação complexa que envolve diversas dimensões tanto políticas como sociais e culturais e ideológicas, o pesquisador, para compreender tais complexidades, deve “compreender a migração como um processo social e o imigrante como ator desse processo”. (SILVA, 2005, p. 54). Portanto, compreender a migração enquanto acontecimento histórico e pensar a categoria trabalho como categoria analítica e histórica, pois, segundo a autora, “o trabalhador, como produto das relações sociais determinadas, passa a ser o centro da análise. Em se tratando das migrações, o eixo das interpretações recairá sobre os agentes inseridos nessa realidade: homens e mulheres que se deslocam em diferentes espaços”. (SILVA, 2005, p. 59).

Vale a pena notar que a vinda dos médicos cubanos para o Brasil, a princípio, é motivada pela atividade laboral, e se caracteriza pela vinda de indivíduos com qualificação profissional. Ainda é possível perceber que os médicos estrangeiros contratados pelo programa migram de maneira temporária, já que o regime de contratação dos médicos é temporário, no entanto, existem poucos estudos sobre as migrações temporárias, pois é difícil quantificar os migrantes envolvidos nas pesquisas do Censo Demográfico. Normalmente são visados os grandes fluxos migratórios.

Os médicos cooperados que chegaram não vieram simplesmente como migrantes que precisam criar as condições materiais de existência em um país distinto. Trata-se de migração com prazo determinado, feita sob condições específicas, com contrato de trabalho específico e com disponibilização das condições materiais por parte do país receptor, pois são disponibilizados, segundo o programa, valores referentes aos custos com moradia e instalação no país, além do valor da bolsa acordada. Os primeiros contatos no país são feitos com a equipe do programa, ou seja, com a esfera institucional, diretores, gestores etc. Num segundo momento, o contato com os outros profissionais que farão parte da sua equipe e, por fim, o contato com a população.

Dessa forma, a imagem que o cooperado tem de si pode ser a mais diversa possível, desde sentir-se altamente necessário por ter sido contratado para atender uma demanda que não havia sido suprida pelos profissionais locais, até sentir-se diferente ou desigual, caso possa vivenciar situações de estigmatização, seja por suas características fisiológicas ou culturais. Esse mesmo médico certamente criará sua própria interpretação acerca da comunidade da qual agora faz parte, pois, não há como evitar todo e qualquer contato. Essas

interpretações acerca do seu ambiente podem também ser as mais diversas, dependendo do tipo de relação que estabeleça e do seu posicionamento em relação à configuração do exercício de poder na localidade.

Diante do exposto, a perspectiva apresentada se apresenta como válida e importante para dar conta de explicar as relações entre os médicos estrangeiros e as comunidades de atuação, pois, possibilita lançar um olhar mais geral sobre as configurações grupais e as auto e heteronomeação dos indivíduos e dos grupos uns sobre os outros.

Metodologicamente também é importante considerar os indivíduos a partir das suas relações, pois ele é parte de seu ambiente e sofre influência dele. A interdependência entre os indivíduos e os grupos irá obedecer a configurações específicas a depender do contexto em que se inserem, são essas configurações que precisam ser levadas em conta para compreender a dinâmica intra e intergrupar, assim como perceber que são tais configurações que permitem a um grupo impor-se enquanto superior a outro de forma a estigmatizá-lo e subjugá-lo.

Embora os enunciados nesse campo englobem relações de poder, deve-se levar em consideração que seu processo de construção é uma via de mão dupla onde a construção da imagem dos sujeitos é resultante tanto da maneira como o outro denomina o grupo e como esse grupo opta por internalizar tal nomeação adotando-a como representativa de si ou não. Ou seja, as representações sobre os médicos cubanos resultam não somente de como se classificam e se apresentam, mas, também de como os outros os pensam e de como internalizam, rejeitam ou ressignificam cada uma das representações sobre eles para utilizá-las posteriormente. Isso se tratando de pistas e possibilidades de análise para compreensão de como é construída a identidade dos médicos cubanos que atuam em território brasileiro Programa Mais Médicos.

As relações entre médicos cooperados e comunidade, devem ser pensadas enquanto construções, onde se posicionam sempre de acordo com semelhança e diferença frente a um outro, ou seja, relacionalmente. Onde também a questão identitária está embebida por uma série de outras questões, sejam vários pertencimentos dos médicos estrangeiros e brasileiros, o poder de nomeação. Deve-se então desfazer qualquer tipo de ideia que tente mostrar tais relações de maneira naturalizada, deixando de pensar as influências sociais e políticas, bem como das diversas mídias, que permeiam a construção de discursos e imagens adotados como característicos de tais médicos ou do verdadeiro exercício da medicina.

O caso da migração dos médicos cubanos pode ser considerado diverso dos apresentados anteriormente, primeiro porque a migração não visa, em princípio a permanência no País maior que a o período de validade do contrato, trata-se exclusivamente de migração com cunho profissional e temporário. Os médicos passam por supervisão durante toda sua estadia no Brasil para garantir que sejam cumpridos os critérios contratuais. É uma situação distinta, por exemplo, dos demais intercambistas, que podem revalidar seus diplomas e requerer permanência em território nacional, podendo atuar como médicos em todo território nacional.

Então, o que justificaria a imposição da presença de supervisores cubanos em cada município onde estão trabalhando médicos cooperados? Certamente a garantia de cumprimento das cláusulas contratuais, incluindo entre elas a obrigação de retorno findo o prazo de vigência da contratação. Tais supervisores atuam também como mediadores entre os cooperados, as prefeituras e o governo cubano. É uma figura responsável por fiscalizar e auxiliar a permanência dos cooperados em território brasileiro.

A certeza do retorno transforma a experiência migratória à medida que sabe-se que as relações não serão permanentes, que os contatos serão desfeitos certo período. Sabe-se que após o término da missão será muito difícil retornar ao local onde trabalharam no Brasil e difícil inclusive que muitos dele estejam novamente em solo brasileiro.

Algo bastante destacado pelo pesquisados foi a formação de vínculos fortes de amizade entre os cooperados que passaram a trabalhar nas mesmas regiões, pois, mesmo que grande parte deles não se conhecessem anteriormente, o critério da nacionalidade foi muito importante para estabelecer esses vínculos de amizade e companheirismo entre os conterrâneos em território nacional. Tanto para manter contato com a cultura, o idioma do país de origem quanto por compartilhar experiências com alguém que vivencia a mesma situação de migrante temporário. Inclusive os próprios supervisores passaram a ser, em vários casos, aquele com que se estabeleceu relações de amizade e companheirismo.

Há autores que explicam como Cuba consegue manter suas relações diplomáticas a partir da exportação de mão de obra dos médicos, estreitando laços com diversos países e fazendo desse o principal produto cubano, o que garante grande parte da renda nacional. O foco na medicina como principal formação para os jovens cubanos estaria relacionada a uma lógica de mercado, por mais contraditório que isso pareça, já que a aceitabilidade desse tipo

de profissional é ampla em diversas partes do mundo. É justamente por meio dos acordos de cooperação internacional que Cuba exporta seus médicos e isso além dos benefícios econômicos traz, segundo a autora a capacidade de estreitar laços diplomáticos com o resto do mundo.

As diversas missões citadas pelos médicos durante as entrevistas, como veremos no capítulo seguinte, demonstra como a cultura do povo cubano é moldada de forma a facilitar a adaptabilidade desse tipo de profissional em qualquer lugar do mundo e isso se faz necessário para que possa ser uma mercadoria facilmente exportável. As escolas de medicina trabalham para a formação de um profissional polivalente, e maleável.

As famílias também precisam aceitar bem o distanciamento dos familiares médicos em missão, pois já é algo habitual, inerente à cultura. É dessa forma que os médicos contribuem para a renda da Ilha, então talvez torne-se mais simples para as famílias a aceitação do distanciamento, ainda por cima se levarmos em consideração que o retorno desses profissionais para seu país de origem é quase certo, principalmente pela vigilância à qual estão submetidos.

Isso torna a migração dos médicos cubanos algo com característica marcantes e distintas de outras modalidades migratórias. Esse é um dos motivos que suscitaram o interesse dessa dissertação, pois, é bastante curioso observar como esses profissionais formulam os enunciados sobre si mesmos e como essa transitoriedade caracteriza as suas relações em sociedade. Se levarmos em conta ainda as nuances na receptividade dos países para onde migram que podem ser das mais variadas, como isso contribui para o bom ou mau funcionamento de suas atividades e como influencia na representação de si mesmos?

É fato que o perfil dos migrantes vem se tornando bastante heterogêneo nas últimas décadas, principalmente com o crescimento dos migrantes do tipo qualificados, são aqueles que possuem formação universitária, São comuns acordos entre Estados e instituições para promover a circulação de mão de obra qualificada entre países, por meio de cooperações técnicas e desenvolvimento de programas e políticas públicas focadas na recepção dos estrangeiros em área específica

A situação de estrangeiro está intimamente ligada à noção de não pertencimento à localidade que habita, é um ser que vem de algum lugar que não ali, podendo representar uma ameaça, se passa a evidenciar diferenças.

Alguns países passam inclusive a utilizar sua mão de obra qualificada como material de exportação, revertendo esses sujeitos em fonte de renda para o país. Como é o caso dos médicos cubanos.

CAPÍTULO 4 – O DILEMAS DO CAMPO E AS ENTREVISTAS

O trabalho de campo foi realizado em duas etapas, como mencionado anteriormente, a proposta inicial deste trabalho era compreender de que maneira se daria a integração ou não dos médicos estrangeiros contratados pelo Programa Mais Médicos para trabalhar especificamente no estado de Sergipe. Ressaltando que tais médicos seriam contratados para atuar nas regiões com dificuldade no provimento desse tipo de profissional, notoriamente, as regiões mais no interior do estado.

O objetivo era compreender não apenas a integração, mas as relações que esses médicos estabeleciam com os demais atores sociais com os quais estavam em contato, ou seja, os gestores do Programa, os supervisores, os demais médicos estrangeiros ou nacionais, a equipe de saúde e, principalmente, a população local. Percebemos no decorrer da pesquisa que seria muito interessante direcionar o foco para o estudo não de todos os médicos estrangeiros, mas apenas dos cubanos, por se tratar de um número consideravelmente superior ao de outras nacionalidades e por se tratar de um regime de contratação também muito diferenciado. Sendo que, como já foi citado no capítulo introdutório, a contratação desses profissionais aconteceu por intermédio da Organização Pan-americana de Saúde, que fez a ligação entre o governo Brasileiro e o cubano.

Na primeira etapa, foram feitos contatos com a secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, tanto por e-mail quanto pessoalmente. Foram realizadas duas conversas informais uma com a coordenadora do Mias Médicos no estado e a ex-coordenadora, além do contato com uma enfermeira que atuou na UBS em conjunto com duas médicas cubanas. No primeiro contato, a recepção foi bastante tranquila, a conversa durou aproximadamente cinquenta minutos, onde a gestora explicou sobre a chegada dos médicos estrangeiros no estado, destacando o fato de que não haviam somente cubanos, mas a grande maioria dos estrangeiros era de Cuba ou formada em universidades cubanas. Falou como foi a chegada, a recepção o treinamento desses profissionais e deu pistas sobre a como enxergava a relação destes com seus pares e com os supervisores enviados para fazer o acompanhamento do trabalho deles fora de Cuba.

Foram fornecidos alguns dados sobre a distribuição dos médicos em território sergipano, que é dividido em sub-regiões, sendo elas. Segundo a coordenadora, haviam na época, em 2015, cerca de 116 médicos cubanos em Sergipe.

Tais médicos tinham que passar por curso de especialização durante a parte inicial da sua estadia no estado, esse curso era ministrado, segundo a entrevistada, na modalidade a distância. Com as entrevistas realizadas posteriormente, muitos dos médicos entrevistados teceram críticas à maneira como esse curso de especialização foi pensado e ministrado, assunto a ser abordado mais para a frente.

Outro ponto destacado na conversa foi o fato de que todos os cubanos contratados já haviam participado de missões de saúde em outros países, o que veio a se confirmar nas entrevistas realizadas posteriormente. O fato de terem participado em missões demonstra que os médicos cubanos possuíam bagagem no que diz respeito ao tratamento de pacientes com características culturais e sociais distintas, assim como evidencia o contato anterior com outros idiomas. Além de já terem vivenciado situações de distanciamento da família, o que volta a ser destacado posteriormente por muitos médicos durante as entrevistas.

Chamou bastante a atenção o fato de a conversa ser voltada para alertar sobre as situações delicadas para o contato com os médicos cubanos, pois, segundo ela, teriam que ser tomados alguns cuidados porque o contato não poderia ser feito de qualquer forma, era necessária mediação da supervisora responsável pelos médicos, pois, segundo ela, eles seriam instruídos a não dar entrevistas de maneira alguma. Não fica claro até que ponto isso se refere à realidade ou apenas as impressões da entrevistada.

Esse primeiro contato com a gestora do Programa no Estado de Sergipe foi muito frutífero no sentido de redirecionar o foco da pesquisa para os cubanos em vez de todos os estrangeiros, assim como evidenciou aspectos da interação entre coordenador, supervisor e médico. Também serviu para indicar onde poderíamos buscar mais informações sobre os médicos em regime de cooperação no estado.

A segunda conversa foi com uma ex-gestora do Programa no estado. Tratou-se, na verdade de um alerta sobre a abordagem a ser adotada nesta pesquisa e os critérios necessários para validar os contatos com os médicos cooperados. Havia a necessidade, segundo a coordenadora, de validar o projeto elaborado para a pesquisa junto com um conselho de ética antes de partir para a execução, recomendou que submetesse o projeto para análise junto à

Plataforma Brasil. Falou que algumas pessoas estavam começando a ter interesse pelo tema, ela inclusive, estava desenvolvendo uma pesquisa sobre o Mais Médicos, voltada para a área da saúde e com foco no estudo dos gestores do Programa, embora não tenha dado maiores detalhes, revelou que a única maneira de permitir acesso aos médicos, não somente aos estrangeiros, era por meio da aprovação pelo comitê de ética.

Durante alguns dias foram analisados os critérios exigidos pela Plataforma Brasil para que o projeto fosse submetido, no entanto, por se tratar de validação de pesquisas quase que exclusivamente da área da saúde, os critérios exigidos são se encaixavam no tipo de abordagem deste estudo. Foi um momento de muita dúvida sobre qual a melhor opção para conduzir a pesquisa, pois, sem o contato com os médicos ficaria muito difícil responder as questões de pesquisa e atingir os objetivos.

Nesse momento aconteceu um fato que modificou completamente o andamento deste trabalho e foi o que possibilitou sua continuidade, tendo em vista as dificuldades no acesso aos médicos alocados em Sergipe. Durante a realização do I Seminário Nacional de Sociologia da Universidade Federal de Sergipe, realizado no final do mês de Abril de 2016, conheci o Dr. Leonardo Cavalcanti, professor adjunto da Universidade de Brasília e Coordenador Científico do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra). O professor havia sido convidado para participar de uma mesa redonda durante o Seminário.

O contato foi possível via grupo de Pesquisa, pois ao final da apresentação o professor Dr. Marcelo, Alario Ennes, coordenador do Grupo de Pesquisas Processos Identitários e Poder, no âmbito do qual esta pesquisa foi desenvolvida, convidou o Leonardo para uma roda de conversa com os participantes do grupo, onde foram trocadas experiências sobre as pesquisas em desenvolvimento. A partir desse primeiro contato evidenciou-se que este trabalho e a pesquisa desenvolvida na UNB estavam em sincronia em muitos aspectos, sendo frutífera uma parceria. Recebi então o convite para colaborar com o desenvolvimento do Projeto, mesmo estando em fase de conclusão e recebi autorização para utilizar o material que fosse coletado durante minha participação.

Sem esse contato, este trabalho necessitaria tomar um rumo completamente diferente, pois a inserção como colaboradora no PROJETO CARTA ACORDO LOA 1500007.001-OPAS/OMS: Pesquisa sobre a integração sociocultural dos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil foi o que possibilitou o acesso aos médicos cubanos, o que possibilitou

uma abrangência muito maior do trabalho à medida que se inseriu em um projeto de dimensão nacional e pôde ter acesso à realidade de outros estados, indo além de Sergipe.

Tratava-se de um estudo interdisciplinar já em andamento, tendo como proposta analisar a integração sociocultural dos imigrantes cubanos que participam do Programa Mais Médicos e a incidência nas interações sociais entre os médicos e a população. Os objetivos específicos consistiam em:

“I - Realizar levantamento sócio-demográfico dos imigrantes cubanos que participam do Programa Mais Médicos;

II - Compilar os principais fatores que funcionam como agentes facilitadores da integração sociocultural dos imigrantes;

III - Identificar, a partir da perspectiva dos cubanos, os distintos espaços de intercâmbio e fricção existentes entre os integrantes do programa e outros profissionais que atuam na localidade;

IV - Compreender como estão estruturadas e dinamizadas as redes sociais dos cubanos.

V - Identificar como a experiência do Programa Mais Médicos pode contribuir para a formulação de outros projetos no âmbito da cooperação internacional Sul-Sul”. (Projeto de pesquisa, vários autores).

A pesquisa pretendia abranger cinco regiões do território nacional e entrevistar em profundidade mais de 80 médicos cubanos, conseguindo assim elaborar um perfil dos profissionais estrangeiros do Programa na modalidade de cooperação e compreender os aspectos que facilitariam ou dificultariam a integração desses profissionais em território brasileiro. Para isso optaram por realizar a pesquisa em três frentes, a primeira com foco nas áreas de periferia urbana, a segunda enfocando nas áreas indígenas e a terceira nos territórios quilombolas, pois notaram que havia distinção entre a forma de atuação nessas três áreas distintas. A hipótese levantada pelo Projeto era que “o sucesso ou o fracasso das diferentes formas de integração sociocultural dos médicos cubanos participantes no Programa Mais Médicos influem nas interações sociais presentes na prática médica” (Projeto de pesquisa, vários autores), o que foi posto à prova nas análises posteriores.

A minha inserção no projeto, como colaboradora deu-se já nos meses finais, a pesquisa estava bastante adiantada, em vias de conclusão. A principal parte da coleta de dados já havia sido realizada, faltando apenas a execução dos grupos focais, que, segundo planejamento inicial, seriam realizados em três estados diferentes, Rio de Janeiro, São Paulo e

Minas Gerais. Houve a intenção de realizar um grupo focal também em Sergipe, no entanto, devido o tempo limitado não foi possível.

Houve uma reunião no Rio de Janeiro com parte da equipe do projeto, onde foram definidos os locais e as equipes para realização dos grupos focais, assim como as diretrizes para a conclusão da pesquisa, já que essa estava em sua reta final.

Recebi autorização para utilizar o material coletado durante as entrevistas que participei, desde que preservando as identidades dos entrevistados, como constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por eles.

4.1 - Observações sobre os grupos entrevistados:

O primeiro grupo focal foi realizado na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro. A equipe, composta por 3 pessoas dirigiu-se primeiro para o prédio da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, onde permaneceu aguardando a supervisora dos médicos a serem entrevistados, lá entregamos os documentos de apresentação, o termo de consentimento a ser assinado pelos entrevistados e o roteiro do grupo focal, embora todos os documentos já houvessem sido enviados previamente ao marcar a entrevista.

A supervisora concordou com o roteiro apresentado, fazendo algumas ressalvas sobre o questionamento acerca do desejo de retorno dos médicos para seu país de origem. Seguimos acompanhados da supervisora, em carro oficial da prefeitura até Niterói. Nos encontramos com os médicos na residência que alguns deles compartilhavam. Estavam presentes, além da supervisora, sete médicos cubanos, obviamente todos do Mais Médicos que atuavam profissionalmente em Niterói. A recepção foi bastante calorosa, embora com um pouco de timidez no início.

Estavam presentes, além da supervisora, sete médicos, sendo três homens e quatro mulheres. Os entrevistados conversaram um pouco informalmente com a equipe, explicamos os objetivos da entrevista e entregamos o termo de consentimento para ser assinado, assim como uma ficha a ser preenchida com dados dos participantes como idade, estado civil, especialidade da formação e local de residência no país de origem.

Um fato interessante observado durante a entrevista foi a solicitação de um dos médicos de que não tirássemos fotos dele, foderia ser feita gravação de voz e filmagem, mas

fotografias não estavam permitidas por motivos religiosos. Este médico trajava-se completamente de branco e recusava-se também a cumprimentar as pessoas com apertos de mão. Explicou ele que se tratava de motivo religioso. Provavelmente o médico é praticante da religião conhecida como *santería*, religião afro-cubana, caracterizada pelo culto aos orixás, semelhante à umbanda no Brasil. A supervisora falou apenas que era algo cultural, sem entrar em detalhes.

Vale destacar que a supervisora permaneceu todo o tempo junto dos entrevistados, inclusive fazendo pequenas interferências durante a entrevista com gestos e expressões incentivando ou repreendendo os entrevistados em determinados momentos, embora não tenha falado expressamente em nenhuma parte da entrevista. Não se sabe até que ponto a presença da supervisora influenciou as respostas dadas pelos médicos. Mas em determinado momento, quando questionados sobre a sua relação com os médicos brasileiros, uma das médicas pigarreou, perguntou “ainda tá gravando, ne?”, riu e respondeu: “ah, é uma relação muito boa.”. o fato de ter citado o gravador antes de dar sua resposta, mostra que a entrevistada não estava completamente à vontade para expressar sua opinião.

Isso pode ter acontecido em vários momentos, tanto por causa da presença do gravador, quanto da supervisora, como ainda da não existência de nenhum vínculo entre entrevistador e entrevistados, pois havia sido o primeiro contato entre ambos. Sabe-se que a criação de uma relação de confiança com o objeto, ou o entrevistado, pode ser uma grande ferramenta para o pesquisador, no entanto, se tratando de uma pesquisa de tamanho nacional, onde o acesso aos entrevistados era limitado, foi difícil criar uma relação confortável em poucas horas. (BRANDÃO, 2007).

As perguntas foram feitas em blocos nos quais todos respondiam uma vez e acrescentavam mais informações à medida que sentissem necessidade. As perguntas estavam relacionadas à experiência deles aqui no Brasil, o contato com a população e a equipe de trabalho, finalizando com o que gostariam de sugerir como mudança para melhorar o Programa e as missões futuras que viessem a ser planejadas. Alguns questionamentos foram acrescentados ao longo do desenvolvimento do grupo focal.

A entrevista no Rio de Janeiro foi realizada em espanhol, um dos argumentos era facilitar a articulação dos entrevistados nas respostas pelo uso de sua língua materna, no

entanto, antes e depois da entrevista os médicos falaram quase todo o tempo em português, não apresentando dificuldades com o idioma.

Ao final da entrevista serviram um lanche com pasteis e bolos e sucos. Foram muito simpáticos perguntando sobre a vida pessoal dos entrevistadores e falando mais sobre o contato que tiveram com o Brasil. A entrevista completa durou cerca de 50 minutos.

O segundo grupo focal foi realizado em São Paulo, o local escolhido para o grupo focal foi a Casa do Migrante¹², no bairro da Liberdade. O local foi escolhido porque a Universidade estava fechada, pois a entrevista foi realizada em um domingo. Como os médicos residiam em locais muito diferentes, não quiseram reunir-se na casa de um deles. Chegaram separados ou em pequenos grupos, todos foram de transporte público. Demonstraram ser um grupo menos unido que o do Rio de Janeiro.

Estavam presentes oito médicos, sendo dois homens e seis mulheres, o supervisor dos esteve presente. Todos vestidos de maneira informal, mas bastante arrumados, algumas das cooperadas inclusive chamavam atenção pelo número bijuterias douradas que utilizavam como ornamento. Durante a entrevista alguns médicos falaram sobre o tema de maior polêmica com relação à contratação deles pelo Programa, que são os valores recebidos mensalmente como bolsa. No entanto essa menção se dá de maneira pouco direta e muito rápida.

Durante a realização do grupo focal em São Paulo os temas que ganharam maior destaque nas respostas dos médicos foram as dificuldades com relação à especialização realizada no período inicial da chegada ao Brasil, as dificuldades relacionadas ao atendimento dos protocolos utilizados na região, e as nuances do contato com brasileiros. A entrevista durou cerca de uma hora e vinte minutos. Os termos de consentimento foram assinados antes da entrevista, assim como foram preenchidos os dados sócio econômicos, assim como na entrevista anterior.

Havia nesse grupo um médico e uma médica que foram entrevistados na fase inicial da pesquisa. Essa entrevista era realizada individualmente com intuito de fazer um levantamento sobre todos os aspectos que envolviam a presença dos cooperados em território nacional, desde dados quantitativos referentes à quantidade, localização, características socioeconômicas; haviam questões ligadas a aspectos subjetivos que poderiam facilitar os

12

A Casa do Migrante é uma instituição vinculada à igreja católica tendo por objetivo acolher e integrar os migrante e refugiados. <http://www.missaonspaz.org>

dificultar a integração e a atuação desses profissionais em território brasileiro. Infelizmente, minha inserção na pesquisa deu-se em momento posterior, portanto, não tive acesso às entrevistas individuais.

Os médicos mostraram-se um pouco desconfiados inicialmente, e alguns deram a entender que sua presença ali não era facultativa, o que gerou um pequeno desconforto. Mas, a pesar desses acontecimentos, a condução do grupo focal deu-se de maneira harmoniosa e satisfatória, já que as perguntas foram respondidas prontamente, apontando algumas semelhanças e algumas divergência em relação ao que foi coletado no grupo focal da cidade de Niterói. Esses temas serão debatidos posteriormente.

Foi o grupo focal mais delicado, e não houveram muitas conversas depois do encerramento. A entrevista toda foi conduzida e respondida em espanhol, no intuito de deixar os entrevistados mais confortáveis por falar em seu idioma nativo.

O último grupo focal foi realizado em Minas Gerais, no prédio da Universidade Federal. Da mesma forma que em São Paulo, os médicos chegaram separados ou em pequenos grupos. Alguns tiveram dificuldade para chegar ao local e se atrasaram um pouco, o que deu tempo para que os médicos presentes conversassem um pouco com a equipe de entrevistadores. Esse contato inicial se mostrou proveitoso por deixar alguns médicos mais confortáveis antes mesmo das perguntas, enquanto esperávamos, servimos um lanche com pães de queijo para os presentes, também para facilitar um momento de diálogo.

A supervisora estava presente durante a entrevista, tendo saído em um momento para atender um telefonema. Diferente da supervisora no Rio de Janeiro, a de Minas Gerais participou bastante da entrevista evidenciando o ponto de vista da relação com a parte mais burocrática do Programa, o contato com prefeitos e secretários, e a assistência que precisava prestar aos cooperados que supervisionava apresentavam-se de maneiras as mais diversas. Foi muito relevante a presença da gestora por fornecer uma outra perspectiva da relação com os médicos.

Estavam presentes, além da supervisora, sete médicos sendo três homens e quatro mulheres. Sendo que havia um casal que ingressou junto no Programa e conseguiu trabalhar na mesma Unidade de Saúde durante toda a permanência. São nuances que valem ser destacadas por configurar fatores que podem ser muito importantes para facilitar a integração dos médicos em missões, o apoio da família e estar com a família foi um dos pontos

destacados nas entrevistas que ajudou a compreender como o médico cubanos se vê, como isso influencia no contato com os demais.

Das entrevistas, a última foi a mais longa, durando aproximadamente uma hora e trinta minutos, sem contar a interação antes e depois das gravações. A conversação deu-se totalmente em português, o que não dificultou a interação dos médicos com os entrevistadores, não sendo obstáculo para a comunicação, pois se tratava de um grupo de médicos que residiam no país há quase três anos, mesmo tendo chegado em épocas diferentes, praticamente todos os médicos estavam em período de finalização dos contratos, sem prorrogação. Foram muito importantes os relatos sobre as missões anteriores dos médicos, o contato destes com outras culturas, com as situações das mais diversas no contato com populações muito carente, essas experiências serviram de contraste para a situação vivenciada por eles aqui em território brasileiro. Vários pontos foram levantados com relação às particularidades sociais e culturais do povo brasileiro.

Assim como a visão diferente no que se refere à prática médica, esse foi um dos temas mais abordados durante essa entrevista, demonstrando a opinião dos médicos em relação à situação do Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro e a opinião sobre como boa parte dos médicos formados no Brasil não concorda com a estrutura adotada pelo SUS ou como apresentam uma visão da relação entre médico e paciente tão distinta da que os cooperados apontam como sendo a visão dos cubanos.

Outro ponto sempre presente era a preocupação dos cooperados sobre como ficariam seus pacientes depois que os médicos voltassem para Cuba, pois, não havia perspectiva de substitutos imediatos e a demanda é muito grande. Também a dificuldade para adaptação aos protocolos exigidos em cada atendimento e a restrição ao tipo de serviço que poderiam prestar dentro do SUS, os cooperados fizeram vários apontamentos e indicaram algumas sugestões para melhorar a participação e o aprendizado dos próximos intercambistas que viessem trabalhar no Brasil.

Encerrada a entrevista, os médicos e entrevistadores permaneceram conversando por mais alguns minutos em clima bastante amigável, alguns desabaços foram feitos por parte dos médicos em relação aos problemas enfrentados em seu trabalho tanto na relação com colegas como com paciente e com a equipe diretiva do Programa. Vários relataram informalmente o tamanho aprendizado conquistado com o trabalho no Brasil e também a saudade que sentirão

dos amigos que aqui fizeram. Alguns afirmaram estar agradecidos pela experiência enriquecedora e gratificante, no entanto, afirmaram estar com muita vontade de regressar ao seu país natal.

Encerrado o ciclo de entrevistas na modalidade Grupo Focal, houve transcrição de todo o material, gerando algumas dezenas de páginas de entrevistas. Não sentimos necessidade de tradução para as entrevistas em língua espanhola, por isso os trechos das falas dos entrevistados citadas posteriormente estarão em português quando for do grupo focal de Minas Gerais e em espanhol quando dos grupos entrevistados em São Paulo e Rio de Janeiro.

A transcrição das entrevistas em espanhol não foi complicada, mas um pouco lenta, devido algumas gírias e sotaques específicos, mas, ao analisar as três entrevistas, concluiu-se que a escolha do idioma não foi um fator muito importante para deixar os entrevistados mais confortáveis, pois, na entrevista em português os médicos também falaram bastante ao responder as perguntas e não apresentaram dificuldades com relação ao vocabulário e à articulação das palavras. Como todos eles já estavam completando os três anos de contrato, estavam todos aguardando o regresso em datas próximas, portanto, eram médicos com mais experiência no contato com brasileiros devido o tempo de permanência no país. Obvio que isso terá resultado na compreensão da língua portuguesa e na maior facilidade em expressarem-se na língua local.

Durante a realização dos três grupos focais, percebemos que os médicos costumam utilizar com frequências os aparelhos celulares inclusive para comunicarem-se entre si. A socialização entre eles se dá em grande medida por meio de grupo e redes sociais como Whatsapp, facebook, segundo os próprios médicos, os aplicativos e redes sociais facilitam a comunicação entre eles aqui no Brasil.

4.2 - Análise do material coletado

A partir dos depoimentos coletados, foi possível elencar diferentes âmbitos no quais os médicos intercambistas constroem relações na sociedade brasileira, com apontamentos positivos e negativos sobre os mesmos aspectos a depender do entrevistado. A seguir serão apresentadas as principais dimensões de interação dos médicos cubanos.

Precisa ser destacado aqui que a maior parte das relações dos cubanos com brasileiros se deu na esfera profissional, tendo em vista que a contratação desses médicos prevê uma carga horária de 40 horas semanais, somadas ao curso de especialização nos anos iniciais e pensando no deslocamento entre residência e trabalho, pois a grande maioria reside distante do local de trabalho. São muitas horas do dia dedicadas ao atendimento de pacientes e à relação com a equipe da UBS, sendo assim podemos apontar que a principal forma de interação social dos médicos cubanos em território brasileiro esteve relacionada ao seu ambiente de trabalho.

Da relação com os médicos brasileiros podemos apontar uma ambiguidade, pois os entrevistados destacaram, por um lado, dificuldades de aceitação dentro da UBS por parte dos colegas brasileiros:

“yo estuve ocho meses casi llorando todos días, porque fue una guerra de los médicos brasileños, de personas brasileñas contra a mía porque eran 9 equipos de trabajo era la única médica cubana.” (Médica 8, SP)

Por outro lado, vários médicos relataram ter recebido ajuda dos colegas nacionais para o entendimento dos protocolos e do idioma:

“Cuando yo llegué, gracias a Dios, lo médico brasileño era formado en Cuba que me ayudó mucho porque esa interacción también es buena, él hablaba español y me ayudó, me enseñó como se trabajaba ahí. No porque no me habían enseñado, yo sabía por los cursos, un poco más o menos como se trabajaba aquí, no me explicaran como era la característica de esa comunidad, porque cada comunidad para entrar tiene un protocolo yo no puedo ir a su comunidad y tú no puedes ir a la mía.” (Médica 4, RJ)

“En cuanto al equipo, ese médico con quien trabajé me enseñó muchas de esas reglas del trabajo, logramos mi integración con el equipo de tal manera que ya nos todos implantamos también un plan de trabajo para mejorar los indicadores, que eso es muy positivo hemos llegado a ese entendimiento entre todos y pienso que hay sido muy positivo para todos nosotros los que estamos aquí.” (Médica 4, RJ)

Vários relatos convergem para explicar as pressões que sentiram os médicos cooperados diante da chegada ao país, mas com o decorrer do tempo a situação converteu-se em algo favorável.

“E também tem as suas complicações, que no início foi bem complicado para a gente. A gente tinha aquela pressão do profissional brasileiro e isso já mudou muito com o tempo, eles já parecem que acostumaram.” (4, MG)

“Y la integración en trabajo en general es buena, la población acogió muy bien desde... siempre va a tener rechazo, siempre la gente tiene expectativas, se realmente es médico, por todos os rumores que se sabes. Pero al final, ya estamos casi a partir y se logra la integración, por lo menos en mi equipo y en mi unidad” (7, SP).

Também apontam que sua chegada foi considerada um alívio por parte dos colegas e da comunidade. Em localidades com muita dificuldade para preenchimento das vagas de médicos a chegada dos cubanos pode ter sido realmente considerada providencial.

“brasileño es muy bueno en la integración. Había un médico que lo que vio fue la luz cuando llegamos porque ya estaba tres años solo con una población de 27.890 pacientes. Entonces el equipo de salud vio el cielo, las estrellas, la luna cuando llegamos.” (6, SP)

“Diferente de mi colega, mi experiencia de la integración social ha sido diferente a la que han hablado. Tenemos una relación muy buena, muy buena, con todos mis colegas de trabajo. En la unidad básica de salud tiene 8 médicos brasileños e yo cubana, y muy buena relación, buen acogimiento desde el primer día y buena relación con la población, es una población bastante carente y una vez en la semana yo duermo en la comunidad, yo me quedo en casa de una agente comunitaria, duermo y allí yo vivo... yo tengo llave de la casa de “mi barraco”, como yo digo.” (Médica 1, SP)

Há também a dificuldade de interação nas situações em que há alta rotatividade de médicos nas localidades de mais difícil acesso ou regiões caracterizadas por serem violentas.

“Olha aqui, desde que a gente chegou no posto, nesses três anos a gente conheceu 13 médicos, 13 médicos diferentes, imagina a instabilidade da equipe, das outras equipes, os únicos que tão ali a três anos somos meu esposo e eu. Não, um médico fica 2 meses e vai embora, fica 3 meses e vai embora, 13 médicos passaram pelas outras equipes de saúde, então, assim, é difícil para manter o trabalho de equipe, a organização de equipe.” (Médica 4, MG)

Com relação à interação com a equipe da Unidades de saúde foram apontados como relevantes a insistência por parte de alguns médicos em estabelecer contato com sua equipe e o estranhamento causado pela tentativa de criar relações mais próximas com os enfermeiros, agentes de saúde, profissionais dos serviços gerais, etc. os médicos cubanos apontam que há no Brasil uma supervalorização da categoria médica, causadora de distanciamentos tanto na relação médico e paciente quanto na relação entre médicos e equipe de saúde. Alguns cubanos apontam inclusive que em alguns casos não houve interação social por causa desse distanciamento:

“Es que esta integración social con los miembros del equipo al inicio también por insistencia, porque por aquel médico se supone que va amozar en shopping, aquí el médico tiene un carro, no anda en ómnibus, aquí el médico es el médico, aquél que está en arriba, que no le pasa la mano a nadie, que no topa nadie, que no come en casa de nadie” (Médica 6, SP).

“Hay algún agente comunitario que se relaciona más, que no se siente inferior, pero costó, aquí integración social no hay.” (Médica 6, SP)

“El objetivo de esta pesquisa es el integración social, lo digo que de mi punto de vista no va más allá de los 15 minutos en la consulta, incluso se alarman cuando pongo la cadera al lado, ponen en la frente porque no están acostumbrados. Se alarman a veces cuando el médico come en la copa junto con los auxiliares de limpieza, o junto de la enfermera porque no están acostumbrados a eso. O sea, para que se preocupa relacionar socialmente se aquí lo que importa es que atienda el paciente, no importa como.” (Médico 5, SP).

Com relação ao contato com a população também há divergências, pois, de maneira geral, os médicos residem longe do local onde trabalham, eles apontam inclusive que isso se deve à dificuldade de dar ao médico suporte para viver dentro da comunidade, pois seria muito difícil prestar assistência à população nos horários onde, por exemplo o posto de saúde está fechado, pois são comunidades normalmente muito carentes e também, em vários casos comunidades violentas, o que poderia transformá-los em alvos fáceis em situações como tiroteios, por exemplo.

“En cuestión de la comunidad, tiene una cultura muy diferente a la que se tiene costumbres en diferentes partes de Brasil. No estamos acostumbrados

con la violencia, no estamos acostumbrados a las drogas, no estamos acostumbrados a los peligros que ellos ya conocen. Porque yo trabajo en una comunidad aquí que detrás del consultorio fuman drogas y yo no puedo decir que no lo hagan. De frente al consultorio hay una boca de fumo, que es donde está concentrado... ellos ¿me entiende? Entonces no lo puedes decir que se vayan de allí, solamente tratar de saber de qué manera viven en la comunidad y se adaptaran a eso, para tú más o menos tener una adaptación que va ser difícil en tres años una persona adaptarse a eso, a una violencia, a tiros, a tener que ir a trabajar y salir a la media hora porque se están dando tiros y tiene que irse de allí, ¿entiende?” (Médica 5, RJ)

“aquí no somos moradores de la comunidad, pero, imagínate un medico viviendo ahí no sea cubano, sea también brasileño, que falta alguna cosa, no van a ir a la UPA, no es que... un risco de arma que allí lo que más pasa es tiro, problemas con drogas, y es difícil que las 3 de la mañana le estén tocando a la puerta sin saber lo que va pasar.” (Médico 5, RJ)

O aspecto idiomático também aparece como fator que de diferenciação dos médicos em relação às comunidades, mas que com o andamento da estada no país vai se atenuando. A dificuldade reside na grande diversidade cultural do Brasil, que apresenta modificações em seu idioma a depender das regiões geográficas e da cultura de determinadas localidades, as expressões do dia a dia, as gírias e os sotaque não são facilmente aprendidos na teoria, é necessário estar em relação com as comunidades para compreender seu jeito de falar, o que só acontece com a convivência:

“El idioma prácticamente todo mundo aprendió aquí, trabajando aquí. Lo bueno como ha dicho mi colega, el cubano se adapta a todo ya esté aquí en Rio de Janeiro, ya esté en África e yo creo que en uno mes ya estaba hablando prácticamente el portugués por lo menos la preparación del idioma, no la preparación de la medicina, la medicina tú la sabes” (Médica 5, RJ)

“Tiene personas brasileñas que a veces no saben lo que hablan otras personas de Nordeste, no sé, de otra región de Brasil. Es muy difícil... ya eso depende de cada persona a donde llega a trabajar.” (Médica 5, RJ)

“E como qualquer lugar do mundo sabe, a língua que se fala aqui em Minas Gerais não é a mesma de Brasília, como língua é língua só que cada casa tem um jeito, em Cuba é igual, então cada região. Os médicos todos quando chegam, eu que recebo a todos, quando uma pessoa senta com o primeiro paciente eles olham para mim e dizem “não entendi nada”. Então eu sempre explico para eles o que vai acontecer, sabe? É isso mesmo que vai acontecer, não vai entender, porque essa pessoa que está chegando não é professor da universidade, não é como na novela que tem uma pronuncia que é devagar e que todo mundo entende, não é isso, então você vai receber pessoas que não tem nível cultural nenhum, que nunca estudaram, outras talvez estudaram muito, mas essas realmente você não vai atender.”
(Supervisora, MG)

Da relação com o paciente podemos destacar a dificuldade inicial apontada por vários relativa ao idioma, por outros o receio por parte da equipe de trabalho e dos próprios pacientes, culminando num acolhimento caloroso em várias localidades, deixando saudades já no período que antecede o regresso ao país de origem:

Então, assim, eu acho que o que a gente leva de bom para... assim, experiência boa, um resultado bom, é assim, o vínculo que a gente criou com aquela comunidade, o reconhecimento do seu trabalho por parte da comunidade, porque assim, esses pacientes daí ele estão chorando desde que ficaram sabendo que a gente vai embora. “O que vai acontecer conosco depois de vocês irem embora?” Eles choram, você vê um idoso chorando assim, você fica com dó, porque assim, uma população que mora na cidade, você vê aquela resposta de uma porcentagem tão grande assim, aqueles idosos.” (Médica 4, MG).

“meus pacientes desde agora estou pensando o que vai acontecer com eles agora, quem vai ficar com eles, quando a gente for embora, e que médico vai ficar com sua equipe.” (Médica 1, MG)

Boa parte dos médicos mencionou ainda as dificuldades com relação à procura por moradia e deslocamento assim que chegaram ao Brasil. Segundo eles, em muitas das cidades, após a recepção ficaram completamente perdidos, alguns recorreram a estadia em hotéis enquanto buscavam uma casa para alugar.

“Eles ficavam em um lugar que se chama aqui SESC, um SESC de Venda Nova, nesse SESC foi onde se fez o acolhimento deles, quando eles chegaram ao final deixaram eles mesmos ali. Belo Horizonte resolveu deixar eles nesse mesmo lugar. Naquele momento quando eles chegaram se fazia o acolhimento geral e depois cada município fazia uma semana de acolhimento. Todo mundo pegou os médicos e faz um acolhimento muito bom, ótimo na cidade, aqui realmente não podemos falar que aconteceu assim. Realmente não aconteceu.” (supervisora, MG)

Na maioria das situações precisaram procurar sozinhos as casas que iam morar, o que gerou certo desconforto e insegurança, pois não conheciam nada no país. Em conjunto com as dificuldades em relação ao idioma a procura por residência foi muito difícil em vários casos. Além do mais, por desconhecerem o local e as pessoas que ali residiam, muitas vezes alugavam casas em lugares perigosos ou muito distantes do local de trabalho. Comentaram inclusive que algumas vezes sentiram-se enganados com relação aos valores cobrados pelo aluguel.

O tamanho das populações também chocou os médicos, que relatam que com uma demanda tão massiva não conseguiram fazer um acompanhamento da maneira que gostariam com os pacientes, principalmente no que tange à prevenção e promoção de saúde. Referem-se muitas vezes à dificuldade que sentiram em criar vínculos com pacientes durante as consultas, porque o tempo reservado a cada uma delas era de, no máximo, quinze minutos, e com a quantidade de dados a serem preenchidos em cada uma das consultas, afirmaram ser muito difícil conciliar a parte burocrática com a parte prática, principalmente se tratando do atendimento a gestantes, hipertensos, diabéticos, etc.

Fica evidente que o fator preponderante para a integração dos médicos cubanos, contratados para atuar pelo Mais Médicos no Brasil é o campo profissional, pois, eles chegam tendo em vista o exercício da prática da medicina em condições bastante delimitadas pelo contrato de trabalho, estando restrito à atuação nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, nas localidades para onde foram direcionados. O contato majoritário desses médicos é com a própria equipe de trabalho, assistentes sociais, enfermeiros, ou médicos nacionais ou estrangeiros e a própria população local, os pacientes. À medida que as residências de tais médicos normalmente estão localizadas fora das comunidades onde trabalham, inúmeras vezes os contatos com a população ficam restritos aos atendimentos como médico e paciente.

“la integración social yo considero nula, yo veo aquí prácticamente nula por las características que tiene esa misión, por la característica que tiene la rutina de trabajo. Se los 15 minutos son muchos, se son buenos o son pocos... Lo digo que no da tiempo para socialmente relacionarse.” (Médico 5, SP).

A convivência com outros médicos cubanos aparece como fator que facilitou a permanência durante o tempo de permanência no Brasil por compartilhar experiência com pessoas que vivenciam situações semelhantes, além de manter vivos aspectos culturais de seu país de origem, como o idioma, a alimentação, etc.

“Lo menos este grupo está ligado desde que llegamos vivimos en un apartamento bien grande ya después cada uno fue a vivir según la comunidad donde iba a trabajar pero que mantenemos la comunicación todos los días, si no todos los días por lo menos frecuentemente y compartimos un poco de nuestra cultura, nuestras cosas propias de cubanos, compartimos entre nosotros y hay quien se siente malo, enfermo, lo grupo lo va mismo que viva solo. Eso ayudó mucho a nosotros, distante de la familia.” (Médico 1, RJ)

“No que va a existir una relación como mi amigo de 20 años, pero una relación de afecto de que llegas a conocer prácticamente una persona que trabaja todos los días contigo (...) no es fácil porque sabe que un día va acabar porque en lo día que yo vaya de Brasil no sé se vuelvo a ver mi técnica, mi enfermero, pero algo quedas de ellos, ¿no?” (Médico 5, RJ)

Quando questionados sobre a família, explicam que existe a possibilidade de trazer os familiares para passar algum tempo no Brasil, mas eles também têm suas vidas em Cuba e o custo de vida brasileiro é considerado elevado, desincentivando a presença de parentes durante o tempo de contrato no Programa, como fica evidente nas falas abaixo:

“você pode trazer a família e ficar um tempo aqui, só que o contrato individual é sem família, e assim realmente cada um de nós quando assinou o contrato é sem família, porque é diferente, tem outros contratos que você assim que é com família, filho, marido, esse não é um contrato com família, agora sua família sim pode ficar aqui um tempinho...” (Supervisora, MG)

“Mas, Brasil é caro! Para não ser caro teria que mudar a economia do país, que não vai mudar, porque aqui a inflação é imensamente absurda, é muito caro.” (Médica 5, MG)

“Tudo é o costume, porque não é a primeira vez que a gente sai de Cuba e faz um contrato de trabalho no exterior e, não sei se é da nossa formação, mas também a família se compromete com o trabalho da gente. Aí a família ajuda nesse processo, a gente também não passa três anos fora de cuba, a gente volta uma vez ao ano em visita à família.” (1, MG)

Há casos, como relatado anteriormente, de médicos que se sentiram parte da comunidade onde trabalharam, compartilhando momento de descontração nos finais de semana, participando de almoços de família, festas de casamento, batizados, etc. no entanto, esses casos, de acordo com os depoimentos colhidos, foram uma menor parte do todo. Sendo que o que mais é apontado nas entrevistas com relação aos contatos interpessoais aqui no Brasil diz respeito à proximidade com outros médicos cubanos, mesmo o contato inicial entre eles acontecendo já em território brasileiro e em segundo momento, a equipe de trabalho, com foco nas enfermeira e agentes de saúde. Em grande medida isso se deve ao tempo que permanecem em contato durante o trabalho.

“Entrevistadora – Vocês se sentiram acolhidos?”

- Sim! Muito bem acolhido pela população, pela população!” (Médico 2 e Médico 3, MG)

Fica evidente também que os médicos cubanos enxergam-se grande parte das vezes enquanto uma categoria diferente dos médicos de outros países, principalmente dos brasileiros. Há vários relatos onde aparecem muitas vezes as frases “nós cubanos...” “o médico cubanos é diferente” “a formação em Cuba é diferenciada”. A principal característica que eles utilizam para definirem-se é a adaptabilidade, pois, apontam inúmeras vezes que o cubano possui características culturais próprias que permitem que eles se adaptem facilmente em qualquer lugar. Ou que o médico cubano aprende por sua formação a ser mais maleável e flexível, o que o possibilita adaptar-se bem às mais diversas circunstâncias.

“la medicina de la familia de Cuba para mi idea es mucho más amplia, adapta más al ser humano en su convivencia social que, como debe ser la ideología ¿no?” (Médica 6, SP)

“Lo que pasa es que nosotros somos acostumbrados a un sistema de salud diferente, estamos acostumbrados a un sistema de vida diferente, estamos acostumbrados a una salud de la familia diferente, donde nosotros somos del barrio donde trabajamos” (Médica 6, SP)

Claro que outro ponto muito levantado nas falas é que os cubanos pensam a medicina de uma maneira diferente, de forma holística, tentando compreender o paciente como um todo. A medicina cubana é apontada como aquela que privilegia a prevenção e a promoção de saúde e que os médicos precisam estar em contato mais próximo com os pacientes, participar da vida das comunidades, saber os hábitos que podem ter influência na saúde da população, conversar e saber ouvir e compreender o paciente. É como se o médico cubano se entendesse como mais humano, preocupado com o bem-estar do paciente, sendo que a remuneração estaria em segundo plano.

“Aquí solo es la individualidad, la diferencia, la diferencia de clase. Yo me indigno tanto toda vez que veo las clases sociales, la diferencia de clase, “no, porque la clase social...” no, porque la ropa por la clase social...” “no, porque lo zapato por la clase social...” yo me visto colorido, yo llego en mi trabajo todos los días vestida colorida, y allí se fue invirtiendo el papel, ahora los otros va vestindo colorido” (Médica 8, SP)

“Ninguno medico brasileño en mi comunidad va a la copa, ninguno como en la copa con un paciente, ninguno va con un trabajador, [...] entonces se ellos marcan la diferencia entre ellos, y marcan mucho la diferencia con lo resto de la población, ¿cómo vamos a lograr que ellos no vean nosotros como extraterrestre?” (Médica 2, SP)

“pero que sucede, el estilo de vida, el modo de vida el estatus social, ese es el lugar que la sociedad de Brasil coloca lo profesional de la salud. Que no es el estatus social que acaban no siendo igual en nivel profesional, no es la costumbre que tiene lo cubano de relacionarse con su comunidad de a saber lo que comen, de entrar por la puerta de su casa y no salir por la misma puerta que entró, salir por la puerta del fundo de la casa. Porque incluso así hacemos lo que tuvimos oportunidad, no sé. Hablo de cuando he estado en Venezuela y puede que aquí se haga en otras partes de otras regiones de Brasil por aquí, por lo menos en São Paulo no sucede” (Médico 5, SP).

Um ponto que suscitou muito questionamento foi o curso de especialização realizado como quesito obrigatório para o ingresso como intercambista no Mais Médicos. Todos os profissionais precisaram participar dessa especialização já no início da missão. O questionamento se deve à maneira como o curso estava desenhado, pois, foi iniciado assim que chegaram ao país, e de acordo com os médicos entrevistados, inicialmente eles deveriam conhecer a população que prestaram atendimento, para realizar um diagnóstico da saúde, e então propor um projeto de intervenção e apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso. Muitos indagaram sobre o conteúdo das aulas ministradas, pois a maioria dos médicos apresentava especializações, pós-graduações e alguns são professores universitários em Cuba, com uma ampla experiência na medicina de família.

Apontam que seria muito mais proveitosa uma instrução inicial acerca dos protocolos, e em seguida a realização da especialização com intervenção apenas no período de finalização da missão, pois não é possível segundo os entrevistados, propor um projeto de intervenção e fazer um TCC sem antes conhecer a comunidade onde vão trabalhar. Sugeriu-se então uma avaliação sobre a organização do curso de especialização, com a proposta do projeto de intervenção ser apresentado no final da missão, além disso, os próprios médicos sugeriram rever a necessidade de algumas aulas que foram ministradas.

“E mesmo que você trace um plano de ação para trabalhar nessa comunidade, você tampouco tem como trabalhar nesse sentido porque está tudo protocolizado, pelo menos aqui em Belo Horizonte. Então você tem que trabalhar segundo os protocolos que tem aqui” (Médica 7, MG)

“No primeiro ano o Programa Mais Médicos ele tem que ir direcionado ao aprendizado dos protocolos, o sistema de atendimento. Aqui foi o contrário. Você chegou, fez um curso de especialização, que a verdade não faz sentido porque você não conhece a população. O nível de população que tem é muito difícil de você fazer um diagnóstico integral da comunidade. Você primeiro tem que conhecer como você fazer a intervenção, pelo protocolo, por conhecer a população, o sistema de trabalho, integrar-se e depois fazer outro.” (Médico 2, MG)

Chamamos atenção também para a ênfase que deram à adaptabilidade que os cubanos possuem, pois, segundo os eles, é resultante tanto de aspectos culturais quanto da formação médica dada em Cuba.

“Eso depende también de la formación, nosotros, los cubanos, por habito, por la formación que tenemos, creo que nos adaptamos, ya estamos formados en como adaptarnos a lo medio, como una formación que ya tenemos durante la carrera”. (Médica 7, RJ)

“Por ejemplo en la cuestión cultural, el cubano se adapta bastante y el adapta, pero cuando yo voy a Cuba ya un mes yo soy cubano de nuevo, como dicen, y yo me acuerdo de las malas e de las buenas experiencias que tuve.” (Médico 5, RJ)

“Pero bueno, también tengo que adaptarme porque también nos adaptamos como hablamos, tenemos esa facilidad, pero nos adaptamos” (Médica 3, RJ)

“... es el cubano que se crece dependiendo de la situación que venga sabe adaptarse para dar lo mejor de si para poder igualarse o superar los otros profesionales” (Médico1, RJ)

De maneira geral, segundo os médicos cubanos entrevistados nos grupos focais a participação nesta missão se deu de maneira muito proveitosa profissional e pessoalmente. Está bastante presente nas falas deles a ideia de que puderam contribuir com o país em que chegaram e que sua participação no Programa possibilitou o atendimento a muitas pessoas carentes desse tipo de serviço.

“Sí, para mí es grandísimo! Para mí muy, muy importante, a pesar que nosotros tenemos mucha experiencia en otros países antes de trabajar aquí. Ya estuve como medica en África y África, por favor, también es una buena experiencia, puedo decir que Brasil me ha hecho crecer mucho como persona y como profesional. Mucho, mucho.” (Médica 3, RJ)

Em relação ao trabalho no SUS, de Saúde foram apontadas questões como a quantidade de pacientes atendidos diariamente por eles nas UBS, e também o tempo de cada consulta. Os médicos lamentaram que não conseguiam praticar a medicina geral integral, com promoção e prevenção de saúde, pois, são poucos os médicos para atender um grande número de usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Pelo mesmo motivo as visitas domiciliares foram prejudicadas, sendo realizadas de maneira precária e insuficiente. Sugere-se dessa forma uma avaliação sobre os números de usuários cadastrados para cada equipe de saúde em que os médicos estão inseridos e o seguimento dos protocolos propostos pelos municípios.

As condições socioeconômicas das localidades de trabalho, apareceram como uma das principais dificuldades para a realização da missão no Brasil, pois, tratavam-se de comunidades normalmente muito carentes de recursos sociais e econômicos, caracterizadas pela baixa instrução e baixa renda da população. A violência também foi apontada nas entrevistas como fator que chocou boa parte dos médicos, principalmente no Rio de Janeiro. Sendo apontada como uma das causas de maior dificuldade para inserção desses médicos nas comunidades. A violência parece ser entendida por alguns deles como característica cultural de algumas localidades brasileira e alguns sentiram-se impossibilitados de causar qualquer tipo de transformação desta realidade, conformando-se em apenas adaptar-se da melhor maneira possível para conviver sem maiores riscos.

Os médicos cubanos apontaram que nas experiências das missões anteriores, em especial na Venezuela, eles moraram na comunidade que prestavam atendimento médico a qualquer hora, e isso facilitou a integração com a sociedade e até o cuidado com a população assistida. Com isso, sugeriram que nas próximas missões deve-se avaliar a possibilidade dos médicos residirem na comunidade que prestam atendimento. No entanto, vários deles apontaram as dificuldades de viver próximo ao local de trabalho, tanto por causa da violência como pela precariedade local e explicaram que de acordo com o funcionamento do SUS na sua configuração atual seria inviável ao médico viver no seu local de trabalho.

3.3 - O Programa Mais Médicos em Sergipe

Após a descrição do funcionamento do Programa Mais Médicos e de algumas críticas e embates que cercaram a sua institucionalização, principalmente em relação à contratação dos profissionais cubanos, é importante que nos remetamos agora à descrição e análise do funcionamento do Programa no estado de Sergipe. Para tal, foi realizada coleta de material veiculado por jornais eletrônicos e sites de notícias com relação ao Programa e a presença dos médicos cubanos, tais fontes dão pistas sobre quais são os enunciados recorrentes acerca da figura do médico cubano. Também foram realizadas duas entrevistas, uma com a atual coordenadora do “Mais Médicos” no estado e mais uma com a coordenadora do ano anterior, ambas realizadas no Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, a primeira entrevistada indicou a segunda. Também foi feito o contato com uma enfermeira que atuou na equipe de trabalho de uma Unidade básica de Saúde onde trabalhavam duas médicas cubanas, mas a conversa deu basicamente por e-mail, não houve contato presencial com a enfermeira. As duas gestoras forneceram informações muito importantes sobre a dinâmica de funcionamento do Programa em Sergipe e sobre como é o contato com os médicos brasileiros e estrangeiros.

Nas notícias veiculadas pelos principais jornais eletrônicos de Sergipe, até onde foi sistematizada a coleta, os relatos iniciais são apenas informativos da chegada dos médicos e posteriormente alguns informes têm caráter mais opinativo, boa parte deles falando em melhoria no atendimento das localidades carentes e recepção festejada dos novos profissionais pela comunidade, bem como falas positivas de gestores do Programa Mais Médicos em Sergipe. Foi criada inclusive uma página em rede social com o título “Médicos Cubanos para o povo Sergipano”¹³ tal página convidava os sergipanos a recepcionarem os médicos do Programa no aeroporto de Aracaju, principalmente os cubanos. Na página há imagens e relatos da chegada dos médicos, onde pessoas os aguardavam com faixas e cartazes de boas-vindas. As postagens de textos e imagens na página remetem a ligação com movimentos sindicais e sociais, há referências, entre outros movimentos, à Central Única dos Trabalhadores (CUT), Movimento Sem Terra (MST), Movimento Negro Unificado e também do Levante Popular da Juventude. A página está sem novos conteúdos desde novembro de 2013.

13

Disponível em: <https://www.facebook.com/Medicos-Cubanos-para-o-povo-Sergipano-659758417376822/timeline> Acesso em maio de 2016.

Imagem 02 – Recepção dos médicos cubanos no aeroporto de Aracaju



Fonte:

<https://www.facebook.com/659758417376822/photos/a.666119310074066.1073741830.659758417376822/666119640074033/?type=3&theater>

Imagem 03 – Recepção dos médicos cubanos em Aracaju MST



Fonte:

<https://www.facebook.com/659758417376822/photos/a.667086409977356.1073741831.659758417376822/667086453310685/?type=3&theater>

Imagem 04 – Recepção dos médicos cubanos em Aracaju – Movimentos sociais



Fonte:

<https://www.facebook.com/659758417376822/photos/a.666119310074066.1073741830.659758417376822/666119620074035/?type=3&theater>

Podemos ver nas imagens os integrantes de movimentos sindicais, sociais e estudantis recepcionando as duas primeiras chegadas de médicos cubanos no ano de 2013. Há imagens também que mostram a distribuição de presentes aos médicos, como cestas, bonés, camisetas e livros. Não foram encontrados relatos de recepção dos médicos que chegaram depois.

Com relação às recepções dos médicos cubanos, não foi apenas em Sergipe que houve mobilização de movimentos sociais para recepcioná-los, também encontramos relatos e imagens do acontecido em outros estados, como Minas Gerais e Bahia, vemos nas imagens abaixo:

Imagem 05 – Recepção dos médicos em Minas Gerais – Movimentos sociais



Fonte: <http://vermelho.org.br/noticia/224111-1>

Imagem 06 – Recepção dos médicos cubanos na Bahia



Fonte: <http://www.vermelho.org.br/noticia/222303-1>

Durante entrevista com a coordenadora atual do programa em Sergipe, algumas informações importantes foram colhidas, assim como dados sobre a distribuição dos médicos pelo território sergipano. Sendo que o programa possui vínculo com a atenção básica de saúde. Os médicos cubanos são chamados de médicos cooperados. Existem em Sergipe, segundo a coordenadora, aproximadamente 116 cooperado trabalhando no estado e existem hoje 11.470 médicos cooperados em todo o Brasil. Os cooperados vêm pela parceria do Ministério da Saúde com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Esses médicos só podem ser substituídos por outros médicos cooperados em caso de desistência ou afastamento. Todos os médicos que se inscreveram para atuar no programa têm que fazer uma pós-graduação/especialização durante o tempo em que atuar pelo programa.

Os médicos cooperados e os não cooperados são acompanhados pela comissão do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) que é composta pelo ministério de Saúde, pelo MEC, UFS. O curso de especialização em Atenção Básica dos médicos aqui de Sergipe é feito pela UNASUS (Universidade Aberta do SUS) com duração de aproximadamente um ano e meio. A Universidade responsável por ministrar o curso de especialização aqui em Sergipe é a Universidade de Porto Alegre. O curso é realizado à distância e exige dedicação de uma vez por semana assistir as aulas em um polo presencial.

A OPAS encaminha um representante por estado participante do programa para avaliar condições de trabalho e moradia. O acompanhamento dos médicos cooperados é feito em visitas ao município. Semanalmente representantes da OPAS e da Secretaria de Saúde visitam alguns municípios sergipanos para checar conformidade das condições de trabalho.

A UFS supervisiona a parte clínica do programa, os supervisores e tutores, médicos, etc. É feita reunião clínica com as Loco Regionais a cada 4 meses, mais ou menos, para discutir problemas mais freqüentes nos atendimentos de saúde com os médicos de cada regional, cooperado ou não. A parte técnica do programa é também supervisionada por médicos que têm a função de realizar o acompanhamento de dez médicos do programa com encontros mensais.

Segundo a coordenadora do programa em Sergipe, no ano de 2015 Sergipe só ofertou 60 vagas para o “Mais Médicos” (todas as vagas foram preenchidas por brasileiros). Um ponto bastante interessante sobre os médicos cooperados, apresentado durante a entrevista, é que a condição dos cooperados é diferente dos outros médicos, pois, eles não podem exercer a medicina para além da unidade básica de saúde, não podem fazer cirurgias, entre outros procedimentos mais complexos. Os médicos que não são cooperados podem fazer o Revalida a qualquer instante e atuar além da unidade básica, mas os cooperados não podem. Aponta ainda que a vigilância sobre eles é bastante severa, é difícil conseguir abertura para pesquisar os cubanos.

Sobre o idioma, respondeu que, principalmente ao lidar com a representante da OPAS, no começo é mais difícil de entender, porque eles falam em espanhol, mas depois vai ficando mais fácil e com o tempo as pessoas se acostumam.

Os cooperados, para poder participar do programa necessitam domínio do português e normalmente são pessoas que já exerceram medicina em outros países, ou seja, têm histórico de migração.

Durante a entrevista, a coordenadora falou que a quantidade de pessoas estudando o Mais Médicos não é tão pequena, mas resultados vão começar ainda a aparecer devido o pouco tempo do programa. De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde, para fins de facilitar a atuação da Secretaria em Sergipe, o estado foi subdividido em sete microrregiões de saúde, sendo elas:

- Região de saúde de Aracaju: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d’Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima, São Cristóvão.
- Região de saúde de Estância: Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba.

- Região de saúde de Lagarto: Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto.
- Região de saúde de Itabaiana: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frey Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida.
- Região de saúde de Nossa Senhora do Socorro: Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri.
- Região de saúde de Nossa Senhora da Glória: Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha.
- Região de saúde de Propriá: Amparo do São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca.

Nem todos os municípios sergipanos foram contemplados pelos médicos do programa, muito menos são aqueles que receberam médicos estrangeiros. De acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde, estão trabalhando 18 cooperados na Região Aracaju, 32 na Região Estância, 23 na Região Lagarto, 11 na Região Itabaiana, 32 na Região Nossa Senhora do Socorro, 18 Região Nossa Senhora da Glória e 26 na Região Propriá. Os médicos estão distribuídos nos municípios dessas regiões na média de 2 a 3 médicos por município. Como podemos ver, o número de médicos não é pequeno, tendo em vista que vieram apenas nas primeiras etapas do programa. O contrato da maioria vence em 2016 e segundo a representante do Mais Médicos em Sergipe, é difícil que se pense em renovação contratual devido às condições econômica nacionais.

Outra entrevista foi realizada com uma das enfermeiras que atuou em uma equipe onde trabalham duas médicas cooperadas, quando perguntada se havia diferença entre o trabalho realizado pelas médicas com relação ao trabalho dos médicos brasileiro, ela afirmou não ver diferença, embora achasse as cubanas mais reservadas. Com relação ao idioma, falou ser a única coisa que à princípio dificulta um pouco a conversação, mas que dá para entender o que elas falam.

Sobre o trabalho exercido pelas médicas estrangeiras, falou que atendem os pacientes no consultório e fazem algumas vezes por semana visita nas casas da localidade, principalmente para fazer o acompanhamento dos que não podem ir ao posto de saúde.

Em conversa com a antiga coordenadora do Programa Mais Médicos em Sergipe, que hoje trabalha coordenando a área de saúde bucal no Estado, que inclusive está terminando mestrado sobre os gestores do PMM, afirmou que o trabalho com os médicos não é difícil, mas exige tato por se tratar de outro tipo de relação, embora não tenha especificado o porquê. Ao dar instruções sobre como proceder na coleta de dados com os médicos, fez uma série de recomendações sobre tomar as precauções legais para coletar entrevistas por se tratarem de cubanos, pois, segundo ela, é difícil conseguir contato num primeiro momento e melhor evitar complicações.

Tendo como base as conversas e entrevistas, é possível evidenciar algum receio por parte da gestora e da ex-gestora do programa com relação aos estrangeiros, mas no caso da enfermeira, a reação foi contrária, afirmando não sentir diferença na relação entre as médicas estrangeiras e os brasileiros.

CONCLUSÃO:

Podemos então retomar alguns pontos que nos foram importantes até o momento, primeiro, vale afirmar que os médicos cooperados que chegaram não vieram simplesmente como migrantes que precisam criar as condições materiais de existência em um país distinto. Trata-se de migração com prazo determinado, feita sob condições específicas, com contrato de trabalho específico e com disponibilização das condições materiais por parte do país receptor, pois são disponibilizados, segundo o programa, valores referentes aos custos com moradia e instalação no país, além do valor da bolsa acordada. Os primeiros contatos no país são feitos com a equipe do programa, ou seja, com a esfera institucional, diretores, gestores etc. Num segundo momento, o contato com os outros profissionais que farão parte da sua equipe e, por fim, o contato com a população.

Dessa forma, a imagem que o cooperado tem de si pode ser a mais diversa possível, desde sentir-se altamente necessário por ter sido contratado para atender uma demanda que não havia sido suprida pelos profissionais locais, até sentir-se diferente ou desigual, caso possa vivenciar situações de estigmatização, seja por suas características fisiológicas ou culturais. Esse mesmo médico certamente criará sua própria interpretação acerca da comunidade da qual agora faz parte, pois, não há como evitar todo e qualquer contato. Essas interpretações acerca do seu ambiente podem também ser as mais diversas, dependendo do tipo de relação que estabeleça e do seu posicionamento em relação à configuração do exercício de poder na localidade.

Diante do exposto, a perspectiva apresentada se apresenta como válida e importante para dar conta de explicar as relações entre os médicos estrangeiros e as comunidades de atuação no Brasil, pois, possibilita lançar um olhar mais geral sobre as configurações grupais e as auto e heteronomeação dos indivíduos e dos grupos uns sobre os outros.

Metodologicamente também é importante considerar os indivíduos a partir das suas relações, pois ele é parte de seu ambiente e sofre influência dele. A interdependência entre os indivíduos e os grupos irá obedecer a configurações específicas a depender do contexto em que se inserem, são essas configurações que precisam ser levadas em conta para compreender a dinâmica intra e intergrupar, assim como perceber que são tais configurações que permitem a um grupo impor-se enquanto superior a outro de forma a estigmatizá-lo e subjugá-lo.

Embora os enunciados nesse campo englobem relações de poder, deve-se levar em consideração que seu processo de construção é uma via de mão dupla onde a construção da imagem dos sujeitos é resultante tanto da maneira como o outro denomina o grupo e como esse grupo opta por internalizar tal nomeação adotando-a como representativa de si ou não. Ou seja, as representações sobre os médicos cubanos resultam não somente de como se classificam e se apresentam, mas, também de como os outros os pensam e de como internalizam, rejeitam ou ressignificam cada uma das representações sobre eles para utilizá-las posteriormente. Isso se tratando de pistas e possibilidades de análise para compreensão de como é construída a identidade dos médicos cubanos que atuam em território brasileiro pelo Programa Mais Médicos.

Podemos concluir que as relações entre médicos cooperados e comunidade, devem ser pensadas enquanto construções, onde se posicionam sempre de acordo com semelhança e diferença frente a um outro, ou seja, relacionalmente. Onde também a questão identitária está embebida por uma série de outras questões, sejam vários pertencimentos dos médicos estrangeiros e brasileiros, o poder de nomeação. Deve-se então desfazer qualquer tipo de ideia que tente mostrar tais relações de maneira naturalizada, deixando de pensar as influências sociais e políticas, bem como das diversas mídias, que permeiam a construção de discursos e imagens adotados como característicos de tais médicos ou do verdadeiro exercício da medicina.

A partir do que foi exposto, ficou um pouco mais claro em que contexto o Mais Médicos é elaborado e implantado, assim como evidenciou-se que tal política pública acaba ganhando destaque no cenário nacional e internacional tanto por sua abrangência quanto pelo seu potencial. No entanto as opiniões divergem absurdamente quanto à finalidade do Programa e principalmente no que tange à contratação de estrangeiro, sobretudo os cubanos. Há forte oposição política nos anos iniciais da sua implantação e o embate massivo de grande parte da classe médica brasileira, que questionava a efetividade das ações do Programa a longo prazo. E principalmente criticando a dispensa dos profissionais cubanos em realizar o exame Revalida para atuar dentro do SUS.

A atuação dos cubanos também é alvo de inúmeras críticas e questionamentos, acontecem inclusive recusas de conselhos de medicina em fornecer os registros provisórios desses profissionais e também são veiculadas várias notícias questionando suas capacidades profissionais e pessoais.

Além do apanhado sobre a construção da política pública, foi possível fazer uma análise dos médicos cubanos do Mais Médicos para compreender as semelhanças e diferenças entre os nacionais e os estrangeiros dentro do mesmo Programa. Constatou-se que os cubanos se caracterizam por compor a grande maioria dos médicos nas primeiras fases do Programa e que são compostos por profissionais de ambos os sexos em proporção relativamente equilibrada, tendo um pouco mais de médicos que médicas, além disso, são pessoas de meia idade, sendo que a maior parte é composta por profissionais com idade entre 40 e 49 anos. Sendo que a maioria são médicos solteiros e cerca de um terço deles casados. São profissionais um pouco mais velhos e que afirmaram ter participado em uma ou mais missão no exterior em países como Timor Leste, Colômbia, Venezuela e alguns do continente africano. Vários contam, além da graduação em medicina, como especialização, sendo que alguns deles inclusive têm experiência de docência no ensino superior em seu país de origem. Os próprios médicos apontam como sua principal característica a adaptabilidade aos mais diversos contextos como resultante de características culturais próprias dos cubanos, assim como seu modo diferenciado de entender a prática da medicina.

REFERÊNCIAS:

BAGANHA, Maria Ioannise RIBEIRO, Joana Sousa. Imigração qualificada no sector da saúde – asoportunidades do mercado laboral português. Migrações. 2007.

BIANCHINI, Marcos Paulo Andrade. O Programa Mais Médicos e os Médicos Cubanos: Uma análise sobre o prisma dos Tratados de Direitos Humanos e dos Direitos Fundamentais da Constituição da República de 1988. In: _____Direito Internacional Dos Direitos Humanos [Recurso Eletrônico On-Line] Organização CONPEDI/UFS; 2015. P. 519 545.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. vol.10, n.1, Jan/Jun, 2007, p.11-27.

BRASIL. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestãodo Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.128 p.

CASTELLS, Manuel. O Poder da Identidade. 2. ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. p. 17 – 92.

CUCHE, Denys. O Conceito de Cultura nas Ciências Sociais. Tradução de Viviane Ribeiro. 2 ed. Bauru: EDUSC, 2002.

ELIAS, Norbert. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert. Introdução à sociologia. Lisboa: Edições 70, 2005.

ELIAS, Norbert.Os estabelecidos e os outsiders.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENNES, M.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 16, n. 35, jan/abr 2014, p. 274-305.

GOLDSTONE, Jack A. More social movements or fewer? Beyond political opportunity structures to relational fields. Theory and Society 33: 333–365, 2004. Kluwer Academic Publishers.Printed in the Netherlands.

HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade. 7. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

LACLAU , Ernesto. Universalismo, particularismo e a questão da identidade. In: MENDES, Cândido. Pluralismo cultural, identidade e globalização. São Paulo: Record, 2001. p. 229 – 250.

OLIVEIRA FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.

SCREMIN e JAVORSKI. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos In: 9o Ciclo de Debates sobre Jornalismo. Unibrasil – 28 de outubro a 01 de novembro/2013

SEQUEIRA e LIMA. “todo estrangeiro para brasileiro é cubano? ”: identidade de médicas de cabo verde em cuba e no Brasil. Terceiro incluído issn 2237-079x nupeat–iesa–ufg, v.4, n.1, jan../jun., 2014, p. 116-134, artigo 58.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica conceitual. In: SILVA, Tomaz Da Silva (org.) Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7 – 72.

ZITTOUN, Philippe. Partis politiques et politiques du logement. Échange de ressources entre dons et dettes politiques. Revue française de science politique, Année 2001, Volume 51, Numéro 5. p. 683 – 706.

.

ANEXOS

Anexo 01

Consentimento informado oral para a participação nos grupos focais

Propósito:

Você está sendo convidado a participar de uma discussão em grupo (*grupo focal*) que faz parte da pesquisa “**Integração sociocultural dos médicos cubanos inseridos no Programa Mais Médicos**”, que foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH (e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br) e tem como pesquisador responsável o Dr. Leonardo Cavalcanti da Silva, Professor Adjunto do Centro de Pesquisas e Pós-Graduação sobre as Américas da Universidade de Brasília e Pesquisador Produtividade em Pesquisas do CNPq (PQ2). O objetivo da pesquisa é avaliar a integração social dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos nas diferentes regiões do Brasil.

Procedimentos e Duração:

Você está sendo convidado a participar em uma discussão em grupo (*grupo focal*) que durará entre 1 a 1½ horas. O grupo focal será conduzido em Português.

Riscos e desconforto:

Não existem riscos significativos na sua participação nessa discussão em grupo. Embora exista um pequeno risco de divulgação acidental de informações, todos os cuidados serão tomados para proteger a sua privacidade. Nós gravaremos e transcreveremos o grupo focal com a sua autorização. Os serviços de transcrição não terão informação que identifiquem os que falarem durante a gravação. Toda informação gravada será destruída depois de finalizado o estudo.

Benefícios:

Você terá oportunidade de contribuir para a compreensão a integração social dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos nas diferentes regiões do Brasil. Um bom diagnóstico sobre os diferentes aspectos da integração dos médicos cubanos é necessário para conhecer melhor as dificuldades e potencialidades do programa e assim contribuir para o

aprimoramento nas diversas formas de acolhimento dos participantes do Programa Mais médicos no Brasil.

Recusa ou desistência de participar:

A participação neste estudo é completamente voluntária, e sua participação ou não, não afetará seu status no emprego ou outras relações (escola, igreja, etc). Você pode interromper sua participação neste grupo focal a qualquer momento sem nenhuma penalidade de qualquer natureza.

Privacidade e confidencialidade:

Serão tomadas todas as precauções para proteger sua privacidade e a confidencialidade das informações que você fornecerá nesse grupo focal. As gravações das discussões em grupo só estarão disponíveis para os membros da equipe da pesquisa. Os serviços de transcrição das fitas cassete não terão informação que identifiquem os que falarem durante a gravação. Toda informação gravada será destruída depois de estudada. Seu nome nunca será usado em nenhum relatório de pesquisa.

Informação Adicional:

Se você não entender algo do que está sendo pedido que você faça, ou do conteúdo das perguntas feitas no grupo, o pesquisador está disponível para lhe fornecer uma explicação mais detalhada. Perguntas relativas a este projeto de pesquisa são bem-vindas a qualquer momento. Se você tiver qualquer dúvida posterior em relação à pesquisa ou sobre o grupo focal, você pode me contatar através do telefone (61) 81448120 ou pelo e-mail pmmunb@gmail.com.

Anexo 02

Roteiro para Grupos Focais

Duração: entre 1 e 2 horas

Participantes:

10 médicos cubanos do PMM (mínimo 7 e máximo 12 para um bom debate. É importante garantir que cada participante tenha oportunidade de pelo menos 10 minutos de fala. De preferência grupo heterogêneo em relação ao sexo, fenótipo, lugares de origem e tempo de chegada no Brasil).

1 Mediador

1 Operador de gravação e-ou vídeo

1 Digitador/Suporte

Objetivos:

1. Identificar as outras missões em comparação com o PMM no Brasil;
2. Identificar as percepções gerais sobre a integração sociocultural dos médicos cubanos no Brasil;
3. Recolher sugestões e recomendações para o aprimoramento do Programa.

BLOCO I - TRAJETÓRIA NAS MISSÕES

Questão-chave: Quais as principais diferenças entre a missão no Brasil com outras missões que vocês participaram?

- Principais diferenças (econômicas, estrutura física, equipe negociação familiar...)

- Aspectos positivos (em perspectiva comparada)
- Aspectos negativos (em perspectiva comparada)

BLOCO II - INTEGRAÇÃO SOCIOCULTURAL TRABALHO

Questão-chave: Vocês se sentem integrados no Brasil? Vocês gostam do Brasil?

- Há discriminação no Brasil (Se sim, quais?)
- Como é a relação de vocês com os brasileiros:

No trabalho (Integração socioprofissional, equipe de saúde, SUS, Instituição...)?

Na comunidade (bairro-vizinhança-espaco geográfico...)?

Nas horas livres (comida, religião, rituais, literatura, televisão...)?

BLOCO III - SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O APRIMORAMENTO DO PROGRAMA

Questão-chave: Em que aspectos o programa deveria ser aprimorado? Quais sugestões-recomendações você faria ao programa:

- Antes da partida, ainda em Cuba
- No momento da chegada ao Brasil
- Durante a atuação no programa
- Na preparação do retorno a Cuba

Questão final: Se você tivesse oportunidade de sugerir algo para aprimorar o programa as autoridades brasileiras e cubanas, o que vocês diriam sobre o PMM?

Anexo 03

Dados dos entrevistados

Dados básicos dos entrevistados		
Nome:		
Bairro/Cidade:		
Telefone		
email:		
Lugar/estado de origem (rural/urbano)		
Idade	Sexo	Ano que chegou no Brasil:
Estudos formais		
Especialidades médicas		
Outros membros da família que também estão no Brasil:		
Situação familiar (estado civil, nº de filhos):		
Com quem divide a residência?		